

Caracterización de las Hospitalizaciones por Condiciones Sensibles al Cuidado Ambulatorio en Uruguay en el 2017

MONOGRAFÍA

Estudiantes

- Acevedo, María Eugenia
- Bentancor, Danilo
- Berke, Andrés
- Falvo, Agustín
- Martínez, Lucas
- Pallas, Matías

Tutor

- Alegretti, Miguel

Departamentos e Instituciones Participantes:

Universidad de la República Uruguay, Facultad de Medicina, Medicina Preventiva y Social, UDA Jardines del Hipódromo

Grupo 54

Ciclo de Metodología Científica II-2018



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Tabla de contenido

| | |
|---|----|
| Título | 1 |
| Resumen | 1 |
| Introducción..... | 2 |
| Objetivo general: | 8 |
| Objetivos específicos | 8 |
| Metodología..... | 8 |
| Diseño | 8 |
| Población y muestra..... | 8 |
| Procedimiento y Recolección de Datos..... | 8 |
| Normas Éticas | 9 |
| Resultados..... | 10 |
| Discusión | 12 |
| Conclusiones..... | 13 |
| Agradecimientos | 14 |
| Bibliografía..... | 15 |
| Anexos | 17 |
| Tabla 1. Listado ACSC en adultos..... | 17 |
| Tabla 2. Listado ACSC en niños..... | 18 |

Título

Caracterización de las hospitalizaciones por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio en Uruguay durante el año 2017.

Resumen

Las condiciones sensibles al cuidado ambulatorio (ACSC, por sus siglas en inglés) refieren a un conjunto de condiciones que son potencialmente evitables mediante la atención primaria en salud.

Las tasas de hospitalizaciones por ACSC son usadas como indicadores de desempeño y acceso al sistema de atención primaria, de manera que tasas elevadas indican fallas en el modelo de atención primaria en salud (APS). A nivel nacional no contamos con un indicador de enfermedades sensibles al cuidado ambulatorio propio para nuestro sistema de salud, por lo que en un estudio realizado anteriormente¹, se utilizó el indicador ACSC diseñado en Argentina, dadas las similitudes entre ambas poblaciones.

El objetivo de este estudio fue caracterizar las hospitalizaciones potencialmente prevenibles mediante atención primaria en Uruguay durante el año 2017.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal.

Los egresos hospitalarios en el año 2017 fueron proporcionados por el Ministerio de Salud Pública (MSP).

Las hospitalizaciones por ACSC en 2017 fueron 65.751, lo que representa el 17,9% de los egresos hospitalarios. La tasa de egresos por ACSC fue de 18,8 cada 1.000 habitantes. La proporción de hospitalizaciones por ACSC fue mayor en los niños que en los adultos (34% vs 14%).

El sector que presentó una mayor tasa de hospitalizaciones prevenibles fue el público para ambos grupos etarios. Montevideo presentó mayores tasas en comparación con los departamentos del interior para ambos grupos de edades.

Se observó un aumento de la proporción de las hospitalizaciones prevenibles, pasando de 16,1% a 17,9%, comparado con el estudio realizado en el año 2016.

Palabras claves: Atención primaria en salud, hospitalización prevenible, cuidado ambulatorio, Ambulatory Care Sensitive Conditions.

Introducción

Las condiciones sensibles al cuidado ambulatorio (ACSC, por sus siglas en inglés) son un conjunto de enfermedades codificadas por el código CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.^a revisión) que son potencialmente evitables mediante la atención primaria en salud, es decir, diagnósticos en los que una atención primaria efectiva y a tiempo evita el riesgo de hospitalización, bien sea previniendo el inicio de una enfermedad, tratando una enfermedad aguda, o controlando una enfermedad crónica.

Las tasas de hospitalizaciones por ACSC son usadas como indicadores de desempeño y acceso al sistema de atención primaria, de manera que tasas elevadas indican fallas en este nivel de atención.²

De acuerdo a la revisión de diferentes publicaciones, utilizando los portales PubMed y Timbó se puede encontrar una gran variabilidad entre los listados de ACSC utilizados por los diferentes autores a nivel internacional.^{3 - 5} La mayoría de estos listados están adaptados a cada país para la aplicación de su uso. A nivel nacional no se cuenta con un indicador propio para el sistema de salud uruguayo, por lo que en estudios anteriores se utilizaron indicadores ACSC de Argentina. Para el presente trabajo se utilizará el mismo indicador, la escala del Dr. Adolfo Rubistein descrita en el artículo “Avoidable Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions as an Indicator of Primary Health Care Effectiveness in Argentina”³ siendo este un indicador que ha sido utilizado en Uruguay en un estudio previo, publicado en el año 2016 en la revista Gaceta Sanitaria¹.

La importancia de medir este tipo de hospitalizaciones radica en que permite conocer la situación de la APS en Uruguay, detectar diferencias por sexo, sector público y privado, diferentes grupos etarios, enfermedades más frecuentes dentro de las hospitalizaciones por ACSC y condición al alta (vivo/fallecido). Siendo éste un punto de partida útil para la orientación de políticas en salud en el primer nivel de atención.

Dentro de la asistencia integral en salud se reconocen tres niveles de atención, siendo las características del primer nivel el enfoque principal de este trabajo. Este primer nivel de atención constituye la puerta de entrada al sistema de salud, debiendo resolver aproximadamente el 80-85% de las consultas.⁶ Se entiende como atención primaria en salud aquella “asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo accesible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.”⁷

En Uruguay fue impulsada una reforma en la atención sanitaria, fortaleciendo el primer nivel de atención, con el objetivo de optimizar el aporte de recursos humanos otorgados a este sector.

Esta acción de reforzar el primer nivel de atención sigue la posición que toma la organización panamericana de la salud, que “invita a entender la renovación de la APS como parte integral del desarrollo de los Sistemas de Salud y a dejar claro que el camino más adecuado para producir mejoras equitativas y sostenibles de la salud de los pueblos de las Américas es fundamentar los Sistemas de Salud en la APS”.⁸

Dada la importancia del primer nivel de atención, se lo puede utilizar para inferir directamente en la salud poblacional, previniendo las complicaciones de enfermedades crónicas, así como también la aparición de nuevas patologías.

Trabajando en la atención primaria en salud es posible hacer una mejor distribución de los recursos destinados a las políticas sanitarias y bienestar del paciente.

Existe un marco conceptual desarrollado por Caminal y Casanova en 2003 que describe cómo la APS puede reducir las tasas de hospitalizaciones evitables, identificando varios factores contextuales asociados al riesgo de hospitalización:

- A. Características de la población (edad, sexo, status socio-económico, perfil epidemiológico, cobertura sanitaria).
- B. Características de los prestadores (patrones de práctica, tipo de entrenamiento, incentivos financieros).
- C. Servicios de salud (distribución geográfica, barreras administrativas y financieras para el acceso).
- D. Sistemas de salud (patrones de referencia y contra-referencia, guías de práctica clínica, monitoreo de calidad).
- E. Políticas de salud (incentivos para el desarrollo e implementación de servicios de APS articulados, intervenciones poblacionales para influir sobre la distribución de factores de riesgo en la población).⁹

Estos factores contextuales y sistémicos determinarían si un individuo que busca atención médica por una condición no urgente consultará inicialmente a un prestador de APS en un sistema donde ésta es el primer punto de contacto y pueden resolverse la mayoría de los problemas y necesidades de salud de la población o será inapropiadamente derivado (o acudirá por propia decisión) a la consulta de emergencia en los hospitales, donde la probabilidad de que sea internado por una ACSC, es mucho mayor.³

Algunos aspectos de los servicios de APS han demostrado correlación con la reducción de hospitalizaciones por ACSC. Estos aspectos incluyen a las características del acceso (densidad de médicos y particularmente de médicos de atención primaria, especialidad del médico, distancia geográfica del centro de APS), características del primer contacto, integralidad,

continuidad y coordinación de cuidados provistos en el primer nivel de atención y longitudinalidad en la atención.³

Se define como hospitalizaciones prevenibles aquellas hospitalizaciones que pueden ser evitables por la implementación de cuidados preventivos y manejo temprano de las enfermedades y seguimiento de problemas crónicos, servicios otorgados dentro de la atención primaria en salud.³

Es por esto que a nivel mundial se utilizan los datos de estas hospitalizaciones como un indicador indirecto del acceso, eficacia y capacidad de resolución de la APS, así como para monitorear la evolución y el funcionamiento del sistema de salud.² La capacidad de resolución que tiene el sistema sanitario hace referencia a cómo sus organizaciones y profesionales logran dar soluciones adecuadas a los problemas de salud de los ciudadanos.⁸

Diferentes artículos plantean la hipótesis de que tasas elevadas de hospitalizaciones por ACSC traducen una APS subóptima o inadecuada en cuanto a localización, tipo, intensidad u oportunidad para el problema de salud tratado.^{9 - 13}

En una revisión sistemática “The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review”, se vio que la mayoría de los estudios confirmaron la relación esperada entre los indicadores de accesibilidad de la APS y la ACSC, mostrando tasas de hospitalización más bajas para ACSC en áreas con mayor acceso a la APS.¹⁴

Resulta importante destacar que, si bien no ha sido posible calcular el gasto en el Uruguay generado por estas hospitalizaciones, se sabe que altas tasas de hospitalizaciones por ACSC están asociadas con altos costos para el sistema de salud.¹⁵

Según lo descrito por diversos autores^{2, 10, 12}, las tasas de hospitalizaciones por ACSC son influenciadas por diferentes factores, como son el acceso a la salud primaria, los seguros médicos, raza y etnia, nivel socioeconómico, cultura, lenguaje, entre otros. Estas características pasan a actuar como barreras inhibiendo la accesibilidad a la APS y por ende generando tasas superiores en algunos grupos de la población.

Se vio que las personas afrodescendientes, con bajos ingresos y los que residen en áreas rurales tuvieron significativamente más hospitalizaciones ACSC que sus contrapartes respectivas. Las personas sin un médico de atención primaria tenían más probabilidades de ser hospitalizados con ACSC.¹⁴

Mediante datos que se extrajeron de una revisión sistemática,¹⁴ en referencia a la variación de los ACSC por sexo, se demuestra un claro predominio del sexo masculino, donde la tasa fue 33,15 ACSC cada 1.000 hombres, frente a 22,10 ACSC cada 1.000 mujeres.

Estas variaciones sustanciales en las tasas de hospitalizaciones por afecciones potencialmente

evitables podrían ser un síntoma de la calidad variable de la atención en salud y deberían ser una preocupación para los médicos y los responsables de la formulación de políticas sanitarias.

Más allá de su uso a nivel internacional, algunos de los profesionales que trabajan en el primer nivel de atención no están de acuerdo en medir la eficacia de este nivel de atención con este indicador, argumentan que existen factores determinantes de la hospitalización como pueden ser las características del paciente, disponibilidad de recursos, adecuado manejo clínico y variabilidad de la práctica clínica o políticas de admisión de los centros, que caen fuera del control de los profesionales del primer nivel de atención.¹⁶

La utilización del indicador ACSC comenzó en los Estados Unidos para analizar el acceso de la población indigente a la atención médica. En la segunda mitad de los años noventa, este indicador fue propuesto por el Sistema Nacional de Salud Británico para el análisis de la calidad de la atención primaria y luego se extendió su uso a otros países.^{17, 18}

Al analizar la bibliografía, se encuentra una gran variabilidad entre los listados de ACSC. A modo de ejemplo, en dos regiones diferentes de España (Barcelona y Murcia) se realizaron en forma separada estudios para identificar las hospitalizaciones prevenibles por ACSC los cuales mostraron resultados dispares. En Barcelona se observó que éstas hospitalizaciones fueron de un 8,4%, mientras que en Murcia fueron de aproximadamente un 14,2%.^{19, 20}

Esta variedad, que puede verse inclusive en dos regiones diferentes de un mismo país, está dada por las adaptaciones que se hacen para poder aplicar el indicador en diferentes regiones, ya que una afección puede considerarse prevenible en un sitio mientras que en otro no, debido a un diferente manejo clínico, tratamiento o diagnóstico. Es por esto que la confección del listado es el componente más importante del indicador ya que debe garantizar la validez y representatividad de las tasas de hospitalización por ACSC para poder evaluar la calidad y capacidad de la APS.⁴

Para la creación de estos listados, se recurre un grupo de expertos que sean conocedores del entorno, de sus problemáticas y de sus características sociales, así como también de los patrones de morbilidad y de los aspectos estructurales y funcionales de los servicios sanitarios del medio en donde se va a utilizar el instrumento.

El procedimiento se realiza en tres etapas. La primera consiste en la identificación de diferentes listados mediante una revisión bibliográfica. La segunda etapa consiste en ver que listados son apropiados mediante los criterios de Solberg et al y Weissman et:

1. Existencia de estudios previos.
2. Tasa de hospitalización superior o igual a 1/10.000, o «problema de salud importante», definido como aquel que supone un riesgo vital per se o que puede representar un riesgo

de descompensación de las comorbilidades asociadas.

3. Claridad en la definición y codificación de los casos.
4. Hospitalización potencialmente evitable mediante los cuidados de atención primaria que garantizarán la cobertura asistencial por edad, sexo y tipo de atención.
5. Hospitalización necesaria cuando el problema de salud se produce. ^{18,23}

Finalmente, el tercer paso consiste en la elaboración propiamente dicha del listado de ACSC para el medio, para lo cual se utiliza un estudio Delphi. ⁴

Uruguay no cuenta actualmente con un listado de ACS promovido por el sistema sanitario. Se considera más apropiado para nuestro medio el propuesto por el Dr. A. Rubinsten (Argentina, en el año 2014), el cual fue creado mediante el proceso previamente nombrado, para adaptar las clasificaciones americanas al entorno argentino. Este indicador ya se ha aplicado en nuestro medio y cumple con los 5 criterios propuestos por Solberg y Weissman. Las similitudes existentes entre ambos países, tanto a nivel geográfico, como cultural, permiten aplicar este indicador en nuestra población.

Dicho listado consta de un indicador propio para población de hasta 15 años de edad clasificados como “Niños”, y otro para mayores de 15, clasificados como “Adultos”. Estos poseen: 72 códigos CIE-10 para adultos y 65 para niños.

Uruguay cuenta con un estudio de hospitalizaciones potencialmente prevenibles mediante APS en el año 2014. Fue realizado en el 2016 utilizando el listado de Rubinstein previamente mencionado. En dicho estudio se obtuvo que, de la totalidad de ingresos hospitalarios, el 16.1% fueron por enfermedades prevenibles según el ACSC. Dentro de la población pediátrica (aceptada hasta 15 años) las hospitalizaciones prevenibles fueron del 35.3%, mientras que en los adultos fue de 12.3%. Las infecciones respiratorias fueron la causa más frecuente de ACSC en los niños, mientras que para los adultos lo fueron las enfermedades crónicas. Al ver los resultados por sector, se extrae que en el sector público los egresos prevenibles corresponden al 20,3%, mientras que en el sector privado la proporción fue de 13,7%. ¹

Anualmente los prestadores de salud deben enviar al Departamento de Vigilancia en Salud del MSP, información sobre los egresos hospitalarios de los pacientes inscriptos, según el Contrato de Gestión suscrito entre la Junta Nacional de Salud y los prestadores integrales del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), Decreto N°81/012, en su quincuagésima disposición general.” ²⁴

Este contrato tiene como objetivo asegurar las obligaciones de los prestadores de salud integrados en el SNIS en materia asistencial, de gestión y de financiamiento, que estos asumen en el marco de los principios rectores y objetivos del sistema nacional integrado de salud. Dicho

contrato tiene una vigencia de tres años y será prorrogable por plazos sucesivos a un año.²⁵

La información brindada por los prestadores de salud debe tener el diagnóstico principal, las comorbilidades, los días de estadía y la fecha en la que ingresó el usuario. Se destaca que el registro de egresos hospitalarios posee buena calidad de datos, ya que cada prestador de salud cuenta con al menos un licenciado o un técnico en registros médicos que asegura la calidad de la codificación. El diagnóstico principal y las comorbilidades están codificados por la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10), Edición 2015.

En el registro de egresos hospitalarios se excluyen los pacientes tratados de manera ambulatoria, pacientes asistidos en el servicio de emergencia, y los nacidos vivos sin patologías que requieran internación.

Si bien los datos del Registro Nacional de Egresos Hospitalarios son de libre acceso, siguiendo la ley de acceso a la información pública, los mismos deben ser solicitados vía e-mail a la dirección infoepidem@msp.gu.uy. Los mismos son anonimizados para mantener la confidencialidad de los pacientes. Esta información se registra entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de cada año, teniendo, los prestadores de salud, hasta el 31 de marzo del año siguiente para enviar los datos al MSP.

Objetivo general:

- Caracterizar las hospitalizaciones potencialmente prevenibles mediante atención primaria en Uruguay durante el 2017

Objetivos específicos

- Determinar porcentaje y tasa de hospitalizaciones por ACSC en Uruguay durante el 2017.
- Clasificar y cuantificar los datos obtenidos según sexo, sector público y privado, afección más prevalente, grupo etario, lugar de residencia y condición al alta.
- Comparar los datos obtenidos con los resultados del estudio realizado en el año 2016.

Metodología

Diseño

Se realizó un estudio de diseño observacional, descriptivo, de corte transversal.

Población y muestra

Se trabajó con la población de egresos hospitalarios del Uruguay en el año 2017 aportada por el MSP en formato Excel. No se tomó muestra debido a que fue posible acceder a los datos de toda la población de Uruguay para este estudio.

Se utilizaron los datos del año 2017, última actualización disponible ²⁶. Se tomó como criterio de inclusión todos los pacientes que fueron hospitalizados en Uruguay en el año 2017.

Se excluyeron los registros con datos incompletos en edad y código CIE-10 en el diagnóstico principal de la base del Registro de Egresos Hospitalarios del MSP.

Procedimiento y Recolección de Datos

La recolección de datos se realizó mediante la solicitud de los mismos al Ministerio de Salud Pública al Departamento de Vigilancia en Salud, por vía e- mail.

El diagnóstico principal al egreso está codificado según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10), Edición 2015.

Las variables registradas fueron: sexo (Masculino/Femenino), grupo etario (clasificado en menores de 16 años y en mayor o igual de 16 años), sector Público/Privado, lugar de residencia (Montevideo/Interior), código CIE-10 de diagnóstico principal y condición al alta (Vivo/Fallecido). Dichas variables son cualitativas nominales dicotómicas a excepción de

diagnóstico principal siendo esta policotómica.

Los datos fueron analizados con el software de libre acceso Epi Info 7. Este es un “Conjunto de software libre para el manejo, análisis y visualización de datos, específicamente desarrollado para su aplicación en salud pública”²⁷

Como test estadístico para comparar proporciones, se utilizó el test Z para contraste de proporciones.

Los datos de población utilizados para el cálculo de tasas corresponden a proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE) para el año 2017 revisadas en el año 2013. Los datos de cobertura por sector de salud se obtuvieron del MSP.

Normas Éticas

Al tratarse de un estudio observacional, no existe exposición a ningún factor de riesgo que pueda influir en la salud de los individuos.

Dada la ausencia de contacto directo y personal entre los sujetos y los investigadores, debido a que se utilizó una base de datos anónima y de libre acceso de acuerdo con la Ley de Acceso a la Información Pública N° 18.381²⁸, no se solicitó consentimiento informado.

El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Facultad de Medicina.

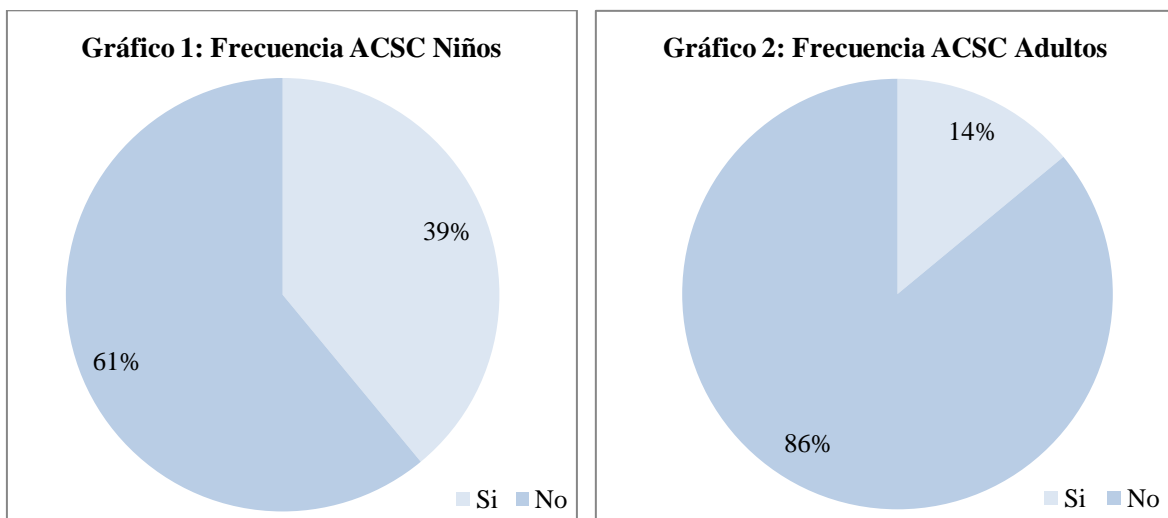
Resultados

A través de la base de datos de egresos hospitalarios nacionales del año 2017 obtenida del MSP se extrajo un total de 367.326 egresos hospitalarios.

De los datos obtenidos el 17,9% corresponden a internaciones por ACSC. La tasa de hospitalizaciones prevenibles a nivel nacional resultó de 18,8 cada 1.000 habitantes.

Del total de los egresos hospitalarios, 310.635 fueron adultos (84,56%), mientras que 56.691 correspondieron a niños (15,44%).

Dentro del grupo de los niños, el 39,15% de los egresos corresponde a condiciones prevenibles (gráfico 1), mientras que en los adultos, este valor desciende a 14,08% (gráfico 2).

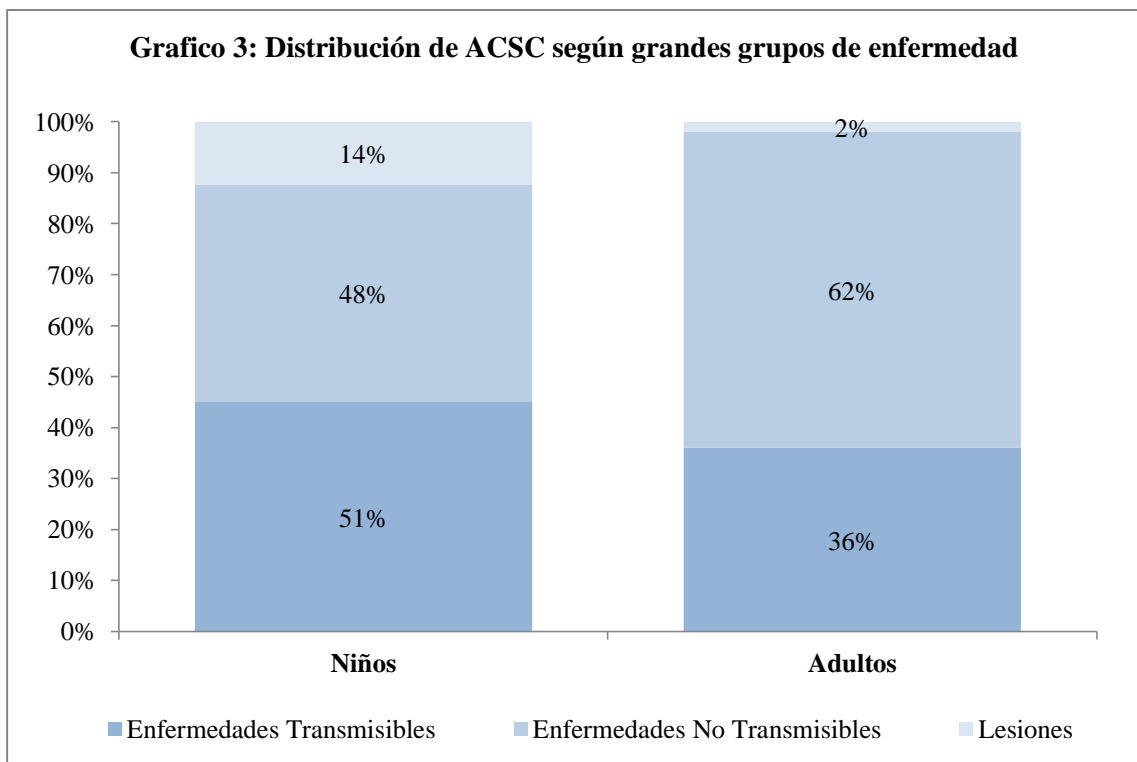


Las tasas de los respectivos grupos fueron de 29,2 hospitalizaciones prevenibles cada 1.000 niños y de 14,0 cada 1.000 adultos.

Las patologías más frecuentes de ACSC en niños fueron: bronquiolitis aguda (20,36%), enfermedades crónicas de las amígdalas y las adenoides (17,85%) y traumatismos (11,44%).

Por otra parte, en adultos las patologías más frecuentes fueron: Neumonías y sus complicaciones (18,97%), enfermedades coronarias (15,86%) e insuficiencia cardíaca (12,98%).

Al agrupar las patologías más frecuentes de ACSC en enfermedades transmisibles, no transmisibles y lesiones se obtuvieron los siguientes porcentajes: en niños el 51% corresponden a enfermedades transmisibles, 48% a no transmisibles y 14% a lesiones (Gráfico 3). En los adultos estos porcentajes fueron diferentes; el 62% de las hospitalizaciones prevenibles fueron por enfermedades no transmisibles, el 36% por transmisibles y el 2% restante por lesiones (Gráfico 3).



Al analizar los datos según el sexo, vemos que el 41,40% de las hospitalizaciones de varones menores de 15 años fueron por ACSC, mientras que en las niñas este porcentaje fue del 36,35%, observándose un predominio de hospitalizaciones por ACSC en niños con una diferencia estadísticamente significativa (valor $p < 0,05$).

Por su parte, en los mayores de 15 años, del total de los egresos en hombres, el 17,42% correspondieron a hospitalizaciones por ACSC, mientras que de las hospitalizaciones en el sexo femenino fueron del 11,92%. Este predominio del sexo masculino es con una diferencia estadísticamente significativa (valor $p < 0,05$).

Al clasificar por sector, en el privado la proporción de egresos por ACSC en niños fue 39,26% y en el público 39,02%, la diferencia no es estadísticamente significativa con un valor $p > 0,05$.

El cálculo de las tasas en esta población resultó de 26,04 ACSC cada 1.000 habitantes en el sector privado, ascendiendo a un 34,3 cada 1.000 habitantes en el sector público.

Con respecto a los adultos se vio una proporción de egresos por ACSC de 15,58% en el público mientras que en el sector privado, la proporción fue del 13,13%. La diferencia es estadísticamente significativa con un valor $p < 0,05$.

Para la población adulta las tasas de ACSC fueron de 14,1 cada 1.000 habitantes en el sector público y de 13,9 cada 1.000 en el privado.

Con respecto a la procedencia de los niños, se vio que en el interior la proporción de egresos por ACSC fue 39,53%, mientras que en la capital del país esta proporción descendió al 38,60%, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (valor $p < 0,05$).

La tasa de ACSC para el total de niños en el interior fue de 27,08 por cada 1.000 habitantes y en

Montevideo de 29,7 por cada 1.000 habitantes.

En los adultos ésta proporción tuvo un valor del 14,34% en Montevideo, mientras que en el interior fue del 14,10%. Esta diferencia no resultó estadísticamente significativa con un valor $p > 0,05$. Las tasas en este grupo fueron de 16,5 cada 1.000 habitantes en Montevideo y de 12,2 cada 1.000 habitantes en el interior del país.

Al analizar la condición al alta, observamos que del total de fallecidos en los menores de 15 años, el 40,11% correspondieron a enfermedades prevenibles por ACSC, mientras que en los adultos este valor fue del 21,26%.

Tabla 1: Análisis de variables

| | | ACSC en Niños | ACSC en Adultos |
|--------------------------|------------|---------------|-----------------|
| Grupo Etario | | 39,00% | 14,00% |
| Sexo | Femenino | 36,35% | 11,92% |
| | Masculino | 41,40% | 17,42% |
| Procedencia | Montevideo | 38,60% | 14,34% |
| | Interior | 39,53% | 14,10% |
| Sector | Público | 39,02% | 15,58% |
| | Privado | 39,26% | 13,13% |
| Condición al Alta | Alta | 39,11% | 13,80% |
| | Fallece | 40,11% | 21,26% |

Discusión

Notamos cambios significativos en comparación con el estudio anterior realizado en el año 2016, destacando, dentro de estos cambios, un aumento de 1,8% en las hospitalizaciones por ACSC, con vista a estos resultados, podríamos inferir que las políticas adoptadas por el ministerio de Salud Pública para la prevención de este tipo de enfermedades deberían ser revisadas. Debemos considerar el impacto económico que conlleva este aumento en las hospitalizaciones por ACSC, si bien este gasto no está estimado, constituye una futura línea de investigación en vistas a la optimización de recursos del sistema de salud.

Otra explicación a esta situación puede ser la mejora en el sistema de registro de egresos hospitalarios, la cual aumento su cobertura y mejora en la codificación CIE-10.

Observamos, también, un mantenimiento en el patrón epidemiológico de estas hospitalizaciones respecto al estudio anterior. Siendo las enfermedades transmisibles la causa más frecuente de hospitalizaciones por ACSC en niños., mientras que en adultos han sido las enfermedades no transmisibles. Creemos que este resultado es acorde con lo observado en la práctica clínica habitual, donde la población pediátrica es más susceptible a enfermedades infecciosas, y la

población adulta tiene una mayor prevalencia de enfermedades crónicas con sus posibles complicaciones.

Encontramos una mayor incidencia de las hospitalizaciones prevenibles dentro del sector público comparadas con el sector privado. Esto nos sorprende dado que el primer nivel de atención del sector público ha experimentado un mayor desarrollo, con un mayor aumento del número y calidad asistencial en policlínicas periféricas, haciendo más fácil la accesibilidad. Estos datos pueden ser explicados por las características de la población que se atiende en dicho nivel, haciéndolos más vulnerables. Otra explicación, puede ser el hecho de que muchas veces en el sector público se ingresan pacientes por su contexto y no tanto por su afección, haciendo que aumente el número de hospitalizaciones. Si bien en salud pública hay un mayor número de policlínicas haciendo que sea más fácil el acceso al primer nivel, muchas veces hay una mayor demora para acceder a una consulta con el especialista en comparación con el sector privado. Creemos, ésta pueda ser otra de las causas de las mayores hospitalizaciones en el sector público.

Del total de muertes en menores de 15 años, el 40,11% correspondieron a hospitalizaciones que se podrían haber evitado, lo que traduce un gran número de muertes que podría haber sido evitadas mediante una buena APS. En los adultos este porcentaje fue menor (21,26%), pero de todas maneras son cifras elevadas que apoyan la importancia del tema y la continuación de esta línea de trabajo.

Conclusiones

De los egresos hospitalarios 310.635 fueron adultos, dentro de los cuales hubo un 14,08% de ACSC. Mientras que 56.691 corresponden a niños, con 39,15% de ACSC.

De estas ACSC se pudo observar que hubo un predominio del sexo masculino, tanto en los niños como adultos, a pesar de una mayor frecuencia de hospitalizaciones en el sexo femenino.

En cuanto al sector, se observó un mayor número de tasas de hospitalizaciones prevenibles en el sector público para ambos grupos etarios.

Con respecto a la procedencia de los hospitalizados por ACSC, se vieron mayores tasas en Montevideo en los dos grupos de edades.

Las patologías más frecuentes de ACSC en niños fueron: bronquiolitis aguda (20,36%), enfermedades crónicas de las amígdalas y las adenoides (17,85%) y lesiones (11,44%). Por otra parte, en adultos las patologías más frecuentes fueron: Neumonías y sus complicaciones (18,97%), enfermedades coronarias (15,86%) e insuficiencia cardíaca (12,98%).

De la condición al alta es importante destacar que 345 niños y 515 adultos fallecieron por

hospitalizaciones prevenibles mediante ACSC.

En comparación con el estudio realizado en el año 2016 sobre datos del 2014. En el año 2017 se vio un aumento de egresos hospitalarios por ACSC en comparación al 2014. Se mantuvo el patrón de enfermedades para ambos grupos etarios, siendo en los niños las enfermedades transmisibles la principal causa de hospitalizaciones por ACSC, mientras que en los adultos se mantuvieron en primer lugar las enfermedades no transmisibles. Por lo que podemos decir que el patrón de enfermedades del 2016 es similar al del 2014.

En cuanto al sector hospitalario, se mantuvo el predominio de hospitalizaciones prevenibles en el sector público con respecto al 2014.

Agradecimientos

Al departamento de Medicina Preventiva y Social, por permitirnos utilizar sus instalaciones para la realización de este trabajo.

Al Ministerio de Salud Pública, por su buena disposición al brindar los datos solicitados.

A la UDA Jardines del Hipódromo, por el apoyo a la realización de este proyecto.

Bibliografía

1. M. Viera, L. Carambula, M. Dutra, V. Rodriguez, F. Secco, M. Alegretti. Hospitalizaciones potencialmente prevenibles mediante atención primaria de salud en Uruguay. *Gac Sanit* 2017. Vol 31. 312-313
2. Cáliz Peña, Oswaldo. Hospitalizaciones Prevenibles por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio en cinco hospitales de la red pública de Bogotá 2006- 2008. *Revista Escuela de Administración de Negocios*. 2009; 67: 95-106
3. A. Rubinstein, A. López, J. Caporale, P. Valanzasca, V. Irazola, F. Rubinstein. Avoidable Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions as an Indicator of Primary Health Care Effectiveness in Argentina. *J Ambulatory Care Manage*. 2014; 37(1):69–81.
4. J. Caminal, X. Mundet, J.A. Ponsà, E. Sánchez, C. Casanova. Las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions: selección del listado de códigos de diagnóstico válidos para España. *Gac Sanit* 2001; 15(2):128- 141.
5. B. Moura, R. C. da Cunha, R. Aquino, M. G. Medina, E.L. A. Mota . J. Macinko. Et al. The main causes of hospitalization for primary health care sensitive conditions in Brazil: an analysis by age groups and region. *Rev. Bras. Saúde Matern Infant*. 2010; 10(1): 83-91
6. W. Benia, I. Reyes. Temas salud pública. Oficina del libro FEFMUR. 2008. Tomo 1. 106-107.
7. Who.int [Internet]. [actualizado octubre 2017; citado 27 de mayo del 2018]. Disponible en: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
8. Msp.gub. [internet] Montevideo [Actualizado de marzo de 2006; citado 27 de setiembre de 2018] Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/reestructura-del-primer-nivel-de-atenci%C3%B3n>
9. J. Caminal Homar, C. Casanova Matutano. Primary care evaluation and hospitalization due to ambulatory care sensitive conditions. Conceptual framework. *Aten Primaria*. 2003 Jan;31
10. J. Caminal, J. Navarro. La evaluación de la capacidad de resolución de la atención primaria y su contribución a la efectividad del sistema de salud. La hospitalización por ambulatory care sensitive conditions como medida. *Rce AP*. 2003; 1-14
11. J. Caminal, E. Sánchez, M. Morales, R. Peiró, S. Márquez. Advances of the investigation of "Ambulatory Care Sensitive Conditions" in primary care in Spain. *Rev Esp Salud Pública*. 2002 May-Jun;76(3):189-96.
12. I.Velez, Z.Ansari, V. Sundararajan, K.Brown, S. M Gifford. A six-year descriptive analysis of hospitalisations for ambulatory care sensitive conditions among people born in refugee-source countries. *Population Health Metrics*. 2007;5:9; 1-8.
13. S.Vuik, G.Fontana, E. Mayer, A.Darzi. Do hospitalisations for ambulatory care sensitive conditions reflect low access to primary care? An observational cohort study of primary care usage prior to hospitalization. *BMJ Open*. 2017;7: 1-7.
14. T. Freund, S. M. Campbell, S. Geissler, C. U. Kunz, C. Mahler. Strategies for Reducing Potentially Avoidable Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions. *Annals of family medicine*. 20013;11(4); 363-370.
15. Aldo Rosano, Christian Abo Loha, Roberto Falvo. The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. *European Journal of*

16. Shi L, Samuels ME, Pease M. Patient characteristics associated with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in South Carolina. University of South Carolina, Columbia, USA. *South Med J*. 1999 Oct;92(10):989-98.
17. J. Billings, V. Hasselblad. A preliminary study: use of small area analysis to assess the performance of the outpatient delivery system in New York City. The Codman Research Group Nueva York Systems Agency (1989)
18. L.I. Solberg, K.E. Peterson, R.W. Ellis, K. Romness, E. Rohrenbach, T. Thell, et al. The Minnesota Project: a focused approach to ambulatory quality assessment Inquiry, 27 (1990), pp. 359-367.
19. J. Caminal Homara, M. Morales Espinoza, E. Sánchez. Hospitalizaciones prevenibles mediante una atención primaria oportuna y efectiva. *Atención Primaria* 2003. Enero. 31 (1)
20. José Eduardo Calle, Pedro Parra, Rafael Gomis ,Hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in the Region of Murcia (Spain). *Rev Calidad Asistencial*. 2006 ;21. Pag. 178-186
21. John Busby, Sarah Purdy, William Hollingworth. A systematic review of the magnitude and cause of geographic variation in unplanned hospital admission rates and length of stay for ambulatory care sensitive conditions. *BMC Health Serv Res*. 2015
22. J. Caminal, E. Sánchez, M. Morales, R. Peiró, S. Márquez. Avances en España en la investigación con el indicador “hospitalización por enfermedades sensibles a cuidados de atención primaria”. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76: 189-196
23. Weissman JS, Gatsonis C, Epstein AM. Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. *JAMA* 1992; 268: 2388-2394.
24. Alegretti M, Ferreiro M, Gagliano G, Griot K. Normas nacionales para el registro de egresos hospitalarios. *MSP* 2017: 1-12
25. Sistema Nacional de Salud. [internet] Montevideo [Actualizado 13 de marzo de 2012; citado 27 de setiembre de 2018] Disponible en: <http://msp.gub.uy/marco-normativo/contrato-de-gesti%C3%B3n>
26. MSP. Comunicación telefónica realizada el 25 de mayo del 2018 Montevideo. Comunicación M. Pallas.
27. cdc.gov [Internet] Atlanta [Actualizado 31 de octubre del 2017; citado 27 de mayo del 2018] Disponible en: <https://www.cdc.gov/epiinfo/index.html>
28. Presidencia.gub.uy [Internet] Montevideo [Actualización 27 abril del 2017; Citado 25 de mayo del 2018] Disponible en: https://www.presidencia.gub.uy/transparencia/ley-18_381

Anexos

Tabla 1. Listado Condiciones Sensibles al Cuidado Ambulatorio (ACSC) en adultos.

| CSAP | Códigos CIE-10 |
|--|------------------------------|
| Internaciones por Enfermedades infecto contagiosas prevenibles con vacunas | A35, A36, A80, G00, I00, I01 |
| Complicaciones agudas y crónicas de la HTA (incluye HTA esencial y enfermedad cardíaca hipertensiva) | I10, I11 |
| Desnutrición proteica calórica | E46 |
| Diarrea y gastroenteritis de presunto origen Infeccioso | A09 |
| Bronquitis (incluye la bronquitis aguda y no especificada) | J20, J40 |
| Efectos adversos de fármacos y químicos (incluye toxicidad por medicamentos y sustancias biológicas no especificadas) | T42, T50 |
| Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales (odontología) | K04 |
| Enfermedades pélvicas inflamatorias Femeninas | N73 |
| Infecciones de transmisión sexual | A50-A64 |
| Síndrome ácido sensitivo (incluye dispepsia, gastritis y duodenitis) | K29, K30 |
| Tumor maligno del cuello del útero | C53 |
| Asma (incluye estado asmático y asma en general) | J45, J46 |
| Cefalea | R51 |
| Complicaciones de la Diabetes mellitus no Insulinodependiente | E11 |
| Complicaciones de TBC | A16, A17, A18, A19 |
| Dorsalgia | M54 |
| Enfermedad coronaria (incluye angina inestable y estable e infarto de miocardio) | I20, I21, I25 |
| Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas | J44 |
| HIV (incluye HIV y enfermedades oportunistas) | B20, B24 |
| Insuficiencia cardíaca | I50 |
| Tuberculosis respiratoria | A15 |
| Efecto toxico del contacto con animales Venenosos | T63 |
| Neumonía y sus complicaciones (incluye neumonía por organismo no especificado y la bacteriana no clasificada) | J15, J18 |

| | |
|--|--|
| Úlcera del miembro inferior | L97 |
| Complicaciones de la Diabetes mellitus Insulinodependiente | E10 |
| Hemorroides | I84 |
| Infecciones de la piel (incluye infecciones de la piel y tejido subcutáneo y erisipela) | A46, L02, L03, L08 |
| Masa no especificada en la mama | N63 |
| Metrorragia (incluye hemorragias uterinas o vaginales) | N92, N93 |
| Quemaduras | T20, T21, T22, T23, T24, T25, T29, T31 |
| Retención de orina | R33 |
| Trastornos hidroelectrolíticos | E86 |

Tabla 2. Listado Condiciones Sensibles al Cuidado Ambulatorio (ACSC) en niños.

| CSAP | Códigos CIE-10 |
|---|------------------------------|
| Amigdalitis | J03 |
| Ectoparasitos | B86 |
| Internaciones por enfermedades inmunoprevenibles | A35, A36, A80, G00, I00, I01 |
| Desnutrición | E43, E44 |
| Heridas | S01 |
| Infecciones respiratorias altas (Incluye infecciones en rinofaringe, faringe, laringe y tráquea) | J00, J02, J04, J06, J39 |
| Intoxicación por monóxido de carbono | T58 |
| Otitis media supurativa y no especificada | H66 |
| Sífilis congénita | A50 |
| Tos ferina (tos convulsa) | A37 |
| Trastornos funcionales intestinales | K59 |
| Trastornos odontológicos | K04 |
| Varicela | B01 |
| Ahogamiento | T75 |
| Náuseas y vómitos | R11 |
| Asma (Incluye asma bronquial y estado asmático) | J45, J46 |
| Bronquitis aguda | J20 |
| Cefalea | R51 |
| Cuerpo extraño en el tubo digestivo | T18 |
| Enfermedad del reflujo gastroesofágico | K21 |

| | |
|--|--|
| Gastroenteritis (Incluye las diarreas y gastroenteritis de origen infeccioso) | A08, A09 |
| Gastroenteritis no infecciosas | K52 |
| Infección urinaria | N11 |
| Infecciones de la piel (Incluye infecciones de la piel y tejido subcutáneo) | L01, L02, L03, L08 |
| Quistes hidatídicos | |
| Tuberculosis y sus complicaciones | A15-A19 |
| Efecto tóxico del contacto con animales venenosos | T63 |
| Enfermedades crónicas de las amígdalas y de las Adenoides | J35 |
| Complicaciones de DBT 1 | E10 |
| Bronquiolitis aguda | J21 |
| Efectos adversos de fármacos y químicos (Incluye toxicidad por medicamentos y sustancias biológicas no especificadas) | T42, T50 |
| Prepucio redundante, fimosis y parafimosis | N47 |
| Síndrome urémico hemolítico | D59 |
| Traumatismo (incluye traumatismos de todas las partes del cuerpo <u>INCLUSIVE</u> trauma encéfalo craneano) | S02, S05, S06, S09, S39, S42, S52, S62, S72, S82, T07, T14 |
| Neumonía Viral | J12 |
| Malabsorción intestinal | K90 |