

El reto de evaluar la atención primaria de salud: calidad asistencial y hospitalizaciones evitables

Josefina Caminal^a y José-Blas Navarro^b

^aDepartamento de Pediatría, de Obstetricia y Ginecología y de Medicina Preventiva. Universidad Autónoma de Barcelona. Cerdanyola del Vallès. Barcelona. España.

^bDepartamento de Psicobiología y de Metodología de Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma de Barcelona. Cerdanyola del Vallès. Barcelona. España.

Financiado parcialmente por el Fondo de Investigación Sanitaria (PI02/1306).

Correspondencia: Dra. J. Caminal Homar.

Universitat Autònoma de Barcelona. Facultat de Medicina. Medicina Preventiva i Salut Pública.

Campus de Bellaterra. Edifici M (Despatx M3/206-207). 08193 Cerdanyola del Vallès. Barcelona. España.

Correo electrónico: josefina.caminal@uab.es

La orientación actual de los sistemas sanitarios hacia una atención integrada, prestada por diferentes niveles de atención y localización de servicios, requiere una adecuada coordinación entre estos y una evaluación conjunta. Esto ha puesto en evidencia tanto la ausencia de información básica que apoye esta coordinación como la necesidad de realizar intentos sistemáticos para conseguirla. Al margen de las características específicas y las compatibilidades entre actividad clínica y sistemas de codificación para la atención primaria (AP) y la atención especializada (AE), lo cierto es que, actualmente, tan solo el sistema de información clínica del hospital ofrece una información territorial, exhaustiva, histórica y comparable. La calidad de este sistema de información, el Conjunto Mínimo Básico de Datos de Alta Hospitalaria (CMBD-AH) y la factibilidad de controlar sus limitaciones hacen posible el diseño de indicadores de resultados de los servicios sanitarios más allá de los estrictamente hospitalarios.

El indicador "hospitalización por Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC)", también conocido como "hospitalización evitable o previsible", es una medida indirecta de la efectividad de la AP y directa de la actividad hospitalaria generada por problemas de salud que podrían haber sido atendidos y controlados en el primer nivel asistencial. Algunos estudios han enfatizado especialmente en las aplicaciones del indicador para la toma de decisiones en política sanitaria y el aporte de información clínica útil para la coordinación asistencial y el análisis de la efectividad global de los servicios sanitarios¹. Recientemente, la Agency for Healthcare Research and Quality estadounidense ha incluido las ACSC en el listado de indicadores en la evaluación de la calidad y seguridad de los pacientes².

El concepto de ACSC surgió en los Estados Unidos a finales de los años 80 y hace referencia a los problemas de salud para los que una AP oportuna, efectiva, mantenida en el tiempo y con recursos sociosanitarios de apoyo puede disminuir el riesgo de hospitalización. La reducción de estas hospitalizaciones puede atribuirse a diversas actividades propias del primer nivel asistencial, como la prevención de la enfermedad –es el caso de la patología infecciosa que dispone de una vacuna efectiva–, el tratamiento de los episodios agudos –como las neumonías– o también el mantenimiento de un buen control de la patología crónica –como sería el caso de la

insuficiencia cardíaca³–. La investigación con este indicador ha seguido diferentes caminos que refuerzan su valor o cuestionan todavía alguna de sus limitaciones. En este editorial se aporta información sobre la validez del indicador, la calidad del CMBD-AH, los requisitos metodológicos y la interpretación de los resultados; aspectos, todos ellos, que aún suscitan controversia no siempre adecuadamente sustentada.

Desde su introducción, el concepto ACSC ha sido bien aceptado y bien documentado como producto intermedio de salud. El proceso de selección, adaptación y validación de los códigos CIE-9-CM de alta hospitalaria que se consideran ACSC constituye uno de los requisitos metodológicos para garantizar la validez, fiabilidad y representatividad de las tasas de hospitalización. De entre los criterios de validación, *la necesidad de la hospitalización* es el que confiere fortaleza a las ACSC, porque reduce las limitaciones derivadas de la influencia que las características de los pacientes, la variabilidad de la práctica clínica o las políticas de admisión de los centros hospitalarios pueden tener sobre la decisión de hospitalizar³.

En relación con el CMBD-AH, existen numerosos estudios que han utilizado una gran diversidad de metodologías para garantizar su calidad⁴. Asimismo, la investigación con las ACSC ha puesto de manifiesto tanto la necesidad de establecer filtros de control de calidad como de aplicar criterios de selección de las altas para garantizar que las tasas de hospitalización hagan referencia a la actividad de la APS. En cuanto a las limitaciones debidas al sistema de codificación CIE-9-CM, cabe resaltar la consistencia interna de los patrones de morbilidad que los listados de ACSC definen para cada patología. La función de los patrones de morbilidad es garantizar la recogida exhaustiva de todos los casos relativos a una misma patología para reducir los problemas de calidad y definición de alguno de los códigos de diagnóstico incluidos. Las cuestiones relacionadas con la calidad del registro y la necesidad de desarrollar un lenguaje de codificación común entre la AP y la AE son retos que el sistema de salud está resolviendo¹.

El uso de datos administrativos para la investigación en servicios sanitarios que proceden de diversas fuentes de información (clínica, de estructura y organización asistencial, socioeconómica) y hacen referencia a distintas unidades de análisis (nivel individual, municipal, área/zona de salud) re-

quiere nuevos enfoques metodológicos, como puede ser el análisis multinivel. Los modelos de regresión de efectos mixtos aportan una gran ventaja frente a los modelos de regresión clásicos, al mantener la relación jerárquica de las unidades de análisis y aportar información sobre el peso que cada estrato tiene en la variancia encontrada; controlando, de esta forma, los sesgos atribuibles a la organización territorial jerárquica que caracteriza los servicios de salud.

En España, la experiencia con este indicador ha estado restringida territorialmente y hasta la actualidad ha utilizado las ACSC como macroindicador. Territorialmente se ha explorado en estudios de ámbito poblacional extenso y algunos de ámbito geográfico más pequeño, en población pediátrica y en población general, aunque todavía no ha ofrecido información comparable. El impacto esperado de la AP en la reducción de estas hospitalizaciones depende del problema de salud analizado. Por ejemplo, para la mayoría de la patología infecciosa prevenible mediante inmunización se esperaría que las hospitalizaciones fueran esencialmente reducidas a cero, excepto para grupos poblacionales deprimidos en los que la intervención sanitaria es todavía incipiente, como en el caso de los inmigrantes procedentes de países pobres. En cambio, el resultado más inmediato esperable para la patología crónica no es tanto la eliminación como la disminución de las complicaciones agudas o crónicas. Por ejemplo, el coma –en sus diversas presentaciones clínicas– o la gangrena de las extremidades inferiores en pacientes diabéticos. En otros casos de patología crónica se esperaría una reducción de los reingresos hospitalarios y de la duración de la estancia. Por ejemplo, para la insuficiencia cardíaca o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. La variedad de patologías que conforman el indicador y el interés de ofrecer información útil para dirigir intervenciones de mejora de la calidad hace recomendable el análisis de las ACSC patología a patología para ganar especificidad. Por ejemplo, las intervenciones dirigidas a reducir las

hospitalizaciones por coma en pacientes diabéticos son totalmente distintas a las destinadas a reducir las debidas a la úlcera sangrante perforada. En la mayoría de los casos, la opinión de los expertos mostró la importancia de las intervenciones multimodales, como la conjunción del diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno, y el control y el seguimiento adecuados –como en el caso de la diabetes³.

Si aceptamos que las ACSC constituyen una línea de investigación relativamente reciente –menos de 20 años desde la publicación del primer artículo– y francamente novedosa –evaluar la AP con datos hospitalarios–, si analizamos el largo proceso de conceptualización, validación, aplicación y aceptación que requiere cualquier tipo de indicador, podríamos concluir que la controversia y el debate que el indicador está generando son positivos y alientan nuevas vías de investigación que contribuirán a mejorar su validez, fiabilidad y aceptabilidad.

Bibliografía

1. Caminal J, Silvestre F. Actividad hospitalaria, pacientes y atención primaria. *Rev Calidad Asist.* 2003;18:164-70.
2. AHQR Quality Indicators –Guide to Patient Safety Indicators. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2003. [Version 2.1. Revision 3, (January 17, 2005) AHRQ Pub 03R203.]
3. Caminal J, Starfield B, Sánchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health.* 2004;14:246-51.
4. Calle JE, Saturno PJ, Parra P, Ródenas J, Pérez MJ, Eustaquio FS, et al. Quality of the information contained in the minimum basic data set: results from an evaluation in eight hospitals. *Eur J Epidemiol.* 2000;16:1073-80.