

La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por *ambulatory care sensitive conditions*. Marco conceptual

J. Caminal Homar^a y C. Casanova Matutano^b

Los indicadores de actividad hospitalaria como medida indirecta del funcionamiento de la atención primaria de salud (APS) han sido utilizados anteriormente para evaluar el impacto de las reformas sanitarias introducidas en los últimos años. Algunos autores han asociado las tasas de hospitalización por todas las causas con el nivel de adecuación global de la APS^{1,2}, mientras que otros han utilizado la frecuentación hospitalaria para analizar la idoneidad de la derivación de pacientes³⁻⁶. La hospitalización por problemas de salud susceptibles de cuidados en la APS, los denominados *ambulatory care sensitive conditions* (ACSC), constituye un nuevo indicador de actividad hospitalaria desarrollado en la última década que pretende servir de medida de la efectividad de la APS para la atención de determinados problemas de salud^{7,8} (tabla 1).

El fundamento que sustenta este indicador es que una elevada capacidad de resolución

por parte de la APS, atribuible al incremento de las medidas preventivas, así como a la mejora de los tratamientos ambulatorios, debería implicar una disminución de los ingresos hospitalarios. Los ingresos hospitalarios por ACSC hacen referencia a problemas de salud que pueden prevenirse mediante alguna de las intervenciones propias del primer nivel asistencial, como son:

- Prevención de la aparición del problema de salud.
- Diagnóstico precoz y tratamiento de los episodios agudos de la enfermedad.
- Control y seguimiento de las patologías de evolución crónica.

Los profesionales de la APS han expresado su resistencia a que su práctica clínica se evalúe mediante un indicador de actividad hospitalaria⁹. El razonamiento de esta resistencia se basa en la existencia de factores determinantes de la hospitalización que caen fuera del control de los profesionales de la APS, por lo que desde este punto de vista este indicador adolecería de limitaciones al utilizarse para evaluar el primer nivel asistencial. Los factores más relevantes que pueden condicionar la hospitalización son las características del paciente, la variabilidad de la práctica clínica hospitalaria y las políticas de admisión de los centros^{10,11}.

El objetivo de este artículo es establecer el marco conceptual del indicador «la hospitalización por ACSC» dando respuesta a las siguientes preguntas: ¿cuál es el papel de la APS en el proceso de atención de los ACSC?, ¿qué hipótesis han contrastado los estudios previos para apoyar la relación de este indicador con el funcionamiento de la APS? y ¿qué condiciones deben cumplir los problemas de salud incluidos en los listados de ACSC para garantizar la validez interna del indicador?

Para dar respuesta a estas preguntas, en primer lugar, se ha diseñado el recorrido

LECTURA RÁPIDA

▼ La hospitalización por problemas de salud susceptibles de cuidados en la APS, los denominados *ambulatory care sensitive conditions* (ACSC), constituye un nuevo indicador de actividad hospitalaria que pretende servir de medida de la efectividad de la APS.

▼ Los ingresos hospitalarios por ACSC hacen referencia a problemas de salud que pueden prevenirse mediante alguna de las intervenciones propias del primer nivel asistencial.

▼ Existen factores determinantes de la hospitalización que caen fuera del control de los profesionales de la APS, por lo que desde este punto de vista este indicador adolecería de limitaciones al utilizarse para evaluar el primer nivel asistencial.

^aUniversitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra (Barcelona). España.

^bHospital de Sagunto. Puerto de Sagunto (Valencia). España.

Correspondencia:
Josefina Caminal Homar.
Universitat Autònoma de Barcelona.
Facultat de Medicina. Unitat de bioestadística.
Edifici M.
08193 Bellaterra (Cerdanyola del Vallès). España.

Correo electrónico:
josefina.caminal@uab.es

Financiación:
Financiado parcialmente por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (proyecto FIS 00/0047). Este proyecto de investigación recibió el Premio Diario Médico a la Gestión en Atención Primaria del VII Premio Nacional a la Innovación en la Gestión y Administración Sanitarias promovido por Diario Médico, Arthur Andersen y la Escuela Nacional de Sanidad (Madrid, 2000).

Manuscrito recibido el 27-12-2001 y aceptado para su publicación el 11-3-2002.

Palabras clave: Atención primaria. Hospitalización. *Ambulatory care sensitive conditions*. Efectividad.

▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼
Proceso de atención para los pacientes con un ACSC

▼
Los *recorridos deseables* se fundamentan en que, para la mayoría de los problemas de salud, el paciente debe y puede ser atendido en la APS.

▼
Existen dos supuestos recorridos deseables: uno para aquellos problemas de salud que se resuelven en la APS y otro para los que requieren la intervención de la AE. En ambos casos el *recorrido deseable* se cierra en el primer nivel asistencial.

▼
Los *recorridos alternativos* son el resultado del uso insuficiente de la APS y/o del uso inadecuado de la AE. El primer supuesto es atribuible al no uso de la APS por parte de la población, a una baja capacidad de resolución de la APS o al protagonismo excesivo de la AE.

TABLA 1
Listado de los códigos de diagnósticos de ACSC

Patología infecciosa prevenible por inmunización u otras	<i>032, 033, 037, 045, 055, 056, 072, 320.0, 390, 391</i>
Sifilis congénita	<i>090</i>
Tuberculosis	<i>011, 012-018</i>
Diabetes	<i>250.0, 250.1, 250.2, 250.3, 250.7, 250.8, 250.9, 251.0, 251.2, 785.4 + 250.7</i>
Deficiencias nutritivas	<i>260, 261, 262, 268.0, 268.1</i>
Trastornos del metabolismo hidroelectrolítico	<i>276.5, 276.8</i>
Anemia ferropénica	<i>280</i>
Convulsiones	<i>345, 780.3</i>
Infecciones ORL/infecciones agudas de vías respiratorias altas	<i>382, 461, 462, 463, 465, 472.1, 475</i>
Enfermedad cardiovascular e hipertensión	<i>401.0, 401.9, 402.00, 402.10, 402.90, 403.0, 404.0, 405.0, 410-414, 430, 431, 436, 437.2</i>
Insuficiencia cardíaca	<i>428, 402.01, 402.11, 402.91, 518.4</i>
Neumonía	<i>481, 482.2, 482.3, 482.9, 483, 485, 486</i>
Enfermedades agudas y crónicas de las vías respiratorias bajas	<i>466.0, 490, 491, 492, 494, 496</i>
Asma	<i>493</i>
Úlcera sangrante o perforada	<i>531.0, 531.2, 531.4, 531.6, 532.0, 532.2, 532.4, 532.6, 533.0, 533.2, 533.4, 533.6</i>
Apendicitis aguda complicada	<i>540.0, 540.1</i>
Problemas dentales	<i>521, 522, 523, 525, 528</i>
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	<i>681, 682, 683, 686</i>
Gastroenteritis	<i>558.9</i>
Infecciones del tracto urinario	<i>590.0, 590.1, 590.8, 599.0, 599.9</i>
Enfermedad inflamatoria pélvica	<i>614</i>
Problemas de crecimiento	<i>783.4</i>

Los códigos en cursiva constituyen el listado para evaluar la efectividad de la APS.

deseable que deberían seguir los pacientes con un ACSC dentro del sistema de salud; en segundo lugar, se relacionan los factores asociados a las tasas elevadas de hospitalización identificados en los estudios previos, y finalmente se proponen aquellos criterios de definición que garantizarán la validez interna del indicador.

Proceso de atención para los pacientes con un ACSC

En la figura 1 se simulan los recorridos que puede seguir el paciente con un problema de salud susceptible de generar una hospitalización por ACSC, ayudando así a visualizar los diferentes actores y niveles asistenciales que intervienen en el proceso de atención y a identificar los determinantes de la actuación de cada uno de ellos. Los recorridos se han diseñado de acuerdo con las directrices sanitarias vigentes¹², según las cuales la APS es el primer contacto o primer nivel de atención del sistema de sa-

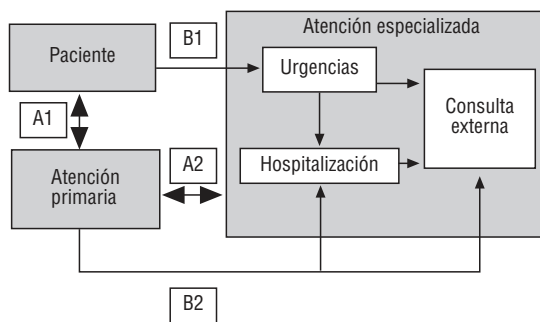
lud y la puerta de entrada a la atención especializada (fig. 1).

Los *recorridos deseables* se fundamentan en que, para la mayoría de los problemas de salud, el paciente debe y puede ser atendido en la APS. Todos los sistemas de salud reconocen que el primer nivel asistencial tiene capacidad para resolver la mayoría de los problemas de salud que se manifiestan en la población a lo largo de su vida: un 75-85% de los ciudadanos requieren sólo servicios de APS en el curso de un año; aproximadamente el 10-12% de la población deberá ser remitida a la atención especializada (AE) durante un corto período para completar la intervención diagnóstica, terapéutica o ambas; mientras que una baja proporción de esta población requerirá que su problema de salud sea atendido exclusivamente en la AE¹³. Según esta distribución, existen dos supuestos recorridos deseables: uno para aquellos problemas de salud que se resuelven en la APS y otro para los que requieren la intervención

FIGURA 1

Figura 1. Diagrama del recorrido de los pacientes con problemas de salud susceptibles de generar una hospitalización por ACSC.

↕: recorridos deseables A1 y A2; ↔: recorridos alternativos B1 y B2.



de la AE. En el caso de requerir la intervención de la AE, el adecuado funcionamiento de los servicios sanitarios conlleva un recorrido de ida y vuelta, es decir, el paciente acude a la APS, es remitido a la AE y vuelve a la APS. Este circuito será posible si existen mecanismos de coordinación entre los dos niveles asistenciales. En ambos casos, sea que el problema de salud se ha resuelto en la APS o sea que ha requerido la intervención de la AE, el *recorrido deseable* se cierra en el primer nivel asistencial.

Los *recorridos alternativos* son el resultado del uso insuficiente de la APS y/o del uso inadecuado de la AE. El primer supuesto es atribuible al no uso de la APS por parte

de la población, a una baja capacidad de resolución de la APS o al protagonismo excesivo de la AE.

La tabla 2 resume los determinantes conocidos que explican el uso inadecuado de los servicios sanitarios. Estos determinantes corresponden a las características del paciente, de la APS y de la AE:

- El paciente: características sociodemográficas, patrones de utilización, actitudes frente al tratamiento, inexistencia de red de soporte social.
- La APS: barreras de acceso, dotación de recursos insuficiente o sobrecargados, incapacidad organizativa para generar procesos, manejo clínico inadecuado.

TABLA 2 Determinantes asociados a la hospitalización por ACSC

Agentes del proceso asistencial	Determinantes	
	Recorrido B1 «No uso de la APS»	Recorrido B2 «Capacidad de resolución insuficiente»
Paciente	Demográficos Socioeconómicos Educativos Culturales Hábitos sanitarios Actitudes frente a las alternativas de tratamiento Patrones de utilización Red de soporte social	Incumplimiento
Atención primaria	Barreras de acceso Dotación de recursos insuficiente/sobrecargados Incapacidad organizativa para generar procesos	Manejo clínico inadecuado Efectividad baja Variabilidad de la práctica clínica Coordinación entre niveles baja
Atención especializada	Facilidad de acceso Retención de pacientes	Coordinación entre niveles baja

▶ LECTURA RÁPIDA

▼ **Relación entre la hospitalización y el funcionamiento de la APS**

Las tasas elevadas de hospitalización por ACSC son indicación de una atención ambulatoria subóptima que se define como una atención inadecuada en tipo, localización, intensidad u oportunidad para el problema de salud que está siendo tratado.

▼ El uso de los servicios sanitarios de AP reduce las hospitalizaciones por las causas denominadas ACSC, aunque la magnitud de esta relación varía en función de cada problema de salud.

▼ La selección de los problemas de salud considerados ACSC es el componente más importante de este indicador para garantizar la validez, fiabilidad y representatividad de las tasas de hospitalización por ACSC para evaluar la capacidad de resolución de la APS.

▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼
Validez interna del indicador

Mediante el proceso de selección de los códigos de diagnóstico de ACSC se obtuvo un listado que se considera válido para evaluar la efectividad de la APS porque minimiza las limitaciones derivadas de la influencia de las características clínicas de los pacientes, la variabilidad de la práctica clínica hospitalaria o las políticas de admisión de los centros.

▼
En cuanto al número de hospitalizaciones evitables, se considera que el potencial efecto de la APS en su reducción varía también en función del problema de salud de que se trate.

▼
La hospitalización por ACSC es una medida de resultado de la efectividad de la APS, porque mediante una APS a tiempo y resolutiva se posibilitan la detección y el control de la enfermedad en un estadio menos avanzado y se detiene la subsiguiente evolución a un proceso que puede requerir la hospitalización.

– La AE: facilidad de acceso, baja o nula coordinación con el primer nivel asistencial, retención de pacientes no complejos y propios de la APS.

Relación entre la hospitalización y el funcionamiento de la APS

Diversos estudios apoyan la hipótesis de que las tasas elevadas de hospitalización por ACSC son indicación de una atención ambulatoria subóptima que se define como una atención inadecuada en tipo, localización, intensidad u oportunidad para el problema de salud que está siendo tratado¹⁴. Las hospitalizaciones por ACSC pueden resultar de un manejo pobre de estos problemas de salud por diversas razones. Varios autores describen el nivel de educación e ingresos de la población como inversamente proporcionales a las tasas de hospitalización por ACSC¹⁵. Otros sugieren que podrían evitarse mejorando la accesibilidad a los médicos de APS porque hubiera posibilitado la detección de la enfermedad en un estadio menos avanzado^{16,17}. En general, la mayoría de los estudios coincide en afirmar que el uso de los servicios sanitarios de AP reduce las hospitalizaciones por las causas denominadas ACSC, aunque la magnitud de esta relación varía en función de cada problema de salud.

La revisión bibliográfica evidencia una considerable variabilidad de los códigos de diagnóstico que constituyen los listados de ACSC¹⁸. La selección de los problemas de salud considerados ACSC es el componente más importante de este indicador para garantizar la validez, fiabilidad y representatividad de las tasas de hospitalización por ACSC para evaluar la capacidad de resolución de la APS. El proceso de selección de estos códigos trata de obtener la máxima claridad y especificidad, al tiempo que se tendrá en cuenta que se trate de problemas de salud de frecuencia elevada y con un potencial similar para dejar al descubierto tanto problemas de diagnóstico como problemas de tratamiento. Además, los códigos de diagnóstico seleccionados no deberán estar sujetos a los factores confluores del ingreso hospitalario.

Validez interna del indicador

La selección del listado de ACSC adaptado al entorno sanitario español se realizó

mediante la aplicación de los criterios establecidos por Solberg¹⁹ y Weissman²⁰. Estos criterios son:

1. Existencia de estudios previos.
2. Claridad en la definición y codificación del caso.
3. Tasa de hospitalización $\geq 1/10.000$ habitantes o «problema de salud importante».
4. Problema susceptible de ser resuelto en la APS mediante una oferta de servicios que garantice la cobertura por edad, sexo y tipo de atención.
5. Hospitalización necesaria cuando el problema se produce.

Mediante el proceso de selección de los códigos de diagnóstico de ACSC se obtuvo un listado que se considera válido para evaluar la efectividad de la APS porque minimiza las limitaciones derivadas de la influencia de las características clínicas de los pacientes, la variabilidad de la práctica clínica hospitalaria o las políticas de admisión de los centros¹⁸.

A continuación se citan algunos ejemplos que ilustran cuál debería ser la actuación de la APS y se estima el volumen de hospitalizaciones que podrían ser evitables. El primer ejemplo es la *gangrena en pacientes diabéticos con trastornos circulatorios*. El concepto de hospitalización por ACSC supone aceptar que un control y seguimiento efectivos del paciente diabético con trastornos periféricos por parte de la APS hubiese podido evitar la evolución a una gangrena y, por lo tanto, la subsiguiente hospitalización. Un ejemplo distinto lo constituye la *sífilis congénita*, porque la intervención de la APS no se dirige al recién nacido que genera la hospitalización, sino al diagnóstico precoz y al tratamiento adecuado de la sífilis en la mujer embarazada. Para ilustrar la variedad de intervenciones que pueden requerir los ACSC se cita también la *insuficiencia cardíaca*. Para este problema de salud el papel de la APS incluye varias intervenciones necesarias: desde la prevención mediante el control de las enfermedades etiológicas que pueden generarla, hasta el control y el seguimiento adecuados cuando la insuficiencia cardíaca está instaurada, que requiere del diagnóstico precoz y tratamiento de aquellos procesos agudos o comorbilidades asociadas que pueden compensarla.

En cuanto al número de hospitalizaciones evitables, se considera que el potencial efecto de la APS en su reducción varía también en función del problema de salud de que se trate. Mientras que para los problemas de salud crónicos (p. ej., *diabetes, insuficiencia cardíaca*) el impacto inmediato de las actuaciones de la APS se traducirá en una disminución de las complicaciones agudas (p. ej., *coma diabético*) o en la reducción de los reingresos y de las estancias hospitalarias (p. ej., *insuficiencia cardíaca*), para la patología infecciosa prevenible por inmunización (p. ej., *tétanos, difteria*) o la prevenible mediante el diagnóstico y tratamiento del precursor de la enfermedad (p. ej., *fiebre reumática*) o de los estadios iniciales de su historia natural (p. ej., *enfermedad inflamatoria pélvica*), las hospitalizaciones deberían ser prácticamente eliminadas. La tendencia de la mayoría de los autores es considerar una tasa basal de referencia, generalmente la de la población de estudio, teniendo en cuenta todos aquellos factores que en condiciones reales pueden influir negativamente en la resolución de los problemas de salud. Así, se considera que por lo menos cada unidad de análisis, las áreas básicas de salud, podrán reducir el exceso de hospitalización respecto a la tasa basal establecida como referencia.

En conclusión, la hospitalización por ACSC es una medida de resultado de la efectividad de la APS, porque mediante una APS a tiempo y resolutive se posibilitan la detección y el control de la enfermedad en un estadio menos avanzado y se detiene la subsiguiente evolución a un proceso que puede requerir la hospitalización. Futuros estudios de variabilidad deberían identificar aquellos factores organizativos de la APS que se relacionan con unos mejores resultados de salud, es decir, con unas tasas de hospitalización por ACSC inferiores.

Bibliografía

- Shi L. Primary care, specialty care and life chances. *Int J Health Serv* 1994;24:431-58.
- Starfield B. Access-perceived or real, and to what? [editorial]. *JAMA* 1995;274:346-7.
- Alberola V, Rivera F. La atención primaria como determinante de la utilización del servicio de urgencias hospitalario. *Aten Primaria* 1994;14:825-8.
- Villalbí JR, Aguilera A, Farrés J. La utilización de los hospitales en España: efectos potenciales de la reforma de la atención primaria. *Med Clin (Barc)* 1988;91:761-3.
- Rodríguez F, Jiménez A, Guerado E, Cara del Rosal JA, Aguiar F, Narváez A. Estudio de la variabilidad en las derivaciones de atención primaria a un servicio de cirugía ortopédica y traumatología. *Rev Cal Asistencial* 1998;13:211-5.
- Bolívar I, Balanzó X, Armada A, Fernández JL, Foz G, Sanz E, et al. El impacto de la reforma de la atención primaria en la utilización de servicios de urgencias hospitalarios. *Med Clin (Barc)* 1996;107:289-95.
- Starfield B. *Balancing health needs, services, and technology*. New York: Oxford University Press, 1998.
- Caminal J, Starfield B, Sánchez E, Hermsilla E, Martín M. La atención primaria de salud y las hospitalizaciones por *ambulatory care sensitive conditions* en Cataluña. *Rev Clin Esp* 2001;201:501-7.
- Giuffrida A, Gravelle H, Roland M. Measuring quality of care with routine data: avoiding confusion between performance indicators and health outcomes. *BMJ* 1999;319:94-8.
- Borrás JM. La utilización de los servicios sanitarios. *Gac Sanit* 1994;8:30-49.
- Castellà X, Mompart A, Pérez G. La utilización de los hospitales de agudos por los ancianos. Cataluña 1982-1990. *Gac Sanit* 1997;11:259-65.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya.
- Starfield B. ¿Es la atención primaria esencial? *Lancet* 1994;344:129-33 (ed. esp. 1996;26:178-83).
- Fleming ST. Primary care, avoidable hospitalization, and outcomes of care: a literature review and methodological approach. *Med Care* 1995;52:88-108.
- Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York city. *Health Affairs* 1993;1:162-73.
- Parchman ML, Culler S. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. *J Fam Pract* 1994;39:123-8.
- Casanova C, Starfield B. Hospitalizations of children and access to primary care: a cross-national comparison. *Int J Health Serv* 1995;25:283-94.
- Caminal J, Mundet X, Ponsà JA, Sánchez 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.
- Solberg LI, Peterson KE, Ellis RW, Romness K, Rohrenbach E, Thell T, et al. The Minnesota Project: a focused approach to ambulatory quality assessment. *Inquiry* 1990;27:359-67.
- Weissman JS, Gatsonis C, Epstein AM. Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. *JAMA* 1992;268:2388-94.