

Las hospitalizaciones potencialmente evitables (HPE) son un indicador indirecto de la capacidad de resolución de la Atención Primaria y directo del volumen de actividad hospitalaria potencialmente prevenible mediante cuidados oportunos y efectivos en el primer nivel asistencial. La hipótesis de partida es que, la correcta aplicación de intervenciones habitualmente proporcionadas por Atención Primaria – prevención primaria, diagnóstico y tratamiento temprano y/o seguimiento y control adecuados-, los cuidados ambulatorios especializados y la cooperación entre niveles asistenciales supondría una importante reducción de las tasas de este tipo de hospitalizaciones.

Esta ficha analiza la variación de un indicador compuesto por las admisiones debidas a angina, asma en adultos, insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), deshidratación y complicaciones agudas (a corto plazo) de diabetes, considerándolo un indicador o una medida de la calidad y coordinación de la atención a los pacientes frágiles o con enfermedades crónicas.

Situación en 2013 y magnitud de la variación

En el año 2013 se registraron 145.756 ingresos potencialmente evitables, esto supuso 60 admisiones cada 10.000 habitantes mayores de 40 años o lo que es lo mismo 1 de cada 168 adultos mayores de 40 años fue hospitalizado por una causa evitable.

Entre áreas sanitarias se observan diferencias de hasta tres veces en las tasas de admisiones obtenidas (Figura 1 y RV₅₋₉₅ en Tabla 1). Esto quiere decir que entre los habitantes de las áreas del percentil 95 hubo casi tres veces más ingresos por una

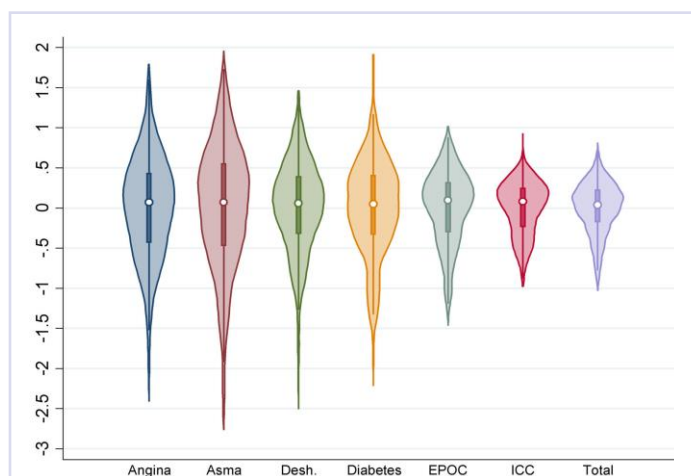


Figura 1. Tasas estandarizadas, en escala logarítmica centrada en el 0, de las 6 condiciones consideradas HPE y el indicador agregado de las mismas, por 10.000 habitantes en 2013

Nota técnica: El gráfico representa la variación en las tasas estandarizadas de las 203 áreas que engloban el SNS, con el punto blanco indicando la mediana, la caja la variación en el 50% de las áreas con valores centrales (RV25-75) y la línea que la atraviesa la variación entre las áreas del percentil 5 y 95 (RV5-95).

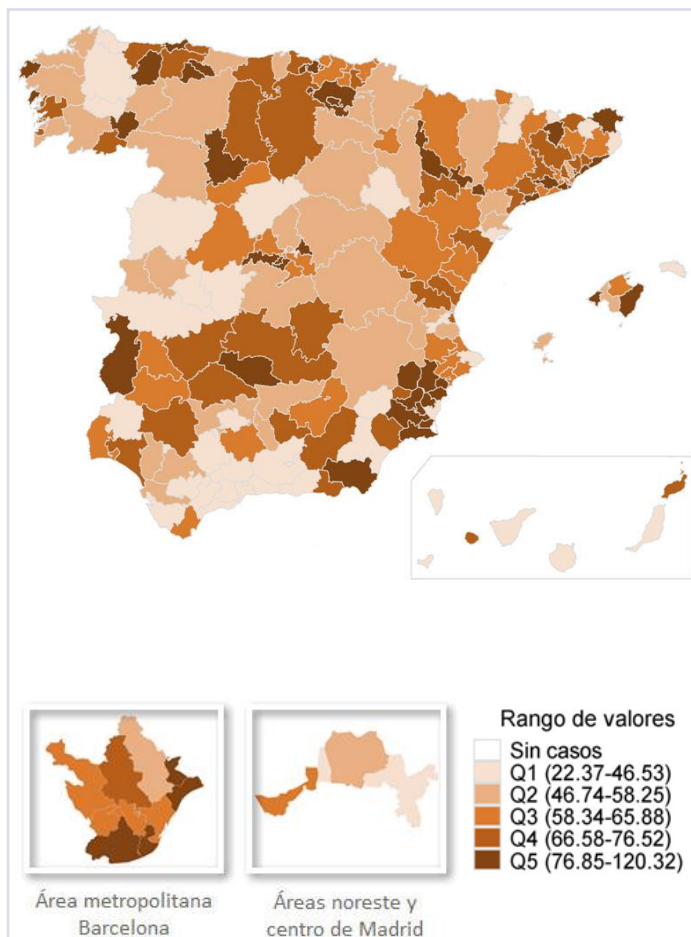


Figura 2. Tasas estandarizadas por edad y sexo de admisiones de HPE en las 203 áreas sanitarias durante 2013

Nota técnica: Áreas con mayor intensidad del color marrón representan áreas con mayor tasa estandarizada.

Tabla 1. Tasas y estadísticos de variabilidad. Año 2013

	HPE
Nº Casos	145.756
Tasa cruda	59,49
TE min	22,37
TE max	120,32
RV 5-95	2,88
RV 25-75	1,49
CSV	0,1
CCI	0,18

TE: Tasa Estandarizada; RV: Razón de variación; CSV: Coeficiente Sistemático de Variación; CCI: Coeficiente de correlación intraclase.

causa evitable que entre los habitantes de las áreas del percentil 5. Las condiciones que forman parte del indicador HPE que presentaron una mayor variabilidad entre áreas fueron asma, diabetes y angina (Figura 1).

Por otra parte, la variabilidad fue alrededor de un 10% por encima de lo esperado por efecto del azar (CSV en Tabla 1) y la comunidad autónoma de residencia explicaría un 18% de la variación no explicada por las áreas (CCI en Tabla 1).

En el año 2013, se detectaron áreas con altas tasas de HPE en la costa este y zona central de la península y áreas de tasas bajas

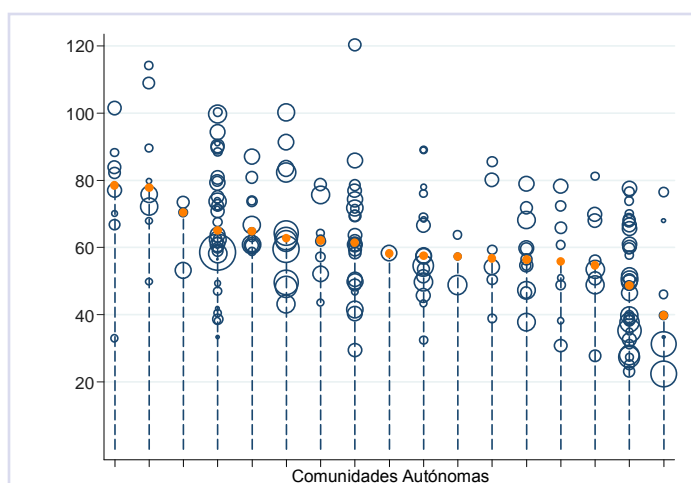


Figura 3. Tasas estandarizadas por edad y sexo de admisiones potencialmente evitables por 10.000 habitantes en las 203 áreas sanitarias agrupadas según su comunidad autónoma en 2013

Nota técnica: Las burbujas representan las áreas de salud en proporción al tamaño de su población y se agrupan en columnas según la Comunidad Autónoma de pertenencia. El punto naranja representa la tasa estandarizada en el percentil 50 de cada Comunidad Autónoma.

en el sur, aunque es difícil distinguir un patrón definido (Figura 2).

En general se observa que hay mayores diferencias en las tasas dentro de cada región que entre ellas (Figura 3). Así la razón de variación entre las áreas del percentil 5 y 95 (RV₅₋₉₅) en cada comunidad autónoma varió desde 1,3 hasta 2,7 en las regiones con menor y mayor variabilidad respectivamente.

Si se toma como referencia la tasa del percentil 10, el 48% de las admisiones evitables podrían considerarse un exceso respecto a dicho umbral. Es decir si todas las áreas tuvieran la tasa del área del percentil 10, se hubieran registrado 70.000 admisiones menos en 2013 (Figura 4).

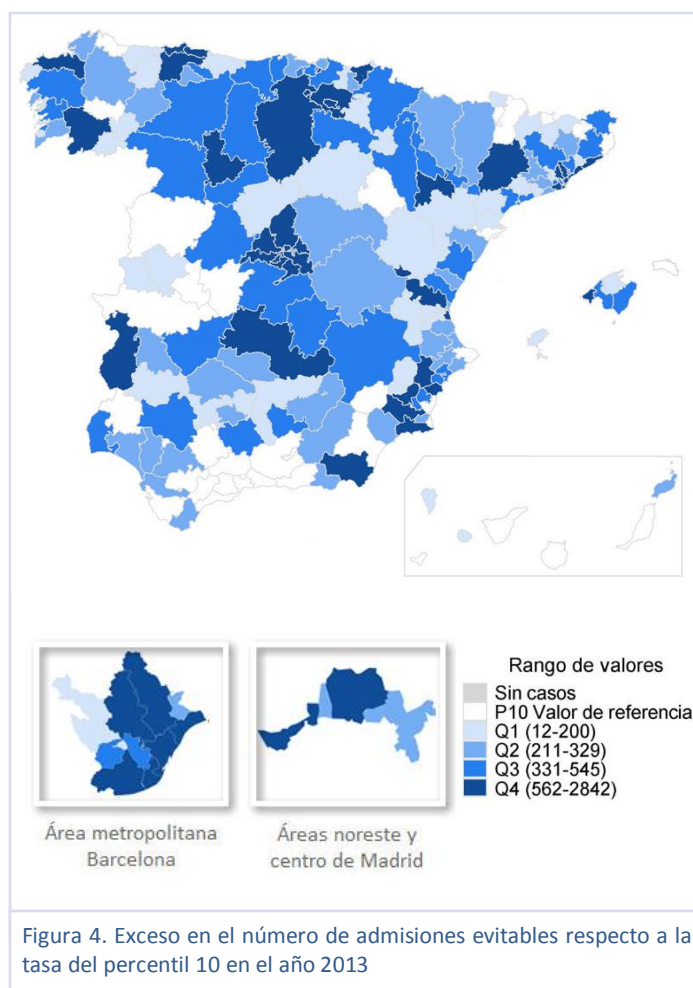


Figura 4. Exceso en el número de admisiones evitables respecto a la tasa del percentil 10 en el año 2013

Nota técnica: Para determinar el exceso de casos, se estimó el número de admisiones que hubiera tenido cada área en caso de tener la tasa del percentil 10 y se restaron del número real de casos ocurrido. En el mapa la intensidad de azul representa el exceso en el número de casos que tienen las áreas respecto la tasa de referencia del p10, mientras que en blanco aparecen las áreas con tasas igual o menores a dicho umbral.

Evolución temporal 2002-2013

Durante el periodo 2002-2013 hubo un aumento del 19% de la tasa cruda de admisiones en la población mayor de 40 años, mientras que la tasa de HPE descendió en un 33%, pasando de 90 a 60 admisiones cada 10.000 habitantes mayores de 40 años (Figura 5). Este descenso en las HPE tampoco puede relacionarse con un descenso de la población mayor de 40 años ya que esta creció en un 26% (alrededor de 5 millones).

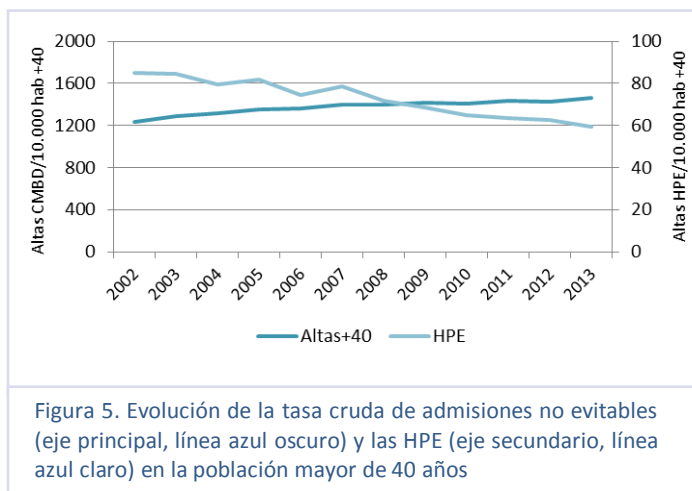


Figura 5. Evolución de la tasa cruda de admisiones no evitables (eje principal, línea azul oscuro) y las HPE (eje secundario, línea azul claro) en la población mayor de 40 años

El descenso de las tasas estandarizadas de las HPE fue continuado a lo largo de todo el período con una reducción anual significativa del 3,7%, sin registrarse ningún cambio de tendencia estadísticamente significativo a lo largo del período (Figura 6). La variación no debida al azar entre las áreas de estudio se redujo a la mitad en el mismo período (CSV en figura 6), pasando de niveles altos (0,2) a moderados (0,1). Los mayores descensos ocurrieron en angina, EPOC y asma. Mientras que las hospitalizaciones por deshidratación crecieron en un 58%

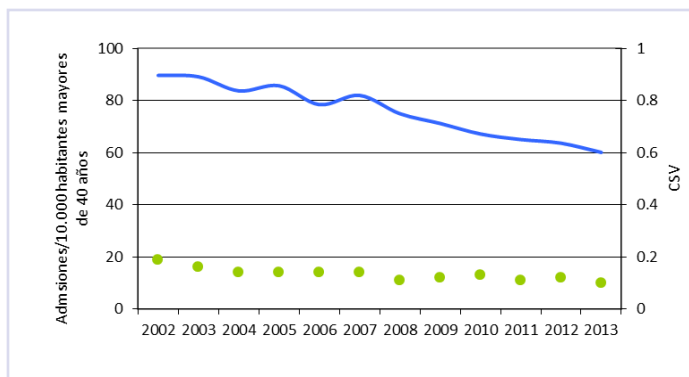


Figura 6. Evolución de las tasas estandarizadas por edad y sexo de HPE (línea azul) y del componente sistemático de variación (puntos verdes) en el agregado de las 203 áreas, durante el período 2002-2013

Relación de las HPE con la intensidad de hospitalización y la tasa de desempleo

Las áreas con mayor intensidad de hospitalización presentaron también un número significativamente mayor de ingresos por HPE (línea naranja en la Figura 7a) comparadas con las áreas con la menor intensidad (línea azul en la Figura 7a).

Además fue en las áreas con mayor intensidad de hospitalización donde más disminuyeron las HPE, mientras que en las áreas con menor intensidad, las HPE se mantuvieron casi constantes.

Por otra parte, cuando las áreas se clasifican según su nivel de desempleo, no se detectaron diferencias en las HPE, como se aprecia por la superposición y entrecruzamiento en la evolución de estas admisiones, entre las áreas con mayor (línea naranja en la Figura 6b) y menor nivel de desempleo (línea azul en la Figura 6b).

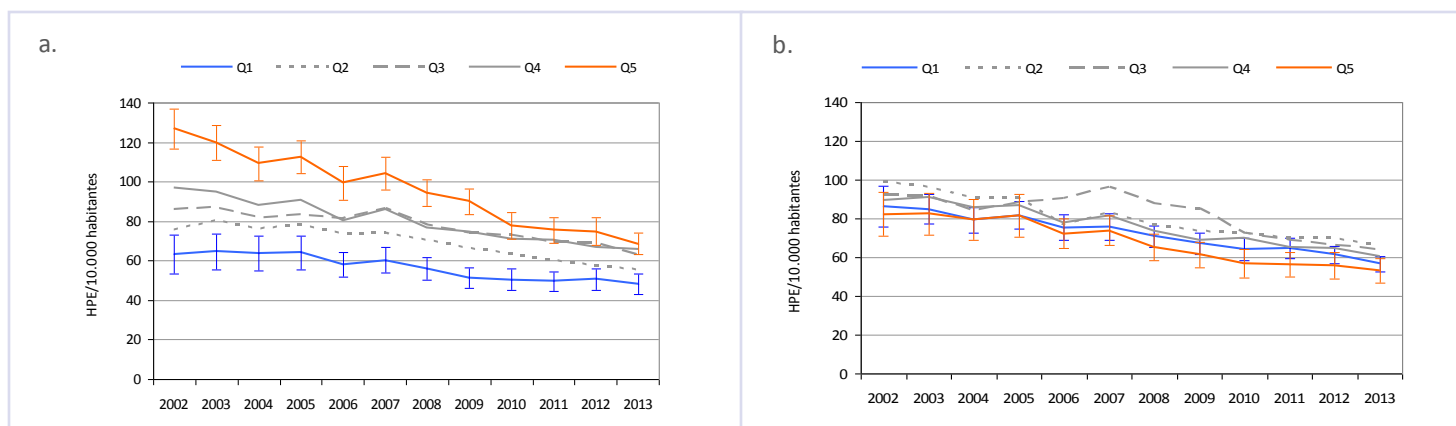


Figura 7. Evolución de las tasas estandarizadas de las admisiones evitables, agrupadas en quintiles en función de la intensidad de hospitalización (a) o de la tasa de desempleo (b), en los períodos 2002-2005, 2006-2009 y 2010-2013

Nota técnica: En este estudio, se consideró la intensidad de hospitalización como un factor que caracteriza la oferta sanitaria de las áreas mientras que la tasa de desempleo se utilizó como indicador del nivel socioeconómico de la población de dichas áreas.

La intensidad de hospitalización se definió en 3 periodos consecutivos, 2002-2005, 2006-2009 y 2010-2013, como la relación entre el total de altas (excluidas las hospitalizaciones evitables) y la suma de población en cada uno de esos periodos.

La tasa de desempleo sobre población activa se calculó como la media de las tasas de paro de los años que forman parte de cada uno de los períodos 2002-2005, 2006-2009 y 2010-2013.

Cada línea en los gráficos corresponde a la evolución de las tasas de HPE en cada uno de los 5 quintiles (de Q1 a-Q5) definidos según la intensidad de hospitalización (a) o la tasa de desempleo (b) en las que se han clasificado a las 203 áreas sanitarias. Q1 (línea azul) corresponde a las áreas con menor intensidad de hospitalización o menor tasa de desempleo mientras que Q5 (línea naranja) representaría a las áreas con la mayor intensidad de hospitalización o mayor tasa de desempleo. Las diferencias estadísticamente significativas entre quintiles ocurren cuando los intervalos de confianza no se solapan.

Implicaciones

Las HPE descendieron un 33% en el período 2002-2013 mientras que las hospitalizaciones totales aumentaron un 19%. A pesar de esta evolución divergente, las tasas de HPE están relacionadas positivamente con la intensidad de hospitalización de las áreas a hospitalizar, de manera que cuánto mayor es esta intensidad, más altas son las tasas de HPE.

La oferta y uso de cuidados ambulatorios determinan en parte las HPE, pero según resultados descritos en otros trabajos, el mayor impacto recaería en la oferta hospitalaria e intensidad de la hospitalización. La influencia del sistema hospitalario indicaría que factores contextuales están dirigiendo el tratamiento de las condiciones crónicas por la vía de cuidados hospitalarios, apuntando a un uso inapropiado del sistema en el tratamiento de la enfermedad

crónica. Por este motivo, las HPE funcionarían como un indicador de la eficiencia del sistema sanitaria tratando condiciones crónicas, más que como un indicador de la efectividad de la atención ambulatoria.

El descenso en las tasas de HPE observado puede deberse en parte a los programas de atención a la cronicidad o de atención a enfermedades crónicas concretas que se han implementado en los últimos años. Tampoco hay que descartar el efecto que ha podido tener la aparición de nuevos fármacos, por ejemplo para el tratamiento del EPOC (con mucho peso en el indicador conjunto) o la implementación de cambios organizativos a nivel hospitalario como la introducción de unidades de observación y estabilización sin ingreso.

Hay que señalar que esta reducción ha sucedido de manera desigual entre áreas sanitarias, no en todas las áreas han descendido las HPE ni lo han hecho en la misma medida. Además la variación sistemática sigue manteniéndose a niveles moderados. Este comportamiento desigual entre áreas, puede ser de utilidad para identificar aquellas que han reducido más sus tasas. Por ejemplo, en la figura 8 se muestran tres áreas, Bidasoa en País Vasco, Lugo en Galicia y Cuenca en Castilla la Mancha, que han pasado de estar en el grupo de áreas con las tasas más altas de HPE en 2002 a ser de las que presentan tasas menores en 2013. Analizar que estrategias o que factores han permitido esta reducción, podría ayudar a disminuir las HPE en un mayor número de áreas.

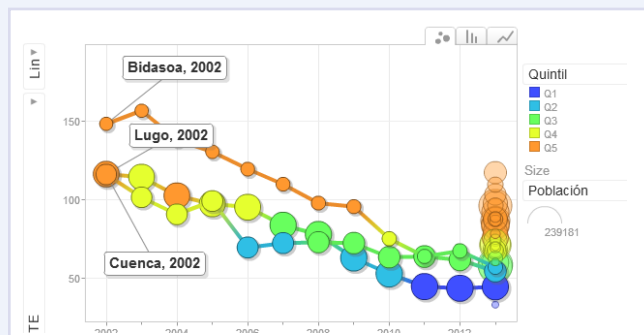


Figura 8. Evolución de las áreas con las mayores tasas de HPE en el año 2002. Se señalan 3 áreas que han pasado del quintil superior al inferior en el año 2013

Editado por:

Financiado por:

Citar como: Variaciones en la Práctica Médica (VPM) www.atlasvpm.org. Zaragoza (España): Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud - Instituto Investigación Sanitaria Aragón. Angulo Pueyo E, Ridao Lopez M, Martínez Lizaga N, Seral Rodríguez M, Bernal-Delgado E, por el grupo Atlas VPM. Atlas de variaciones en la práctica médica en Hospitalizaciones Potencialmente Evitables condiciones que afectan a pacientes crónicos o frágiles en el Sistema Nacional de Salud, Mayo 2015; Disponible en: <http://www.atlasvpm.org/atlas-variaciones-practica-medica/>