

COMENTARIO EDITORIAL

Las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions y los resultados de la atención primaria

Josefina Caminal Homar

Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal. Universitat Autònoma de Barcelona. Cerdanyola del Vallès. Barcelona. España.

La relación de la atención primaria de salud (APS) y la hospitalización por Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) ha sido demostrada por numerosos autores. A pesar de ello y de que las ACSC han sido recomendadas por la Agency for Healthcare Research and Quality como indicador de calidad y seguridad de los pacientes, en la actualidad aún persisten ciertas resistencias, tanto por parte de los profesionales como de los gestores sanitarios. Diversos factores pueden explicar dichas resistencias, como el uso de datos secundarios, los factores relacionados con el proceso de hospitalización ajenos al control de la APS o la cadencia entre el tiempo de la actuación médica de APS y la hospitalización por ACSC, entre otros. Sin embargo, la mayoría de ellos son minimizables mediante la aplicación de criterios metodológicos apropiados. Este artículo pretende contribuir a un mayor conocimiento del indicador mediante una breve revisión bibliográfica que incluye: *a)* la selección de las condiciones ACSC; *b)* la relación de las ACSC con el tipo de atención médica, y *c)* la gestión metodológica de los factores no médicos que influyen en la enfermedad y el proceso de hospitalización.

Selección de las condiciones ACSC

Existen cuatro criterios para seleccionar las condiciones médicas que representan hospitalizaciones potencialmente evitables, previsibles o ACSC: *a)* criterios consensuados sobre la base de estudios publicados con anterioridad; *b)* importancia de la condición clínica para el paciente; *c)* validez de la manifestación clínica y claridad de la información (códigos CIE-9-CM) como condición sensible de cuidados en APS, y *d)* identificación de los pacientes

Puntos clave

- La hospitalización por Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) es un indicador de medida de la efectividad de la atención primaria de salud. Este concepto se sustenta en que una atención médica a tiempo y efectiva posibilita la prevención o la detección precoz o el control de la enfermedad en una fase previa a un estadio clínico que requiera la hospitalización.
- Hay factores relacionados con el proceso de hospitalización ajenos al control de los profesionales de la APS. Sin embargo, la aplicación rigurosa de la metodología minimiza este efecto y posibilita la comparación entre centros de APS.
- El tipo de atención médica y el momento de su aplicación varían en función del problema de salud de que se trate. Por ello, el tiempo es un factor relevante que también dificulta la comprensión y la relación causa-efecto en el proceso de prevención de la hospitalización para determinadas ACSC. Son ejemplos de esta disparidad: el tétanos, la diabetes o la hipertensión arterial.

—aunque no estén hospitalizados— con riesgo de presentar una hospitalización evitable (tasa de riesgo). Las condiciones médicas ACSC sólo deberían ser seleccionadas para identificar a todos los pacientes que se encuentren bajo una misma condición clínica o tasa de riesgo, en particular, cuando se pretende comparar la efec-

tividad de la actuación médica entre centros de APS. De entre todos, éste es el criterio que garantiza mayormente la validez para que el indicador «mida lo que se pretende medir» y minimice la influencia de los factores del proceso de hospitalización externos a la APS. Un ejemplo de ACSC es el tétanos: se trata de una enfermedad que, cuando se produce, requiere que el paciente sea hospitalizado siempre y se considera ACSC porque esta hospitalización podría haber sido evitada mediante la inmunización del paciente en el primer ámbito asistencial¹. El tipo de atención médica y el momento de su aplicación varían en función del problema de salud que se trate. Por ello, el tiempo es un factor relevante que también dificulta la comprensión y la relación causa-efecto en el proceso de prevención de la hospitalización para determinadas ACSC².

Hay una gran diversidad de listados de ACSC, muchos de ellos útiles para el análisis de la efectividad del sistema de salud en su globalidad^{1,3}, que, si se aplican exclusivamente para evaluar y comparar centros de APS sin introducir todas las covariables de control necesarias, podrían contener sesgos en la información y generar confusión en la interpretación.

La relación de las ACSC con el tipo de atención médica

Los episodios de atención médica se clasifican en eventos de conservación de la salud, dolencias y enfermedades. Según su relación con estos sucesos, las consultas de APS asimismo se dividen en preventivas, relacionadas con una enfermedad o ligadas a un episodio que puede requerir atención hospitalaria.

Fleming⁴ propone una taxonomía que agruparía las consultas médicas según el tipo de enfermedad, el tipo de atención y su relación con episodios hospitalarios. Los diagnósticos asociados con consultas médicas se clasificarían en preventivos, relacionados con la condición estudiada, dirigidos a una condición comórbida que pudiese potenciar el tratamiento de la condición estudiada o dirigidos a una condición comórbida independiente⁴. Mientras que los tipos de consultas se podrían dividir en sensibles de APS, siempre y cuando hubiese una continuidad por parte de la fuente de atención, y en consultas ad hoc si el médico, además de continuidad, pudiese dispensar atención total al paciente. También habría que determinar qué consultas médicas guardan relación con episodios hospitalarios previos o posteriores y cómo se establece la coordinación entre ambos ámbitos asistenciales^{2,3}.

Gestión metodológica de los factores no médicos que influyen en la enfermedad y el proceso de hospitalización

Las consultas médicas de APS están determinadas por factores económicos, factores relacionados con el paciente y características y recursos de la asistencia sani-

taria. La hospitalización depende de estos mismos factores. Los resultados finales de la atención médica estarían representados por la mortalidad, que a su vez estaría determinada por variables demográficas, comorbilidades, tipo de admisión y procedencia, variables de hospitalizaciones previas y variables de consultas. La presencia de comorbilidades para distinguir entre consultas de APS dedicadas específicamente a la condición estudiada o a una condición comórbida que pudiese potenciar el tratamiento de la condición estudiada o a una condición comórbida independiente de la condición estudiada deberían ser tenidas siempre en cuenta⁵.

La diversidad de factores que explican los resultados de la atención médica requiere una metodología que incluye modelos de tasa de riesgo para el cálculo de la probabilidad de hospitalizaciones por ACSC, consultas de APS y mortalidad. Dichos modelos están compuestos por 3 elementos: la tasa de riesgo, la función de supervivencia y la función de densidad de probabilidad. Este enfoque permite determinar si la APS reduce la probabilidad de hospitalización por una dolencia y si la APS debe tener como finalidad una asistencia preventiva, una asistencia frente a una dolencia concreta o frente a una comorbilidad relacionada.

Para controlar el efecto de la diversidad de variables descritas se señala el modelo de la Health Care Financing Administration (HCFA) basado en variables demográficas, de comorbilidad, de admisión hospitalaria y de readmisión, y que además incluya las consultas de APS como variables determinantes⁴. Otras buenas alternativas son también los modelos matemáticos diseñados para controlar la diversidad de interacciones entre varios niveles de análisis que aportan información de gran interés para identificar los aspectos organizativos relacionados con la APS⁶.

A modo de conclusión, el énfasis del sistema sanitario en la APS mejoraría la calidad y el acceso a los servicios sanitarios y, como consecuencia, reduciría las hospitalizaciones por ACSC y el coste^{1,2,4,5}. Las tasas de riesgo y las funciones de supervivencia determinarían la influencia de diversas covariables en la probabilidad de realizar las consultas a la APS, mientras que en el estudio de resultados de la atención médica explicarían la influencia de la diversidad de factores en los resultados de salud.

La calidad y la disponibilidad de los sistemas de registro hospitalarios –el conjunto mínimo básico de datos de alta hospitalaria–, la aplicación de una metodología adecuada en la evaluación de la complejidad de los resultados de salud y el enfoque de la evaluación, como herramienta útil a los profesionales para mejorar la calidad de la atención médica, hacen recomendable el uso prudente del indicador y la continuidad de la investigación.

Bibliografía

1. 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.
2. Caminal J, Martín A, y Grupo «Acuerdo de Bellaterra». Sobre la contribución de la atención primaria a la capacidad de resolutiva del sistema de salud y su medición. *Aten Primaria.* 2005;36:456-61.
3. Caminal J, Silvestre F. Actividad hospitalaria, pacientes y atención primaria. *Rev Calidad Asistencial.* 2003;18:164-70.
4. Fleming ST. Primary care, avoidable hospitalisation, and outcome of care: a literature review and methodological approach. *Med Care.* 1995;52:88-108.
5. Starfield B. New paradigms for quality in primary care. *Br J General Pract.* 2001;51:303-9.
6. Sánchez-Cantalejo E, Ocaña-Riola R. Los modelos multinivel o la importancia de la jerarquía. *Gac Sanit.* 1999;13:391-8.