

ARTICULO ORIGINAL

Hospitalizaciones evitables por problemas de salud sensibles a cuidados ambulatorios: construcción y validación de la lista Uruguaya de patologías.

- Avoidable hospitalizations for health problems sensitive to outpatient care: construction and validation of the Uruguayan list of pathologies.
- Internações evitáveis por problemas de saúde sensíveis ao atendimento ambulatorial: construção e validação da lista uruguaia de patologias.

Ana Sollazzo¹ **Resumen**

ORCID: 0000-0002-1798-7361

Ana Kuster²

ORCID: 0000-0003-4972-757X

Gustavo Burroso³

ORCID: 0000-0002-0988-7571

Alicia Aleman⁴

ORCID: 0000-0002-9247-1031

Introducción: Las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions es un indicador que mide la utilización de los servicios hospitalarios por problemas de salud que podrían haber sido prevenidos en el primer nivel de atención. El concepto se refiere a los procesos en que la atención ambulatoria efectiva puede ayudar a disminuir los riesgos de hospitalización, en un segundo nivel de atención. El objetivo del estudio fue construir y validar una lista uruguaya de problemas de salud sensibles a cuidados ambulatorios (PSSCA) según CIE-10.

Metodología: Para la construcción de la lista inicial de códigos de PSSCA se realizó una revisión de los listados existentes y se propuso un listado inicial que fue validado a través del Método Delphi. Se propone un listado de 99 códigos diagnósticos de PSSCA adaptado a nuestro entorno sanitario. Los mismos permiten identificar y cuantificar problemas de salud que pueden producir hospitalizaciones potencialmente evitables mediante cuidados ambulatorios accesibles y oportunos en el primer nivel de atención.

Resultados: Se conformó un panel de 12 expertos. A partir de los datos obtenidos, considerando los 99 diagnósticos clasificados por CIE-10, éstos se pueden subclasificar en función de si la patología es infecciosa o no, obteniendo un resultado general de 62 patologías en un total de 99 que pueden ser clasificadas como infecciosas, lo que se corresponde a un 62 %.

Discusión: De la comparación de la lista uruguaya de PSSCA a la que hemos arribado y las listas validadas utilizadas para la construcción inicial del listado de patologías propuesto, podemos decir que la primera presenta un mayor porcentaje de coincidencia con la lista de patologías de Bello Horizonte. Podemos mencionar que la mayoría de los problemas de salud identificados con base en el listado de PSSCA, son sensibles de ser resueltos con la atención primaria oportuna y de calidad que podría evitar o disminuir de una manera significativa su hospitalización.

Conclusiones: Este trabajo describe el proceso de construcción y validación de una lista de códigos de PSSCA adaptados al contexto uruguayo a través del método Delphi. Hemos arribado a un listado que comprende un total de 99 diagnósticos, agrupadas en un total de diecinueve categorías que considera la especificidad del contexto uruguayo del indicador.

Palabra claves: Problemas de salud sensibles a cuidados ambulatorios, Mecanismos de Evaluación de la Atención de Salud, Estudio de validación, Atención Primaria de Salud

1,3,4-Universidad de la República.
Facultad de Medicina. Unidad
Docente de Administración de
Servicios de Salud.
2- Médico Especialista en
Administración de Servicios de
Salud.

Abstract

Introduction: Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions is an indicator that measures the use of hospital services for health problems that could have been prevented at the first level of care. The concept refers to the processes in which effective outpatient care can help reduce the risks of hospitalization, at a second level of care. The objective of the study was to build and validate a Uruguayan list of health problems sensitive to outpatient care (PSS-CA) according to ICD-10.

Methodology: To construct the initial list of PSSCA codes, a review of the existing lists was carried out and an initial list was proposed that was validated through the Delphi Method. A list of 99 PSSCA diagnostic codes adapted to our healthcare environment is proposed. They make it possible to identify and quantify health problems that can lead to potentially avoidable hospitalizations through accessible and timely outpatient care at the first level of care.

Results: A panel of 12 experts was formed. From the data obtained, considering the 99 diagnoses classified by ICD-10, these can be subclassified depending on whether the pathology is infectious or not, obtaining a general result of 62 pathologies in a total of 99 that can be classified as infectious, which corresponds to 62%.

Discussion: From the comparison of the Uruguayan list of PSSCA that we have arrived at and the validated lists used for the initial construction of the proposed list of pathologies, we can say that the first presents a higher percentage of coincidence with the list of pathologies of Bello Horizonte. We can mention that most of the health problems identified based on the PSSCA list are sensitive to being resolved with timely and quality primary care that could prevent or significantly reduce hospitalization.

Conclusions: This work describes the process of construction and validation of a list of PSSCA codes adapted to the Uruguayan context through the Delphi method. We have arrived at a list that includes a total of 99 diagnoses, grouped into a total of nineteen categories that consider the specificity of the Uruguayan context of the indicator.

Key words: Ambulatory care sensitive conditions (ACSC), Health Care Evaluation Mechanisms, Validation Study, Primary Health Care

Resumo

Introdução: As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial são um indicador que mede a utilização de serviços hospitalares para problemas de saúde que poderiam ter sido evitados no primeiro nível de atenção. O conceito refere-se aos processos em que um atendimento ambulatorial eficaz pode auxiliar na redução dos riscos de internação, em um segundo nível de atenção. O objetivo do estudo foi construir e validar uma lista uruguaia de problemas de saúde sensíveis à atenção ambulatorial (PSS-CA) segundo a CID-10.

Metodologia: Para construir a lista inicial de códigos PSSCA foi realizada uma revisão das listas existentes e foi proposta uma lista inicial que foi validada através do Método Delphi. É proposta uma lista de 99 códigos de diagnóstico PSSCA adaptados ao nosso ambiente de saúde. Permitem identificar e quantificar problemas de saúde que podem levar a hospitalizações potencialmente evitáveis através de cuidados ambulatoriais acessíveis e oportunos no primeiro nível de cuidados.

Resultados: Foi formado um painel de 12 especialistas. A partir dos dados obtidos, considerando os 99 diagnósticos classificados pela CID-10, estes podem ser subclassificados consoante a patologia seja infecciosa ou não, obtendo-se um resultado geral de 62 patologias num total de 99 que podem ser classificadas como infecciosas, o que corresponde para 62%.

Discussão: A partir da comparação da lista uruguaia de PSSCA a que chegamos e das listas validadas utilizadas para a construção inicial da lista de patologias proposta, podemos dizer que a primeira apresenta um maior percentual de coincidência com a lista de patologias de Belo Horizonte. Podemos mencionar que a maioria dos problemas de saúde identificados com base na lista PSSCA são sensíveis para serem resolvidos com cuidados primários oportunos e de qualidade que possam prevenir ou reduzir significativamente a hospitalização.

Conclusões: Este trabalho descreve o processo de construção e validação de uma lista de códigos PSSCA adaptados ao contexto uruguaio através do método Delphi. Chegamos a uma lista que inclui um total de 99 diagnósticos, agrupados em um total de dezenove categorias que consideram a especificidade do contexto uruguaio do indicador.

Palavras chaves: Condições sensíveis ao atendimento ambulatorial, Mecanismos de Avaliação da Assistência à Saúde, Estudo de Validação, Atenção Primária à Saúde

Recibido: 21/06/2023 - **Aceptado:** 26/10/2023

Departamento de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
Correspondencia. E-mail: anasollazzo@gmail.com

Introducción

Las tasas de hospitalización por patologías sensibles a la atención ambulatoria han sido propuestas como un indicador indirecto de la capacidad resolutoria del primer nivel de atención; y como un indicador indirecto de actividad hospitalaria prevenible en un segundo nivel de atención, mediante la realización de cuidados oportunos, efectivos y continuados en el tiempo en el primer nivel.⁽¹⁾

Este indicador tuvo su origen en los Estados Unidos a mediados de la década de los 80 a través de un proyecto impulsado conjuntamente por la Universidad de Columbia y el United Hospital Fund de Nueva York que analizó la accesibilidad de ciertos grupos de población a diferentes sistemas de atención sanitaria (Medicaid). El proyecto posibilitó el establecimiento de los primeros listados de diagnósticos o proceso de altas hospitalarias que identificaban problemas de salud que podían haberse evitado si hubiesen sido tratados adecuadamente en el medio ambulatorio.^(2,3)

El concepto de problemas de salud sensibles a cuidados ambulatorios (PSSCA) surgió bajo la denominación de *ambulatory care sensitive conditions* o también con la de hospitalizaciones evitables, *avoidable hospitalizations*. Se refiere a los procesos en que la atención ambulatoria efectiva y a tiempo, puede ayudar a disminuir los riesgos de hospitalización, bien sea previniendo el inicio de una enfermedad, tratando una enfermedad aguda o controlando una enfermedad crónica.⁽⁴⁾

Las hospitalizaciones por PSSCA aportan un elemento centinela o trazador por lo que constituyen un indicador que puede servir para conocer el estado y evolución del primer nivel de atención. Los PSSCA no recogen todas las situaciones, todos los diagnósticos ni todos los contextos que maneja a diario el médico de atención primaria, pero eso no los invalida en su uso. Son herramientas de gran utilidad como indicadores de la calidad con la que se implementan las acciones de aun considerando la variabilidad clínica justificada.⁽⁵⁾

Los PSSCA fueron propuestos por el National Health Service (NSH) del Reino Unido para el análisis de la calidad de la Atención Primaria en Salud (APS) en la segunda mitad de los años 90, y se continúa utilizando en otros países europeos. Se refiere a problemas de salud en que una atención ambulatoria apropiada en tipo, localización, intensidad, oportunidad y efectividad puede ayudar a disminuir los riesgos de hospitalización.⁽⁴⁾

Las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions miden el producto intermedio de la actividad de la APS (la utilización de la atención especializada) a partir de las bases de datos del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) al alta. El indicador propuesto ha demostrado ser útil para identificar variaciones de la Práctica Médica, variabilidad territorial y entre grupos poblacionales, por lo que su aplicación puede ofrecer información para reorientar y mejorar los servicios sanitarios y garantizar una oferta de calidad, accesible y equitativa.⁽⁴⁾

Los PSSCA, son un grupo de códigos de diagnóstico de egreso hospitalario que se han propuesto como indicador indirecto de medida de la capacidad de resolución de la atención primaria e indicador directo de un volumen de actividad hospitalaria potencialmente prevenible, mediante cuidados oportunos y efectivos en el primer nivel. El uso de las hospitalizaciones por PSSCA como indicador de efectividad lleva implícita en la definición del mismo que la hospitalización es necesaria cuando el problema de salud se ha producido.

Criterio de definición que, entre otros, garantiza la validez del indicador para que mida lo que pretende medir, minimizando la influencia de aquellos factores ajenos a la Atención Primaria.⁽⁶⁾

La literatura evidencia una considerable variabilidad de los códigos de diagnósticos que constituyen los listados de PSSCA que se han venido utilizando desde las primeras publicaciones que hicieron investigadores sobre el tema en 1993.

Los primeros listados fueron propuestos en los proyectos de investigación del Minnesota Project y el Codman Research. A partir de estos se ha establecido un listado internacionalmente válido, el cual está compuesto por 87 códigos de diagnóstico. Posteriormente, este listado ha sido validado por muchos otros países; por ejemplo el sistema de salud español lo ha reducido de 87 a 35 códigos.⁽⁷⁾

Algunos estudios apoyan la hipótesis de que la accesibilidad a los servicios de atención primaria puede prevenir la hospitalización, aunque la magnitud de esta relación varía en función de la condición clínica de que se trate. Por ello, la selección de los diagnósticos a considerar como sensibles a cuidados ambulatorios representa uno de los componentes más importantes

de la metodología de estos estudios. El listado de problemas de salud sensibles a cuidados ambulatorios debe adaptarse a cada ámbito de estudio para garantizar la validez, fiabilidad y representatividad de las tasas de hospitalización.⁽⁸⁾

El objetivo de este estudio es construir una lista uruguaya de problemas de salud sensibles a los cuidados en la atención ambulatoria y validar el listado inicial de códigos PSSCA según CIE-10.

Metodología

Para la construcción de la lista inicial de códigos de patologías sensibles a cuidados ambulatorios se realizó una revisión de los listados existentes y se propuso un listado inicial de códigos de PSSCA según CIE-10.

No existe consenso en la literatura en relación a las hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención primaria. Dada esta heterogeneidad, se realizó una revisión de las listas de hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención primaria. Se consultó la base de datos Medline, utilizando las palabras clave: "Ambulatory care sensitive conditions" and "list", aplicándose el filtro para aquellos artículos disponibles a texto completo, no aplicándose límites de tiempo, identificándose 14 trabajos. Se consideraron 12 del total de los trabajos encontrados. Adicionalmente también fueron tenidos en cuenta otros, que se extrajeron de las referencias citadas en los artículos encontrados.

Para la elaboración de la primera versión de la lista, se utilizaron fundamentalmente tres trabajos seleccionados por los investigadores ^(6, 8, 9). Se incluyeron causas de egresos por patología agudas y crónicas, infecciosas y no infecciosas, presentes en adultos y en la edad pediátrica.

Para validar la lista de PSSCA propuesta se utilizó la metodología Delphi como método de consenso.⁽¹⁰⁾ En primer término se realizó la selección de los participantes del estudio Delphi en base a los siguientes criterios:

- a) Conocimiento del tema en estudio: experticia o experiencia clínica en servicios o áreas asistenciales del primer nivel de atención, atención ambulatoria, hospitalización y clasificación internacional de enfermedades.
- b) Formación de especialidad en: Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna, Salud Pública.
- c) Perfil académico: integrantes de Facultad de Medicina, Facultad de Enfermería.
- d) Pertenencia a sociedades científicas (Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria, Sociedad de Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria), asociaciones profesionales (Sindicato Médico del Uruguay, Colegio Médico); y Organismo regulador - Ministerio de Salud Pública.
- e) Pertenencia a prestadores de salud pública y privada, provenientes de Montevideo y del interior del país.

En relación al cuestionario se realizó un cuestionario ad hoc, diseñado por los investigadores, específico. Se realizaron dos rondas de consulta vía mail.

La propuesta inicial fue de 50 expertos, de los cuales aceptaron participar 19 que dieron su consentimiento para participar en el estudio. Finalmente se conformó un panel de 12 expertos que realizaron la primera ronda de consulta en forma completa y 11 expertos la segunda ronda.

Se otorgaron tiempos acotados para poder captar todas las respuestas. La consulta se realizó en los meses de julio y agosto de 2015.

Como primera instancia se envió vía correo electrónico un breve resumen del estudio y sus objetivos, se solicitó el consentimiento para participar, y se informó de la posibilidad de consultar las dudas que pudieron presentarse. Las interrogantes que surgieron de parte de los expertos en relación al alcance de la pregunta, fueron respondidas en forma inmediata.

La primera pregunta que respondió cada experto fue: ¿Usted considera que la internación por esta causa sería evitable por correctos cuidados en la atención ambulatoria?

Respondiendo a cada punto del listado: SI, NO o No corresponde a nuestro contexto (N/C). La opción N/C se propone debido a que cada una de las respuestas debe tener en cuenta el contexto nacional, y al utilizar listados de otros países pueden existir códigos de egresos por patologías cuya prevalencia en el país es muy baja a lo que se pudo responder, no corresponde en nuestro contexto.

Obtenidas todas las respuestas de la primera ronda de consulta, se procedió al análisis de las mismas, confeccionando un segundo listado donde no figuraron aquellas causas de egreso que obtuvieron un consenso total (100%) en la respuesta afirmativa o negativa.

En la segunda ronda se consultó sobre el listado elaborado con las respuestas del conjunto de expertos para cada causa de egreso, preguntando si en vista de las respuestas del grupo, reconsideraría su respuesta, respondiendo nuevamente a la pregunta: ¿Usted considera que la internación por ésta causa sería evitable por correctos cuidados en la atención ambulatoria? Respondiendo a cada punto del listado: SI, NO, N/C.

El análisis de las coincidencias de las respuestas se realizó otorgándoles a cada patología que era respondida como "SI" (es una hospitalización evitable) el valor 1 para cada experto.

Para el análisis se consideró que una internación es evitable por correctos cuidados ambulatorios, cuando la respuesta de los expertos fue coincidente y afirmativa en un porcentaje superior al 70 %. Si consideramos el nivel de respuestas de ambas rondas, comparativamente el incremento en el consenso en valores absolutos ascendió de 75 a 99 patologías, de un total de 230 que fueron puestas a consideración de los expertos. El incremento porcentual fue de 32%, dividiendo la frecuencia de las respuestas por el número de respuestas en cada ronda multiplicado por 100.

Resultados

En este estudio se conformó un panel de 12 expertos y concluyeron el estudio 11. Como se mencionó en la metodología se utilizó como criterio de selección de los mismos su conocimiento del primer nivel de atención, así como de la perspectiva de la hospitalización.

11/12 expertos que participaron eran médicos. 8 especialistas en medicina familiar y comunitaria, 2 especialistas en medicina interna, 1 especialista en epidemiología. 1/12 profesional no médico. Del perfil de los expertos podemos decir que tenían un promedio de 16.3 años de recibidos, con un máximo de 40 años y un mínimo de 6 años al momento del estudio.

El primer resultado del estudio fue la lista de Problemas de salud sensibles a cuidados ambulatorios, clasificados según CIE-10; la misma se obtuvo a partir de la selección de tres listados de enfermedades obtenidas por consenso en los países España y Costa Rica, y en el estado Brasileiro de Bello Horizonte. La lista inicial que se construyó contenía 230 patologías.

Como resultado de la primera ronda de consulta se obtuvo un listado de 221 patologías que fue puesta a consideración en la segunda ronda. La diferencia en relación al volumen de patologías consultada varió escasamente, ya que como resultado de la primera ronda, aquellas patologías con un consenso del 100% (9 patologías) fueron quitadas de la segunda lista.

El resultado de la primera ronda fueron 75 patologías (PSSCA). En una segunda ronda de consulta a expertos el resultado de patologías (PSSCA), la coincidencia mayor o igual al 70 % ascendió a 99%. En esta instancia se produjo la pérdida de un experto, por lo que el valor de la frecuencia absoluta de respuestas disminuye a 11. Tabla 1.

CIE - 10	PATOLOGIAS	F.Ab	FR
B06	Rubeola	11	1,000
B16	Hepatitis aguda tipo B	11	1,000
A510	Sífilis genital primaria	11	1,000
E10	Diabetes mellitus insulino dependiente	11	1,000
E109	Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación	11	1,000
E149	Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación	11	1,000
I11	Enfermedad cardiaca hipertensiva	11	1,000
J44	Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	11	1,000
J449	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	11	1,000
A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	11	1,000

Tabla 1: Listado final de hospitalizaciones evitables por PSSCA – como resultado de la segunda ronda de validación de expertos. Abreviaturas- F.Ab: frecuencia absoluta. FR: frecuencia relativa.

K299	Gastroduodenitis, no especificada	11	1,000
A46	Erisipela	11	1,000
L01	Impétigo	11	1,000
L08	Otras infecciones locales piel y tejido subcutáneo	11	1,000
N30	Cistitis	11	1,000
N34	Uretritis y síndrome uretral	11	1,000
N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	11	1,000
N75	Enfermedades de la glándula de Bartolino	11	1,000
N76	Otras enfermedades inflamatorias de la vagina y de la vulva	11	1,000
B77	Ascariasis	11	1,000
D50	Anemia por deficiencia de hierro	11	1,000
D500	Anemia por deficiencia de hierro secundaria a pérdida de sangre (crónica)	11	1,000
D509	Anemia por deficiencia de hierro sin otra especificación	11	1,000
E441	Desnutrición proteico-calórica leve	11	1,000
E50	Deficiencia de vitamina a	11	1,000
E64	Secuelas de la desnutrición y otras deficiencias nutricionales	11	1,000
A35	Otros tétanos.	10	0,909
A36	Difteria	10	0,909
A80	Poliomielitis aguda	10	0,909
G000	Meningitis por hemophilus	10	0,909
A53	Otras sífilis y las no especificadas	10	0,909
E14	Diabetes mellitus no especificada	10	0,909
H650	Otitis media aguda serosa	10	0,909
H659	Otitis media no supurativa, sin otra especificación	10	0,909
H66	Otitis media supurativa y la no especificada	10	0,909
J00	Rinofaringitis aguda	10	0,909
J039	Amigdalitis aguda, no especificada	10	0,909
J06	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, de sitios múltiples o no especificados	10	0,909
J31	Rinitis, rinofaringitis y faringitis crónica	10	0,909
J20	Bronquitis aguda	10	0,909
J209	Bronquitis aguda, no especificada	10	0,909
J40	Bronquitis no especificada como aguda o crónica	10	0,909
J47	Bronquiectasia	10	0,909
J120	Neumonía debida a adenovirus	10	0,909
J129	Neumonía viral, no especificada	10	0,909
J13	Neumonía debida a streptococcus pneumoniae	10	0,909
J14	Neumonía debida a haemophilus influenza	10	0,909
J15	Neumonía bacteriana no clasificada en otra parte	10	0,909
I10	Hipertensión esencial (primaria)	10	0,909
I119	Enfermedad cardiaca hipertensiva sin insuficiencia cardiaca (congestiva)	10	0,909
I69	Secuelas de enfermedades cerebrovasculares	10	0,909
J46	Estado asmático	10	0,909
K25	Úlcera gástrica	10	0,909
K26	Úlcera duodenal	10	0,909
K27	Úlcera péptica, sitio no especificado	10	0,909
L030	Celulitis de los dedos de la mano y del pie	10	0,909
L033	Celulitis del tronco	10	0,909
L039	Celulitis de sitio no especificado	10	0,909
G40	Epilepsia	10	0,909

A33	Tétanos neonatal	9	0,818
A95	Fiebre amarilla	9	0,818
G042	Meningoencefalitis y meningomielitis bacterianas, no clasificadas en otra parte	9	0,818
I01	Fiebre reumática con complicación cardiaca	9	0,818
A509	Sífilis congénita, sin otra especificación	9	0,818
J21	Bronquiolitis aguda	9	0,818
J153	Neumonía debida a estreptococos del grupo b	9	0,818
J154	Neumonía debida a otros estreptococos	9	0,818
J158	Otras neumonías bacterianas	9	0,818
J159	Neumonía bacteriana, no especificada	9	0,818
J16	Neumonía debida a otros microorganismos infecciosos, no clasificados en otra parte	9	0,818
I50	Insuficiencia cardiaca	9	0,818
I509	Insuficiencia cardiaca, no especificada	9	0,818
I20	Angina de pecho	9	0,818
I25	Enfermedad isquémica crónica del corazón	9	0,818
L04	Linfadenitis aguda	9	0,818
L038	Celulitis de otros sitios	9	0,818
N743	Enfermedad inflamatoria pélvica femenina por gonococos (a54.2)	9	0,818
C538	Lesión de sitios contiguos del cuello del útero	9	0,818
E46	Desnutrición proteico-calórica no especificada	9	0,818
O23	Infección de las vías genitourinarias en el embarazo	9	0,818
A500	Sífilis congénita precoz, sintomática	8	0,727
E102	Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones renales	8	0,727
E112	Diabetes mellitus no insulino dependiente con complicaciones renales	8	0,727
J200	Bronquitis aguda debida a mycoplasma pneumoniae	8	0,727
J210	Bronquiolitis aguda debida a virus sincitial respiratorio	8	0,727
J218	Bronquiolitis aguda debida a otros microorganismos especificados	8	0,727
J219	Bronquiolitis aguda, no especificada	8	0,727
J157	Neumonía debida a mycoplasma pneumoniae	8	0,727
J180	Bronconeumonía, no especificada	8	0,727
J181	Neumonía lobar, no especificada	8	0,727
I110	Enfermedad cardiaca hipertensiva con insuficiencia cardiaca (congestiva)	8	0,727
I500	Insuficiencia cardiaca congestiva	8	0,727
I501	Insuficiencia ventricular izquierda	8	0,727
A00	Cólera	8	0,727
K28	Úlcera gastroyeyunal	8	0,727
N70	Salpingitis y ooforitis	8	0,727
N73	Otras enfermedades pélvicas inflamatorias femeninas	8	0,727
E40	Kwashiorkor	8	0,727
E440	Desnutrición proteico-calórica moderada	8	0,727

En la tabla 2 se muestra el resultado de consenso de patologías (PSSCA) clasificadas según CIE- 10 agrupadas por grupo de patologías y aparato o sistema. A partir de los datos obtenidos, considerando los 99 diagnósticos clasificados por CIE-10, éstos se pueden subclasificar en función de si la patología es infecciosa o no, obteniendo un resultado general de 62 patologías en un total de 99 que pueden ser clasificadas como infecciosas, lo que se corresponde a un 62 %.

Tabla 2: Consenso de PSSCA clasificadas según CIE- 10 agrupadas por grupo de patologías, aparato - sistema

PATOLOGIAS	
CIE-10	

I Patología Infecciosa prevenible por inmunización u otras	
A33	Tétanos neonatal
A35	Otros tétanos.
A36	Difteria
A80	Poliomelitis aguda
A95	Fiebre amarilla
B06	Rubeola
B16	Hepatitis aguda tipo B
G000	Meningitis por hemophilus
G042	Meningoencefalitis y meningomielitis bacterianas, no clasificadas en otra parte
I01	Fiebre reumática con complicación cardíaca
II Sífilis	
A500	Sífilis congénita precoz, sintomática
A509	Sífilis congénita, sin otra especificación
A510	Sífilis genital primaria
A53	Otras sífilis y las no especificadas
III Tuberculosis	
IV Diabetes	
E10	Diabetes mellitus insulino dependiente
E102	Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones renales
E109	Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación
E112	Diabetes mellitus no insulino dependiente con complicaciones renales
E14	Diabetes mellitus no especificada
E149	Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación
V Trastornos del metabolismo hidroelectrolítico	
VI Otitis	
H650	Otitis media aguda serosa
H659	Otitis media no supurativa, sin otra especificación
H66	Otitis media supurativa y la no especificada
VII Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	
J00	Rinofaringitis aguda
J039	Amigdalitis aguda, no especificada
J06	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, de sitios múltiples o no especificados
J31	Rinitis, rinofaringitis y faringitis crónica
VIII Infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores	
J20	Bronquitis aguda
J200	Bronquitis aguda debida a mycoplasma pneumoniae
J209	Bronquitis aguda, no especificada
J21	Bronquiolitis aguda
J210	Bronquiolitis aguda debida a virus sincitial respiratorio
J218	Bronquiolitis aguda debida a otros microorganismos especificados
J219	Bronquiolitis aguda, no especificada
J40	Bronquitis no especificada como aguda o crónica
J47	Bronquiectasia
IX Neumonía	
J120	Neumonía debida a adenovirus
J129	Neumonía viral, no especificada
J13	Neumonía debida a streptococcus pneumoniae
J14	Neumonía debida a haemophilus influenza

J15	Neumonía bacteriana no clasificada en otra parte
J153	Neumonía debida a estreptococos del grupo b
J154	Neumonía debida a otros estreptococos
J157	Neumonía debida a mycoplasma pneumoniae
J158	Otras neumonías bacterianas
J159	Neumonía bacteriana, no especificada
J16	Neumonía debida a otros microorganismos infecciosos, no clasificados en otra parte
J180	Bronconeumonía, no especificada
J181	Neumonía lobar, no especificada
X Enfermedades hipertensivas	
I10	Hipertensión esencial (primaria)
I11	Enfermedad cardiaca hipertensiva
I110	Enfermedad cardiaca hipertensiva con insuficiencia cardiaca (congestiva)
I119	Enfermedad cardiaca hipertensiva sin insuficiencia cardiaca (congestiva)
I50	Insuficiencia cardiaca
I509	Insuficiencia cardiaca, no especificada
I500	Insuficiencia cardiaca congestiva
I501	Insuficiencia ventricular izquierda
XI Enfermedades isquémicas del corazón / cerebrovascular.	
I20	Angina de pecho
I25	Enfermedad isquémica crónica del corazón
I69	Secuelas de enfermedades cerebrovascular
XII Enfermedad pulmonar obstructiva crónica / asma	
J44	Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas
J449	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada
J46	Estado asmático
XIII Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno	
A00	Cólera
A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
K25	Úlcera gástrica
K26	Úlcera duodenal
K27	Úlcera péptica, sitio no especificado
K28	Úlcera gastroyeyunal
K299	Gastroduodenitis, no especificada
XIV Problemas relacionados con el apéndice	
XV Infecciones de la piel y tejido subcutáneo	
A46	Erisipela
L01	Impétigo
L04	Linfadenitis aguda
L030	Celulitis de los dedos de la mano y del pie
L033	Celulitis del tronco
L038	Celulitis de otros sitios
L039	Celulitis de sitio no especificado
L08	Otras infecciones locales piel y tejido subcutáneo
XVI Enfermedad renal y del tracto urinario	
N30	Cistitis
N34	Uretritis y síndrome uretral
N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado
XVII Enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos y del sistema genitourinario	

N70	Salpingitis y ooforitis
N73	Otras enfermedades pélvicas inflamatorias femeninas
N743	Enfermedad inflamatoria pélvica femenina por gonococos (a54.2)
N75	Enfermedades de la glándula de Bartolino
N76	Otras enfermedades inflamatorias de la vagina y de la vulva
XVIII Cáncer de cuello uterino	
C538	Lesión de sitios contiguos del cuello del útero
XIX Otras	
B77	Ascariasis
D50	Anemia por deficiencia de hierro
D500	Anemia por deficiencia de hierro secundaria a pérdida de sangre (crónica)
D509	Anemia por deficiencia de hierro sin otra especificación
E40	Kwashiorkor
E440	Desnutrición proteico-calórica moderada
E441	Desnutrición proteico-calórica leve
E46	Desnutrición proteico-calórica no especificada
E50	Deficiencia de vitamina a
E64	Secuelas de la desnutrición y otras deficiencias nutricionales
G40	Epilepsia
O23	Infección de las vías genitourinarias en el embarazo

Discusión

Desde el punto de vista metodológico el método elegido para la validación del listado de patologías fue el método Delphi. Este método es uno de los métodos más usados debido a que tiene varias ventajas en relación a la obtención de consenso de grupos.⁽¹⁰⁾

Entre las más importantes se destaca el anonimato, durante las dos rondas de ejecución ninguno de los expertos conocía la identidad del otro por lo que las respuestas de cada uno no se han visto influenciadas por ningún participante. Este aspecto fue muy cuidado a la hora de las comunicaciones, las cuáles fueron realizadas individualmente. Si bien pueden haber compartido el comentario de estar participando del estudio, el análisis de las respuestas y la interacción de cada participante con el investigador muestra que las respuestas fueron anónimas e individuales.

Otra característica importante del método es la retroalimentación que permite al total de los expertos ver en forma global las respuestas del grupo, compararse y replantearse sus respuestas. Esto genera un mecanismo de ajuste que lleva al consenso provocando la modificación de sus respuestas al considerar que la del resto de los expertos ha sido más acertada que la propia. Por último, la respuesta del grupo se presenta en forma estadística, se muestra el resultado parcial, indicando los porcentajes o frecuencias relativas al consenso que se ha obtenido.

Caminal et al⁽⁷⁾, plantean algunas limitaciones a los métodos de consenso como la posibilidad de que se diluya la opinión del verdadero experto en el tema de estudio. El que no existe una relación directa entre el mundo real y el contexto abstracto creado para marcar el proceso. Que algunos participantes pueden perder el interés al pasar de las rondas y que los resultados obtenidos dependen de la visión personal de los participantes. Sin embargo la combinación de la decisión - juicio de los expertos con los datos objetivos junto a las experiencias propias de cada uno ha demostrado ser un método adecuado para protocolizar materias nuevas que aún no se han desarrollado, o para diseñar escenarios de futuro en temas relevantes.⁽⁷⁾

La literatura plantea la selección de los expertos como uno de los aspectos más discutidos de los métodos de consenso en general.⁽¹¹⁾ En este trabajo la calidad del panel de expertos se basó en los criterios de selección que fueron explicitados detalladamente en los apartados anteriores, y su fortaleza se sustenta en la perspectiva complementaria del mismo.

Asimismo la construcción del listado inicial sometido al panel de expertos se obtuvo a partir de listados validados en otros trabajos de investigación y que se han aplicado en su entorno sanitario lo que da solidez a la propuesta metodológica.

Según Caminal et al, la etapa de selección de diagnóstico que conforman una lista de las condiciones sensibles a la atención primaria es una de las partes más relevantes de la

metodología de los estudios. Las listas deben adaptarse al contexto de cada país, debido a las diferentes características de los sistemas de salud, perfiles epidemiológicos y carga de enfermedad. Situación que fue explicitada en la convocatoria y planteo metodológico a los expertos que participaron de la validación.

Desde el punto de vista de los resultados se arribó a una lista uruguaya de PSSCA de 99 patologías mediante la validación de expertos, las cuáles se presentaron en el capítulo de resultados. En este punto podemos comparar el resultado de la lista a la que se arribó en función de las demás listas validadas, principalmente las utilizadas en este estudio: Costa Rica, Colombia y Brasil (Bello Horizonte). Si tomamos los valores globales de cada una, Costa Rica posee una lista de enfermedades evitables de 120 patologías, Colombia de 60 y Bello Horizonte de 80; como mencionamos anteriormente este estudio obtuvo como resultado una lista con 99 códigos de diagnósticos que se corresponden a PSSCA.

En la Tabla 3 mostramos el análisis del grado de coincidencia entre la lista uruguaya y las demás mencionadas.

GRUPO DE ENFERMEDADES	CR	C URU/CR	COL	C URU/COL	BRA*	C URU/BRA
I Patología Infecciosa prevenible por inmunización u otras	6/7	85,7%	...		5/10	50,0%
II Sífilis	1/1	100%	2/2	100%	3/3	100%
III Tuberculosis	0/29	0%	0/2	0%	0/5	0%
IV Diabetes	2/16	12,5%	2/3	66,7%	2/2	100%
V Trastornos del metabolismo hidroelectrolítico	0/2	0%	...		0/1	0%
VI Otitis	...		2/2	100%	1/1	100%
VII Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	1/2	50%	1/1	100%	3/3	100%
VIII Infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores	...		5/6	83,3%	4/4	100%
IX Neumonía	6/9	66,7%	8/10	80%	7/7	100%
X Enfermedades hipertensivas	5/17	29,4%	5/5	100%	2/4	50%
XI Enfermedades isquémicas del corazón / cerebrovascular	2/22	9,1%	5/9	55,6%	4/6	66,7%
XII Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica / Asma	...		3/5	60%	2/3	66,7%
XIII Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno	3/3	100%	2/4	50%	4/7	57,1%
XIV Problemas relacionados con el apéndice	0/4	0%	...	100%	...	100%
XV Infecciones de la piel y tejido subcutáneo	...		4/4	100%	4/4	100%
XVI Enfermedad renal y del tracto urinario	0/1	0%	1/1	100%	3/5	60%
XVII Enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos y del sistema genitourinario	3/6	50%	...		4/4	100%
XVIII Cáncer de cuello uterino	...		1/4	25%	...	
XIX Otras	...		5/8	62,5%	8/12	66,7%

* Estado de Bello Horizonte.

De la comparación de la lista uruguaya de PSSCA a la que hemos arribado y las listas validadas utilizadas para la construcción inicial del listado de patologías propuesto, podemos decir que la primera presenta un mayor porcentaje de coincidencia con la lista de patologías de Bello Horizonte.

Los diagnósticos a los que se arribó en este estudio mediante la validación de la lista inicial propuesta por los expertos, contienen problemas de salud para los cuales la hospitalización no siempre es necesaria, como es el caso de la enfermedad diarreica aguda, la celulitis o la fiebre reumática.

En otros el ingreso puede estar condicionado al estado clínico del paciente, ejemplo la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Pero hay casos como la diabetes cuyo ingreso no está condicionado por las características del paciente. Así mismo surge que la condición clínica y las comorbilidades no son las únicas causas, o los únicos criterios considerados en la práctica clínica, ya que situaciones como el medio donde vive el paciente, la contención familiar y el acceso a los servicios de salud puede determinar el ingreso hospitalario; esta situación fue planteada por algunos expertos en el ítem proporcionado para observaciones, ya que algunos de los problemas de salud o patologías clasificadas por CIE-10 propuestas, planteaban dificultad

a la hora de decidir o considerar su condición de “internación evitable”. Estas variables podrían ser factores de ajuste en estudios futuros relacionados con este tema.

Podemos mencionar que la mayoría de los problemas de salud identificados con base en el listado de PSSCA, son sensibles de ser resueltos con la atención primaria oportuna y de calidad que podría evitar o disminuir de una manera significativa su hospitalización.

La capacidad de la APS para atender eficazmente a estas condiciones sensibles a su intervención, varía en función del problema de salud: diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, programas asistenciales dirigidos a enfermedades crónicas no transmisibles con continuidad (diabetes, hipertensión arterial, EPOC), prevención, y promoción de estilos de vida saludable.

Validar los listados de PSSCA es importante en la medida que permite estandarizar los resultados de futuros estudios mejorando la comparabilidad dentro del país, reflejando mejor la organización del sistema y las características de la población.⁽¹²⁾

Por último cabe discutir algunas limitaciones que plantean el indicador, en la medida que su construcción se realiza a partir de bases de datos secundarias, las cuáles no han sido diseñadas para su construcción pudiendo existir variaciones en la calidad de la codificación, lo que podría significar una limitante en la validez. Sin embargo las mismas no deberían comprometer los resultados a un nivel de agregación nacional.⁽¹²⁾

Las propuestas iniciales tenían como objetivo principal el estudio la identificación de los problemas de accesibilidad a la atención ambulatoria. La hipótesis que subyace es que al comparar poblaciones, las tasas de hospitalización por PSSCA serían más altas donde hubiera menos acceso a la atención extrahospitalaria.^(2,3)

Particularmente en lo que tiene que ver con los distintos patrones de morbilidad, Caminal y Navarro 2005 mencionan que, el NHS del Reino Unido ha propuesto utilizar las tasas de hospitalización por algunos PSSCA como indicador de calidad de la APS, uso que no ha estado exento de controversia, dada la posible influencia de factores relacionados con el hospital ajenos al control del primer nivel asistencial, planteado que es posible que al menos en parte las diferencias entre poblaciones pudieran explicarse por distintos patrones de morbilidad o por distintas culturas de utilización de servicios, más que por la capacidad de resolver problemas de la APS.

Otro factor limitante del indicador es la diferenciación entre patología crónica y aguda, existiría un nexo entre PSSCA crónicas y APS, pero no se establecería la misma relación entre PSSCA agudas y APS, dado que pacientes con más de una patología crónica, hacen un mayor uso de los servicios en términos de cantidad.

A pesar de las limitaciones listadas, debemos recordar que los PSSCA son un indicador de planteo y puesta en marcha reciente. La controversia y el debate que pueda seguir generando son elementos positivos para la continuidad en la investigación del mismo lo que a su vez contribuiría en aumentar el grado de confianza, la validez y aceptabilidad del indicador.

Conclusiones

Este trabajo describe el proceso de construcción y validación de una lista de códigos de PSSCA adaptados al contexto uruguayo a través del método Delphi. Hemos arribado a un listado que comprende un total de 99 diagnósticos, agrupadas en un total de diecinueve categorías que considera la especificidad del contexto uruguayo del indicador. Los mismos permiten identificar y cuantificar problemas de salud que pueden producir hospitalizaciones evitables mediante cuidados ambulatorios accesibles y oportunos en el primer nivel de atención.

Se espera que este trabajo contribuya a futuras investigaciones en el campo de la evaluación de resultados en salud así como en el campo de la gestión sanitaria para un mejor uso del sistema de salud, mejorando la referencia y contrarreferencia de pacientes, calidad de atención en general y el acceso al primer nivel de atención.

Bibliografía

- 1- Caminal Josefina, Sánchez Emilia, Morales Marianela, Peiró Rosana, Márquez Soledad. Avances en España en la investigación con el indicador «Hospitalización por Enfermedades Sensibles a Cuidados de Atención Primaria». Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2002 Jun [citado 2023 Ene 23]; 76(3): 189-196. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000300003&lng=es.

- 2- Billings, J, Anderson, GM, Newman, LS, Recent Findings on Preventable Hospitalizations. Health Aff (Millwood) 1996, Vol 15 (3): 239-49
- 3- Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. Health Aff (Millwood). 1993 Spring;12(1):162-73. doi: 10.1377/hlthaff.12.1.162. PMID: 8509018. Disponible en : https://www.researchgate.net/publication/14690337_Impact_of_Socioeconomic_Status_On_Hospital_Resource_Use_in_New_York_City
- 4- Márquez-Calderón S., Rodríguez del Águila M.M., Perea-Milla E., Ortiz J., Bermúdez-Tamayo C. Factores asociados a la hospitalización por procesos sensibles a cuidados ambulatorios en los municipios. Gac Sanit [serial on the Internet]. 2003 Oct [cited 2013 Apr 20] ; 17(5): 360-367. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112003000500004&lng=en.
- 5- Gervas Juan, Caminal Homar Josefina. Las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) desde el punto de vista del médico de Atención Primaria. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2007 Feb [citado 13/04/2023] ; 81(1): 07-13. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272007000100002&lng=es
- 6- Banco Interamericano de Desarrollo. Serie sobre hospitalizaciones y fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud. El caso de Costa Rica. Amada Aparicio. Documento para discusión LDB-DP 271. Diciembre 2012. [acceso: Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/publicacion/15315/serie-sobre-hospitalizaciones-evitables-y-fortalecimiento-de-la-atencion-primaria>
- 7- Caminal J, Mundet X, Ponsá JA, Sánchez E, Casanova C. Las hospitalizaciones por las ambulatory care sensitive conditions: selección del listado de códigos de diagnósticos válidos para España. Gac Sanit 2001; 15:128-41
- 8- Caliz Peña O. Hospitalizaciones prevenibles por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio en cinco hospitales de la red pública de Bogotá. 2006 – 2008. Revista EAN. 2009; 67: 95- 106
- 9- Alfradique ME, Bonolo Pde F, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde. Projeto ICSAP – Brasil). Cad. Saúde Pública. 2009 Jun; 25 (6):1337-49. doi: 10.1590/S0102-311X2009000.
- 10- Adler, Michael and Ziglio, Erio. Gazing into the oracle: the Delphi method and its application to social policy and public health. London: Jessica Kingsley Publishers, c1996.
- 11- García Valdés M, Suárez Marín M. El método Delphi para la consulta a expertos en la investigación científica. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2013 [acceso 21/05/2023] ; 39(2): 253-267. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000200007&lng=es.
- 12- Sarmento J, Rocha JM, Santana R. Defining ambulatory care sensitive conditions for adults in Portugal. BMC Health Serv Res. 2020 Aug 15;20(1):754. doi: 10.1186/s12913-020-05620-9. PMID: 32799880; PMCID: PMC7429814.

Nota de contribución autoral

Ana Sollazzo: Concepción y diseño del trabajo, análisis e interpretación de los datos o resultados, redacción del manuscrito.

Ana Kuster: Concepción y diseño del trabajo, recolección de datos, análisis e interpretación de los datos o resultados.

Gustavo Burroso: Concepción y diseño del trabajo, revisión crítica del manuscrito.

Alicia Aleman: Redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito.

Nota de referencia autoral

Ana Sollazzo: Médica Especialista en Administración de Servicios de Salud. Prof. Agregada Unidad Docente de Administración de Servicios de Salud, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Ana Kuster: Médica Especialista en Administración de Servicios de Salud.

Gustavo Burroso: Médico Especialista en Administración de Servicios de Salud. Asistente de la Unidad Docente de Administración de Servicios de Salud, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Alicia Aleman: Master en Investigación Clínica aplicada en Ciencias de la Salud. Directora del Departamento de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Nota de disponibilidad de datos

Los autores declaran que el conjunto de datos que apoya los resultados de este estudio no se encuentran disponibles.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de intereses financieros ni personales que puedan influir inapropiadamente en el desarrollo de la investigación.

Nota del editor

El editor responsable por la publicación del presente artículo es la Dra. Mercedes Perendones.