

J. González de Dios, M.A. Mateos
Hernández¹, I. González Casado²

An Esp Pediatr 1997;46:521-524.

Sr. Director:

A. Sarría Santamera ha publicado recientemente un trabajo sobre las causas y tasas de hospitalización de los niños en España, a través de un estudio elaborado a partir de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria⁽¹⁾. Según sus resultados, la tasa de ingresos de la población infantil es bastante elevada y con llamativas diferencias entre las diferentes Comunidades Autónomas. La hospitalización es un tema clave en política sanitaria, ocupando un lugar preferente la identificación del uso inapropiado de la hospitalización. En nuestro ámbito pediátrico es excepcional tratar estos aspectos, si bien desde hace unos años es tema de debate en otros ámbitos de la medicina de nuestro país⁽²⁻⁵⁾.

Los servicios hospitalarios suponen más del 60% del gasto sanitario total de España⁽⁶⁾. Dado el presente y futuro inmediato de austeridad en el sector sanitario, no resulta extraño que la búsqueda de la eficiencia en la hospitalización sea un marcador clave dentro del concepto de calidad asistencial⁽²⁾. Se trataría de favorecer un uso más eficiente del hospital a través de la identificación y disminución de las admisiones y estancias inapropiadas, definidas como las realizadas en hospitales de agudos cuando clínicamente podrían haber sido realizadas en niveles asistenciales distintos: ambulatorio, hospitalización por períodos inferiores a 12 horas (hospital de día), hospitalización a domicilio con supervisión del centro, hospital de cuidados crónicos, etc. Esta definición asume que los cuidados prestados a los pacientes son siempre pertinentes desde el punto de vista clínico, ya que sólo se cuestiona el nivel asistencial donde tales cuidados se prestan y el momento y tiempo de su prestación.

Los primeros estudios sobre hospitalización inapropiada comenzaron en la década de los setenta, inicialmente con baja fiabilidad, hasta que se desarrollan varios métodos de identificación cuyas características esenciales son que se realizan a partir de la revisión de historias clínicas (generalmente retrospectivas) y que no se construyen a partir del diagnóstico, sino de las dos variables determinantes de la necesidad de hospitalización: el estado clínico del paciente y la intensidad de los servicios médicos y de los cuidados de enfermería que requiere.

Departamento de Pediatría, Hospital Universitario «San Juan». Facultad de Medicina, Universidad de Alicante (Alicante).

¹Coordinador de Urgencias. Hospital Universitario «Príncipe de Asturias». Alcalá de Henares, Madrid. ²Servicio de Endocrinología Pediátrica. Hospital Infantil «La Paz». Madrid.

Hospitalización inapropiada: Un marcador de calidad asistencial

Dentro de estos instrumentos de identificación del uso inapropiado el más conocido y utilizado es el Appropriateness Evaluation Protocol (AEP)⁽⁷⁾, desarrollado mediante una ayuda de la Health Care Financing Administration de los EE.UU., siendo un instrumento de dominio público que ha demostrado su validez y fiabilidad en distintas evaluaciones^(8,9). Está destinado a la identificación de admisiones y estancias inapropiadas en pacientes adultos no psiquiátricos, aunque se han desarrollado algunas adaptaciones pediátricas⁽¹⁰⁾. Consta de dos conjuntos de criterios:

a) Criterios de admisión inapropiada, en el que valora la gravedad del estado del paciente (10 ítems) y la intensidad de los servicios que necesita (6 ítems); y

b) Criterios de estancia inapropiada (a partir del primer día de ingreso), en el que valora la prestación de servicios médicos (11 ítems), servicios de enfermería (7 ítems) y la situación clínica del paciente (9 ítems).

En cada uno de los dos conjuntos de criterios basta con reunir un criterio para considerar apropiada la estancia hospitalaria en el día revisado, e inapropiada cuando no cumpla ninguno de ellos. Pese a que el AEP está construido con criterios objetivos se ha valorado que en algunos casos pueden ser necesarias consideraciones adicionales⁽¹¹⁾ y ciertas variantes, como en los pacientes sujetos a cirugía electiva⁽¹²⁾.

El AEP incluye también una lista de posibles causas de hospitalización inapropiada que, dada su utilidad práctica en el diseño de intervenciones para su minorización, reproducimos en la **tabla I**.

Otros métodos de identificación de la hospitalización inapropiada son:

- Intensity-Severity-Discharge Criteria Set (ISD)^(9,13,14), que fue desarrollado para evaluar la idoneidad de las admisiones y estancias de pacientes adultos en áreas médicas, quirúrgicas, obstétricas y pediátricas. Una adaptación psiquiátrica del ISD⁽¹⁵⁾ es el único instrumento aplicado específicamente a la hospitalización psiquiátrica.

- Standardized Mediew Instrument (SMI)^(9,14), no aportó ventajas sobre el AEP, con una baja fiabilidad.

- Delay Tool (DTO)^(16,17) es un instrumento sustancialmente distinto a los anteriores ya que no juzga la necesidad del ingreso o la estancia, sino que intenta detectar días de demora médicamente innecesarios.

Se ha visto, en diversos estudios, que las tasas de uso ina-

Tabla I Causas de hospitalización inapropiada

a) Causas de admisión inapropiada:

- Todas las necesidades diagnósticas y terapéuticas pueden ser realizadas en pacientes externos.
- El paciente fue admitido para la prueba diagnóstica o tratamiento porque vive demasiado lejos del hospital para realizarlos ambulatoriamente.
- El paciente fue admitido para la prueba diagnóstica o tratamiento porque no era posible su programación como paciente externo (aunque el procedimiento podía haber sido hecho sobre pacientes ambulatorios).
- El paciente necesita cuidados institucionales pero de un nivel menor (sin especificar) que el proporcionado por los hospitales de agudos.
- El paciente necesita cuidados propios de un hospital de enfermedades crónicas.
- El paciente necesita cuidados propios de una residencia asistida (con enfermería especializada).
- El paciente necesita cuidados propios de una residencia de cuidados mínimos (con enfermería no especializada).
- Admisión prematura (por ej., ingreso en viernes para procedimiento programado el siguiente lunes).
- Otras (especificar).

b) Causas de estancias inapropiadas:

** Para pacientes que necesitaron continuar ingresados en el hospital por causas médicas:*

- Problemas en la programación de la intervención.
- Problemas en la programación de las pruebas o procedimientos no operatorios.
- Admisión prematura.
- No disponibilidad de quirófano.
- Retraso debido a la «semana de 40 horas» (por ej., procedimientos que no se realizan en fin de semana).
- Retraso en la recepción de resultados de pruebas diagnósticas o consultas, necesarias para posterior evaluación o tratamiento.
- Otros (especificar).

** Para pacientes que no necesitaban continuar ingresados en el hospital por causas médicas:*

- Responsabilidad del médico o del hospital:
 - Retraso en escribir la orden de alta.
 - Retraso en iniciar a tiempo la planificación del alta.
 - Tratamiento médico del paciente demasiado conservador.
 - No existe un plan documentado para el tratamiento activo o la evaluación del paciente.
 - Otros (especificar).
- Responsabilidad del paciente o de la familia:
 - Ausencia de familiar para cuidados en el hogar.
 - Familia no preparada para cuidar al paciente en el hogar.
 - El paciente o la familia rechazan una alternativa disponible y apropiada de cuidados alternativos.
 - Otros (especificar).
- Atribuible a la falta de recursos de la red asistencial:
 - El paciente proviene de un entorno no saludable, y debe permanecer en el hospital hasta que el entorno se vuelva aceptable o se encuentre un lugar alternativo.
 - El paciente está convaleciente de una enfermedad y se prevé que su estancia bajo cuidados alternativos podría ser menor de 72 horas.
 - No hay instituciones o modalidades de cuidados alternativos disponibles.
 - Otros (especificar).

propio oscilan entre el 6 y el 40% de las admisiones y el 12 y 39% de las estancias⁽¹³⁾, habiéndose relacionado principalmente con ineficacias de los médicos (manejo médico conservador) o del hospital. En nuestro país se han realizado varios trabajos hasta la fecha⁽¹⁸⁾, la mayoría de los cuales utilizan el AEP exclusivamente. Son infrecuentes los estudios en Pediatría, habiendo recopilado dos estudios del grupo de Kemper y cols.: uno sobre población pediátrica en general (21% de estancias inapropiadas)⁽¹⁰⁾ y otro sobre población infantil VIH(+) (54% de estancias inapropiadas)⁽¹⁹⁾. Pese a que los estudios reseñados mantienen una gran heterogeneidad tienen el valor de mostrar una importante proporción de uso innecesario de los servicios hos-

pitalarios, que podría ser sustituida, al menos en parte, por servicios alternativos. Esta es también una conclusión latente tras la lectura del artículo de Sarría Santamera⁽¹⁾.

Probada la utilidad de estos métodos de identificación de la hospitalización inapropiada, conviene no olvidar sus limitaciones⁽²⁰⁾: no tienen en cuenta el punto de vista de los pacientes ni de sus familias sobre la inadecuación del ingreso o estancia hospitalaria (y es un hecho constatado que el médico y el paciente valoran de forma diferente la necesidad de la consulta), no se valora la percepción del propio paciente de la gravedad de sus síntomas, ni otros factores sociodemográficos como el origen étnico, la inmigración, el nivel socioeconómico y el

desempleo, que podrían actuar como determinantes de la utilización de servicios sanitarios.

En la actualidad, cuando los hospitales eficientes comienzan a aumentar la estancia media y a disminuir la ocupación (por aumento de la complejidad de los pacientes al tratar sin ingresos procesos menos complejos y también por una mejor programación y gestión del conjunto de sus recursos), el valor de los indicadores clásicos de funcionamiento hospitalario, como el índice de ocupación o la estancia media, se verá severamente afectado^(2,3). Se tiende a conseguir la mínima estancia media indispensable en enfermos con criterio objetivo de ingreso⁽⁵⁾. El pago por paciente o por proceso, en vez de por estancia, influirá decisivamente en esta dirección y de hecho, está influyendo desde el año 1983 en EE.UU., con motivo del pago por grupos de diagnóstico relacionados (GDR) para los hospitales que atienden enfermos acogidos por el Medicare⁽²¹⁾.

La calidad del sistema nacional de salud español debe mejorar, no tanto en su componente científicomédico, que es bueno, sino en los aspectos de su gestión. En el objetivo de la búsqueda de la **calidad asistencial**⁽²²⁻²⁴⁾ confluyen los puntos de vista de los cuatro protagonistas clave de la sanidad:

- Al paciente le interesan los resultados médicos en términos de preferencias personales como la calidad de vida y duración del efecto.

- Al clínico le interesan los resultados en términos objetivos de riesgo/beneficio, junto a los atributos de la calidad del proceso asistencial, es decir, su relación con estándares científicos.

- Al gestor le interesa la eficiencia, la mejor relación coste/resultados de sus recursos en la realidad cotidiana, y la satisfacción de usuarios y trabajadores.

- Al político le interesa la eficacia de la estructura, entendida como consecución de objetivos en el tiempo, y la equidad, si los recursos están adecuadamente distribuidos y accesibles.

Uno de los aspectos más conflictivos de esta «cuadratura» es vencer la mutua desconfianza que se profesan médicos y gestores⁽²⁵⁾. Tal como argumenta I. Marín León⁽²⁴⁾, es preciso una nueva cultura de cooperación, en la que el médico debe entender que el más interesado en liderar la mejoría de la calidad asistencial es él, y el más capacitado, ya que es quien tiene más a mano la producción y comprensión de datos que aporten evidencias sobre los beneficios o perjuicios de los servicios de salud. En este sentido, y volviendo al tema de la hospitalización inapropiada, se demuestra que al incorporar el juicio médico al puramente administrativo, se mejora la identificación de los ingresos pediátricos potencialmente evitables⁽²⁶⁾.

El tema de la hospitalización inapropiada va a ser un indicador cada día más presente en Pediatría. Existen diversas razones por las que los pediatras debemos estar interesados en liderar este tipo de investigaciones sobre calidad asistencial^(24,27): conseguir que la gestión tenga un fundamento clínico, para racionalizar antes de racionar, y evitar el uso de procedimientos inadecuados antes de restringir inadecuadamente, pero, sobre todo, para que ya que nos dice en qué condiciones debemos ejercer la asistencia, que ésta responda a los ideales cien-

tíficos y humanitarios en los que siempre nos hemos inspirado.

Todos somos conscientes de que ciertos indicadores de calidad asistencial interpretados por profesionales sin «sensibilidad» pediátrica no nos beneficiarán. Futuros estudios sobre temas de gestión sanitaria en Anales Españoles de Pediatría deben ser bien recibidos.

Bibliografía

- 1 Sarría Santamera A. ¿Por qué se hospitalizan los niños en España?. *An Esp Pediatr* 1996; **45**:264-268.
- 2 Peiró S, Portella E. Identificación del uso inapropiado de la hospitalización: la búsqueda de la eficiencia. *Med Clin (Barc)* 1994; **103**:65-71.
- 3 Peiró S, Meneu de Guillerma R, Roselló ML, Martínez E, Portella E. ¿Qué mide la estancia media de los grupos relacionados de diagnóstico?. *Med Clin (Barc)* 1994; **103**:413-417.
- 4 Vilardell L. ¿Por qué se ingresan los pacientes de forma urgente en un hospital? *Med Clin (Barc)* 1994; **103**:452-453.
- 5 Miquel-Collell C, Asenjo MA. La importancia sanitaria y económica de la estancia media hospitalaria. *Med Clin (Barc)* 1992; **98**:134-136.
- 6 Comisión de análisis y evaluación del Sistema Nacional de Salud. Informe y recomendaciones. Madrid: Comisión de análisis y evaluación del Sistema Nacional de Salud, 1991.
- 7 Gertman PM, Restuccia JD. The Appropriateness Evaluation Protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. *Med Care* 1981; **19**:855-871.
- 8 Rishpon S, Lubasch S, Epstein LM. Reliability of a method of determining the necessity for hospitalization days in Israel. *Med Care* 1986; **24**:279-282.
- 9 Strumwasser I, Paranjpe NV, Bonis DL, Share D, Shell LJ. Reliability and validity of utilization review criteria. Appropriateness Evaluation Protocol, Standardized Medreiew Instrument and Intensity-Severity-Discharge Criteria. *Med Care* 1990; **28**:95-111.
- 10 Kemper KJ. Medically inappropriate hospital use in a pediatric population. *N Engl J Med* 1988; **318**:1033-1037.
- 11 Siu AL, Sonnenberg FA, Manning WG y cols. Inappropriate use of hospitals. *N Engl J Med* 1987; **316**:1215-1216.
- 12 Winickoff RN, Restuccia JD, Fincke BJ. Appropriateness Evaluation Protocol Study Group. Concurrent application of the Appropriateness Evaluation Protocol to acute admissions in Department of Veterans Affairs Medical Centers. *Med Care* 1991; **29**(Suppl):64-76.
- 13 Payne SMC. Identifying and managing inappropriate hospital utilization: a policy synthesis. *Health Serv Res* 1987; **22**:709-769.
- 14 Ludke RL, McDowell NM, Hunter SA, Booth BM. Appropriateness of admissions and discharges among readmitted patients. *Health Serv Res* 1990; **25**:501-525.
- 15 Strumwasser I, Paranjpe NV, Udow M y cols. Appropriateness of psychiatric and substance abuse hospitalization. Implications for payment and utilization management. *Med Care* 1991; **29**(Suppl):77-90.
- 16 Selker HP, Beshansky JR, Pauker SG, Kassirer JP. The epidemiology of delays in a teaching hospital. The development and use of a tool that detects unnecessary hospital days. *Med Care* 1989; **27**:112-129.
- 17 Klein JD, Beshansky JR, Selker HP. Using the Delay Tool to attribute causes for unnecessary pediatric hospital days. *Med Care* 1990; **28**:982-989.

- 18 Lorenzo S, Suñol R. Appropriateness of hospital use: an overview of Spanish studies. *Int J Qual Health Care* 1995; **7**:213-218.
- 19 Kemper K, Forsyth B. Medically unnecessary hospital use in children seropositive for human immunodeficiency virus. *JAMA* 1988; **260**:1906-1909.
- 20 Lorenzo S. Métodos de revisión de utilización de recursos: limitaciones. *Med Clin (Barc)* 1996; **107**:22-25.
- 21 Wennberg J, McPherson K, Caper P. Will payment based on diagnosis-related groups control hospital costs? *N Engl J Med* 1984; **311**:295-300.
- 22 Yetano J. La mejora de la calidad hospitalaria. *Med Clin (Barc)* 1994; **103**:780-781.
- 23 Varo J. La calidad de la atención médica. *Med Clin (Barc)* 1995; **104**:538-540.
- 24 Marín León I. ¿Puede la gestión sanitaria tener fundamento clínico? *Med Clin (Barc)* 1995; **104**:381-386.
- 25 Blumental D. Total quality management and physicians' clinical decisions. *JAMA* 1993; **269**:2775-2778.
- 26 Soulen JL, Duggan AK, De Angelis CD. Identification of potentially avoidable pediatric hospital use: Admitting physician judgement as a complement to utilization review. *Pediatrics* 1994; **38**:255.
- 27 Brook RH, Lohr KN, Chassin M, Koseoff J, Fink A, Solomon D. Geographic variations in the use of services: to they have any clinical significance? *Health Affairs* 1984; **3**:63-73.

A. Sarría

An Esp Pediatr 1997;46:524-525.

Réplica

Sr. Director:

Tal y como González de Dios y cols.⁽¹⁾ comentan, la atención hospitalaria representa una pieza fundamental en el entramado sanitario moderno, ya que los hospitales suponen el 60% del gasto sanitario en España. Investigar el funcionamiento de nuestros hospitales debería ser, por ello, una asignatura obligada, pero continúa, desgraciadamente, pendiente en nuestro país. De cualquier forma, aunque los trabajos que analizan el funcionamiento de nuestro sistema hospitalario son poco numerosos, todos apuntan en una dirección: es probable que exista un porcentaje elevado de utilización innecesaria, no sólo en la población pediátrica. Diferencias regionales como las citadas⁽²⁾ para la población menor de 15 años se han descrito para toda la población y para procedimientos específicos, como las cesáreas⁽³⁻⁵⁾. Como González de Dios y cols.⁽¹⁾ comentan, la conclusión latente que puede extraerse de la lectura de dichos trabajos es la existencia de una importante proporción de uso innecesario de servicios hospitalarios.

Esta conclusión parece, sin embargo, contradictoria con la afirmación de González de Dios y cols.⁽¹⁾ de que el componente científico-médico de la calidad del sistema nacional de salud español es bueno. Es decir, el que un gran porcentaje de las

hospitalizaciones en España resulten ser innecesarias parece más bien indicar que la calidad médico-científica que sustenta esas decisiones no es buena. Pensamos que dos rasgos definirían con más acierto la calidad del componente científico médico en España: desconocida y variable.

Realmente desconocemos cual es la calidad de la atención sanitaria que se ofrece en España. Todo hace pensar, dada la exigencia del sistema de formación y especialización médico, que el nivel de conocimientos de los médicos españoles es alto. Lo que no está garantizado es que las decisiones de hospitalizar o no a los pacientes en la práctica clínica de profesionales con grandes conocimientos médicos sean ni apropiadas ni homogéneas. ¿Y por qué es esto?

La toma de decisiones en medicina siempre tiene una cierta dosis de incertidumbre. En ocasiones esta incertidumbre es dicotómica: operar o no operar, por ejemplo. Pero existe otra incertidumbre más compleja de resolver: cuando la decisión no es si tratar la enfermedad o no, sino que la controversia es sobre la intensidad terapéutica⁽⁶⁾. Y resulta que éste es el caso de la mayor parte de las decisiones médicas. Según Wennberg, más del 80% de las decisiones médicas pertenecerían a este grupo⁽⁷⁾. Los libros de texto o revistas médicas no discuten los beneficios de la hospitalización de estos pacientes, ni hay estudios que comparen los riesgos y beneficios de tratar a los en-

Departamento de Programas de Salud, Escuela Nacional de Sanidad. Madrid.