

Variabilidad de la Práctica Médica: Atlas VPM de cirugía oncológica

Glòria Oliva

Servei de Promoció de la Seguretat de Pacients
Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

**IX Reunión Científica de la Asociación Española de
Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AEETS)**

A Corunya, 11 noviembre de 2010

Variaciones en la práctica médica (VPM)

Variaciones sistemáticas, no aleatorias, en las tasas estandarizadas de un procedimiento médico o quirúrgico a un determinado nivel de agrupación de la población (McPherson 1995)

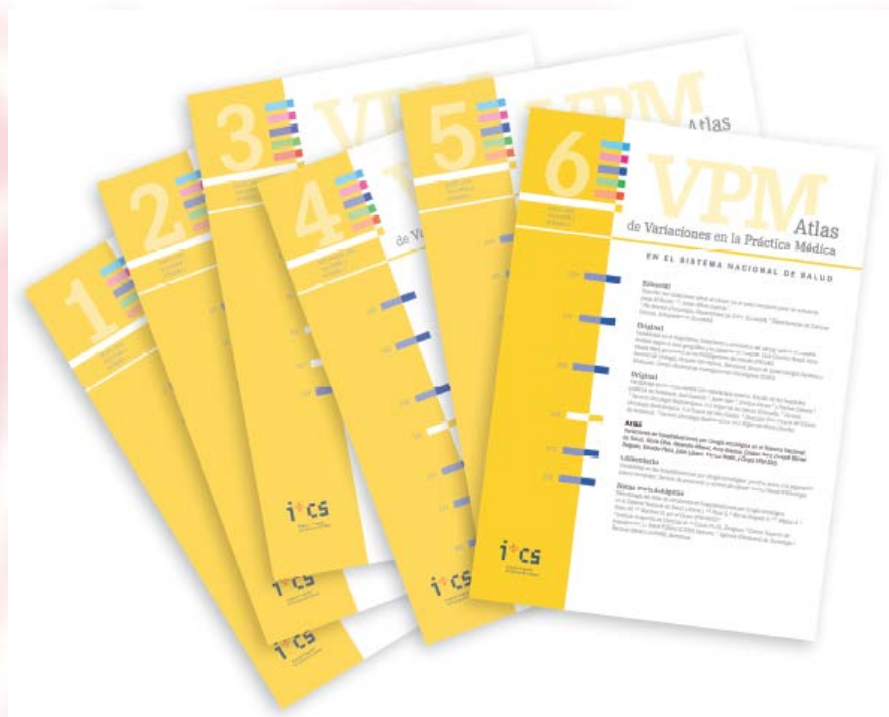
Atlas VPM

Historia: inicio con la Red IRYSS, año 2003

+ 50 profesionales en servicios sanitarios

16 CCAA

81% asistencia sanitaria



Atlas VPM oncología

Variaciones en hospitalizaciones por cirugía oncológica en el Sistema Nacional de Salud

- 9 cánceres (mama, vejiga, colon, próstata, útero, laringe, pulmón, estómago y esófago)
- 180 áreas de salud de 16 CCAA
- CMBD al alta hospitalaria: 2002, 2003 y 2004

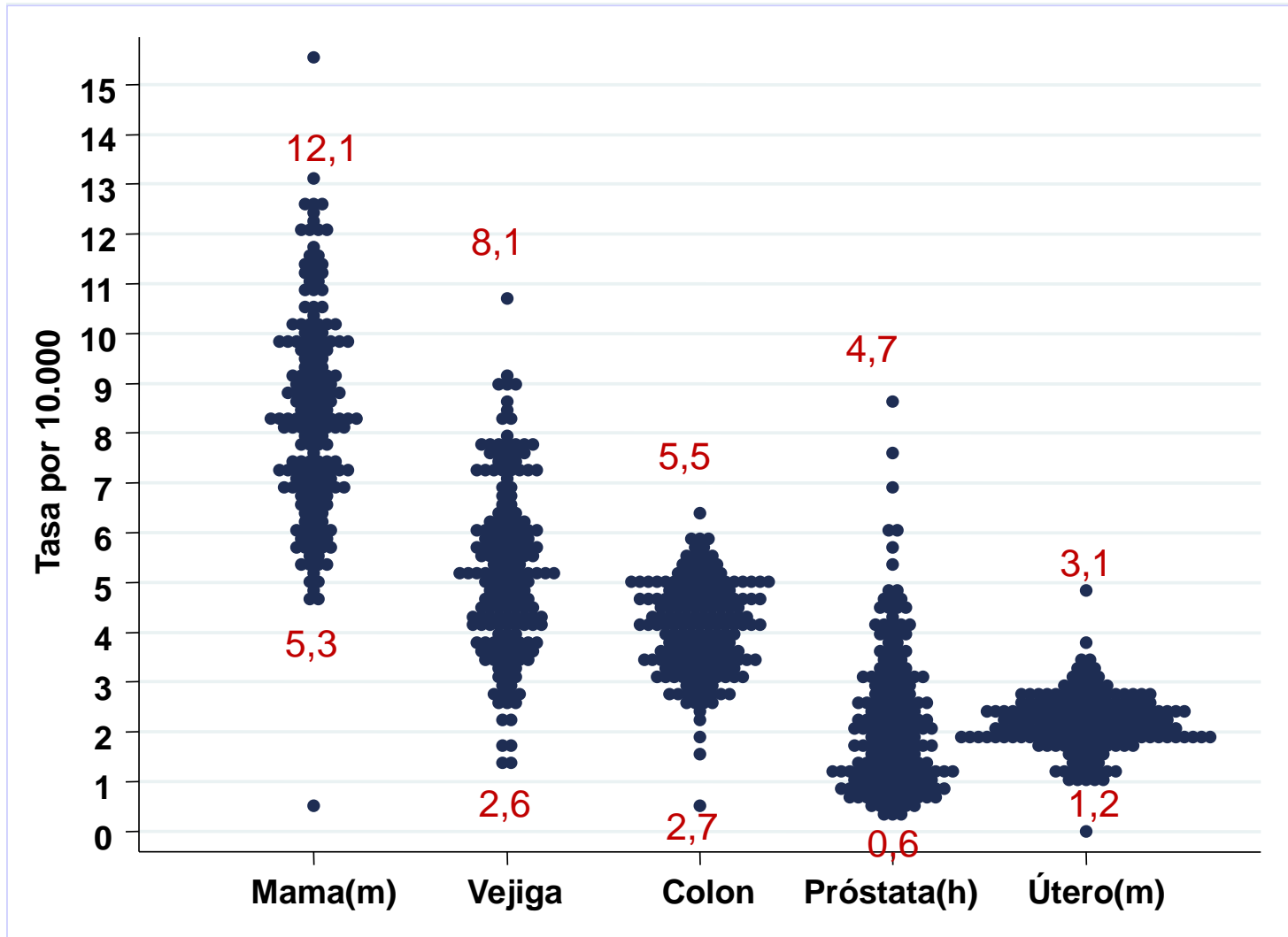
Cirugía oncológica 2002-04. Tasas estandarizadas

		Mama	Vejiga	Colon	Próstata	Útero
Datos crudos						
	Interv. 2002-04	47.213	59.650	46.476	13.416	12.178
	Interv/persona	1,07	1,25	1,01	1,00	1,00
	Tasa cruda	8,48	5,42	4,23	2,47	2,19
Tasas estandarizadas por edad y sexo						
	Tasa mínima	0,50	1,33	0,54	0,26	0,00
	Tasa máxima	15,54	10,79	6,41	8,61	4,77
	Percentil 5	5,34	2,64	2,66	0,60	1,16
	Percentil 95	12,10	8,10	5,49	4,72	3,07

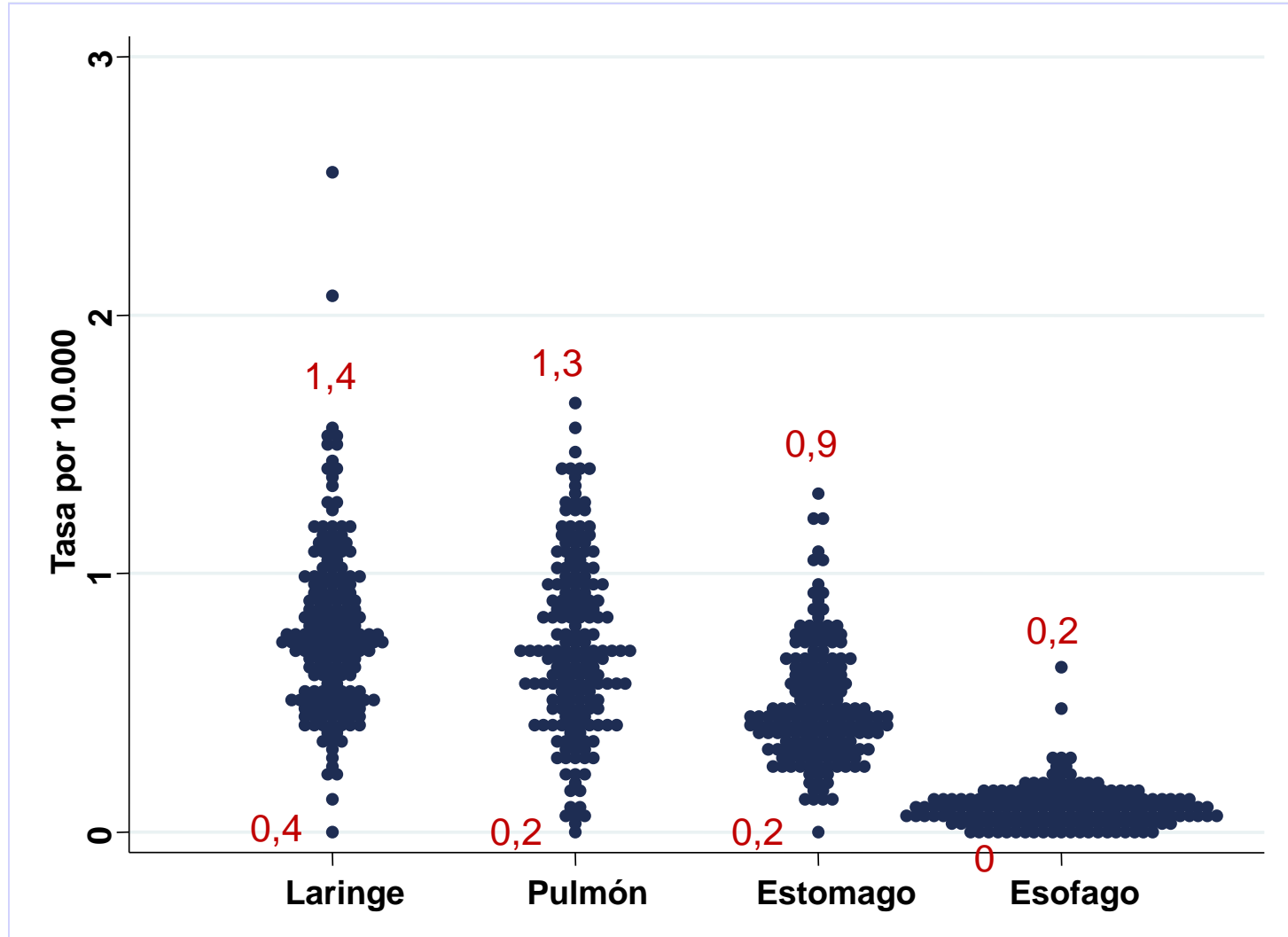
Cirugía oncológica 2002-04. Tasas estandarizadas

		Laringe	Pulmón	Estomago	Esófago
Datos crudos					
	Interv. 2002-04	9.365	8.596	5.592	1.066
	Interv/persona	1,12	1,00	1,00	1,00
	Tasa cruda	0,85	0,78	0,51	0,10
Tasas estandarizadas por edad y sexo					
	Tasa mínima	0,00	0,00	0,00	0,00
	Tasa máxima	2,55	1,65	1,32	0,65
	Percentil 5	0,36	0,17	0,20	0,00
	Percentil 95	1,40	1,32	0,90	0,22

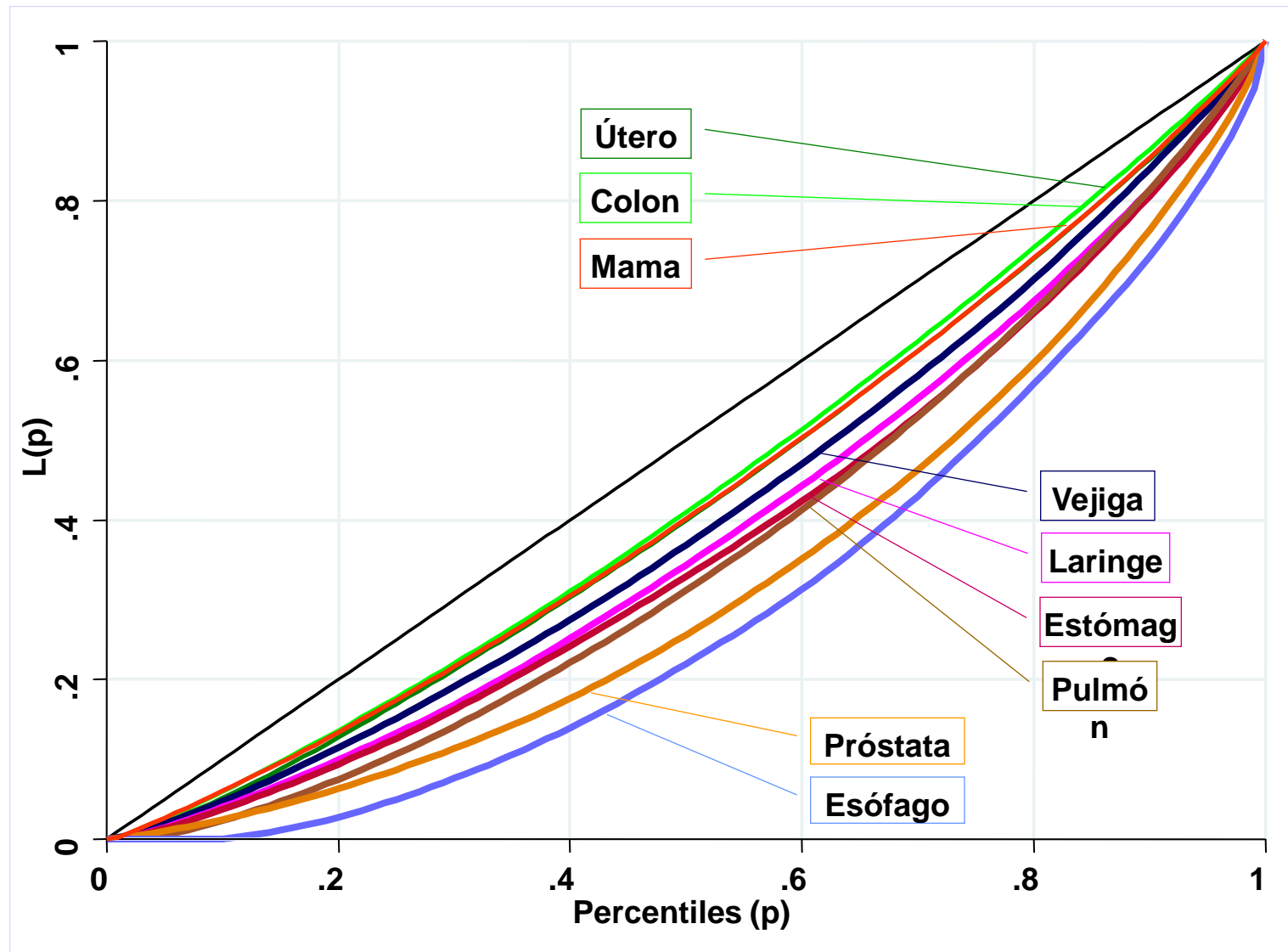
Tasas estandarizadas por 10.000 y área de salud de residencia



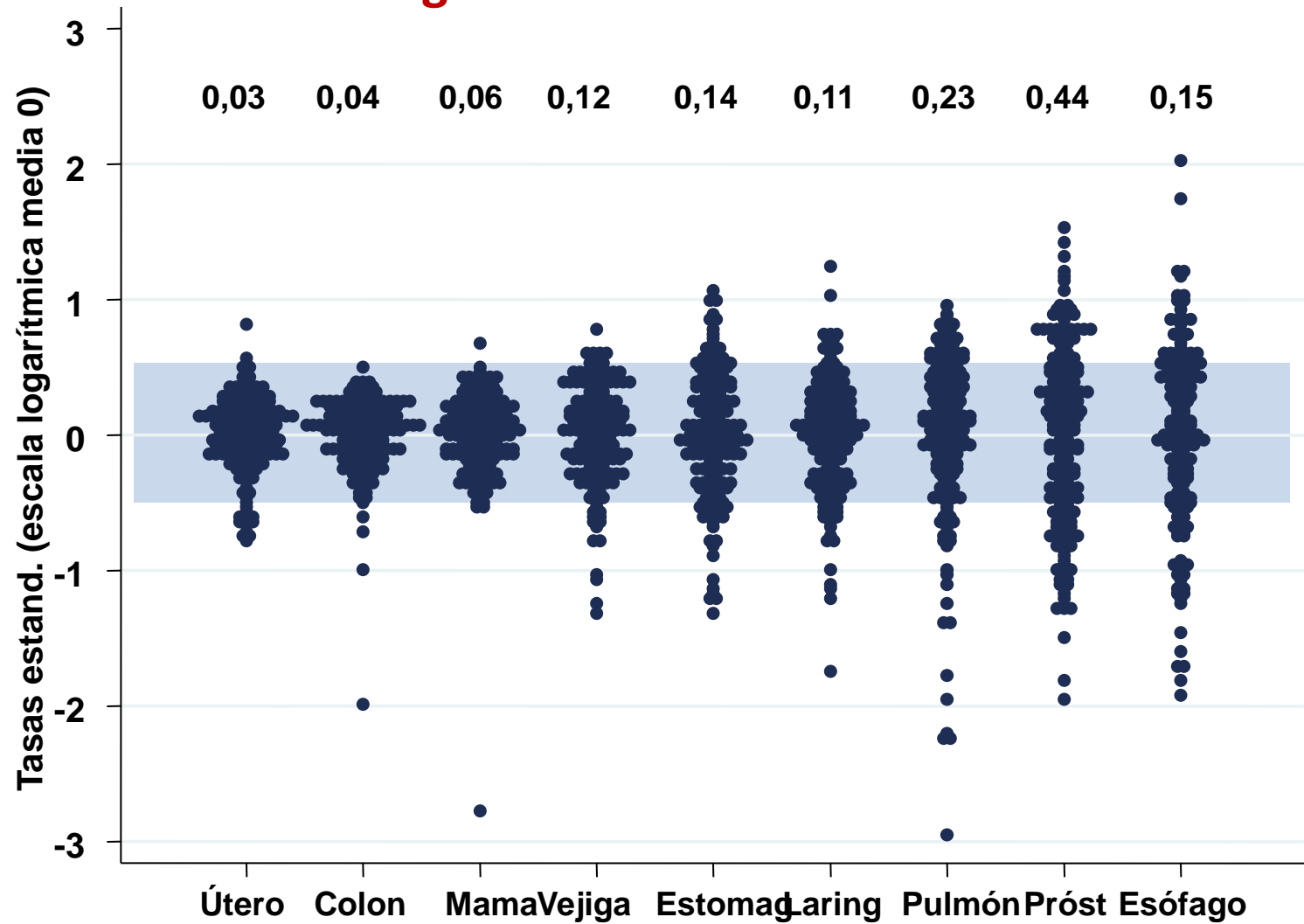
Tasas estandarizadas por 10.000 y área de salud de residencia

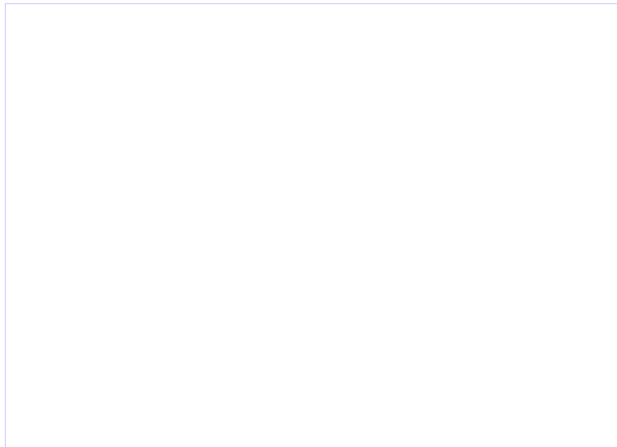
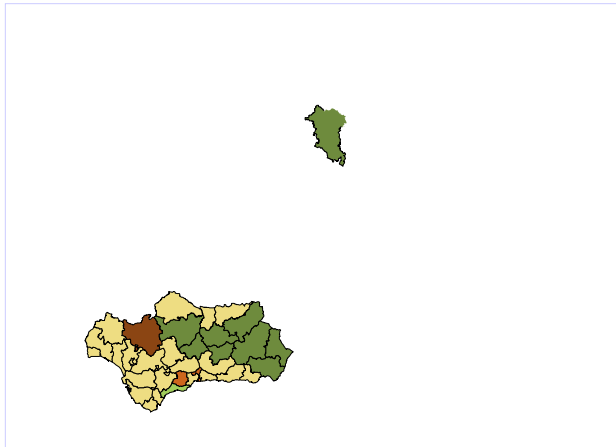


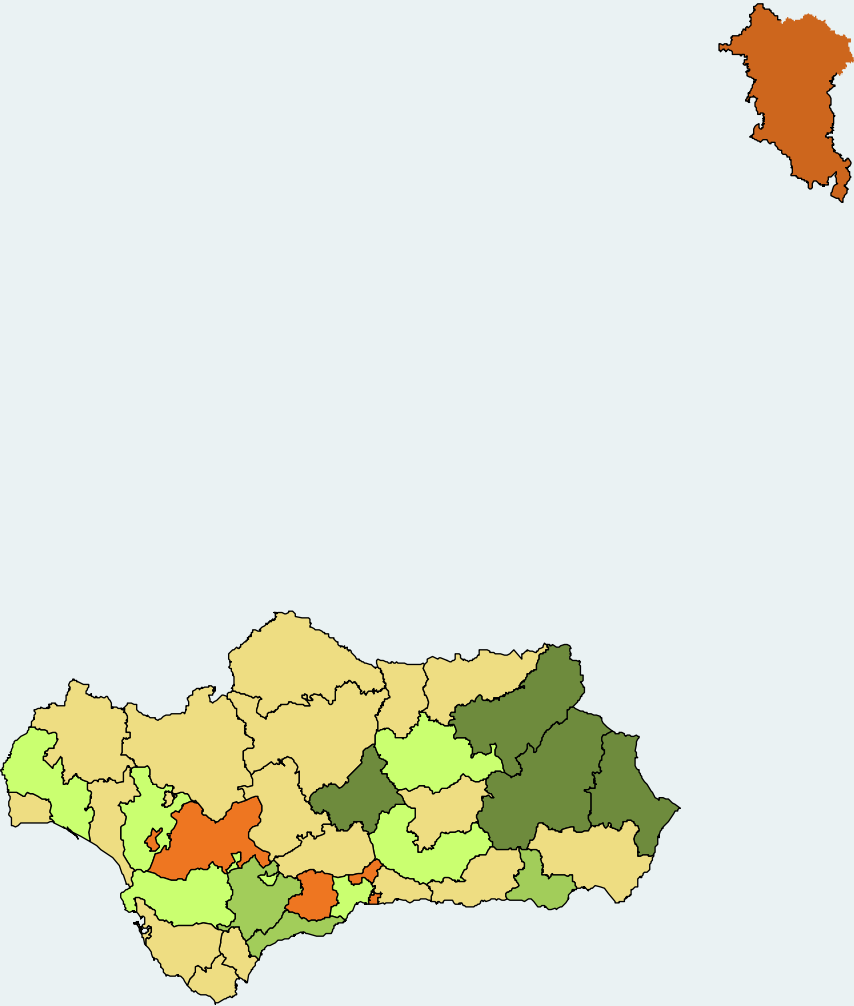
Curva de Lorenz. Intervenciones de cirugía oncológica



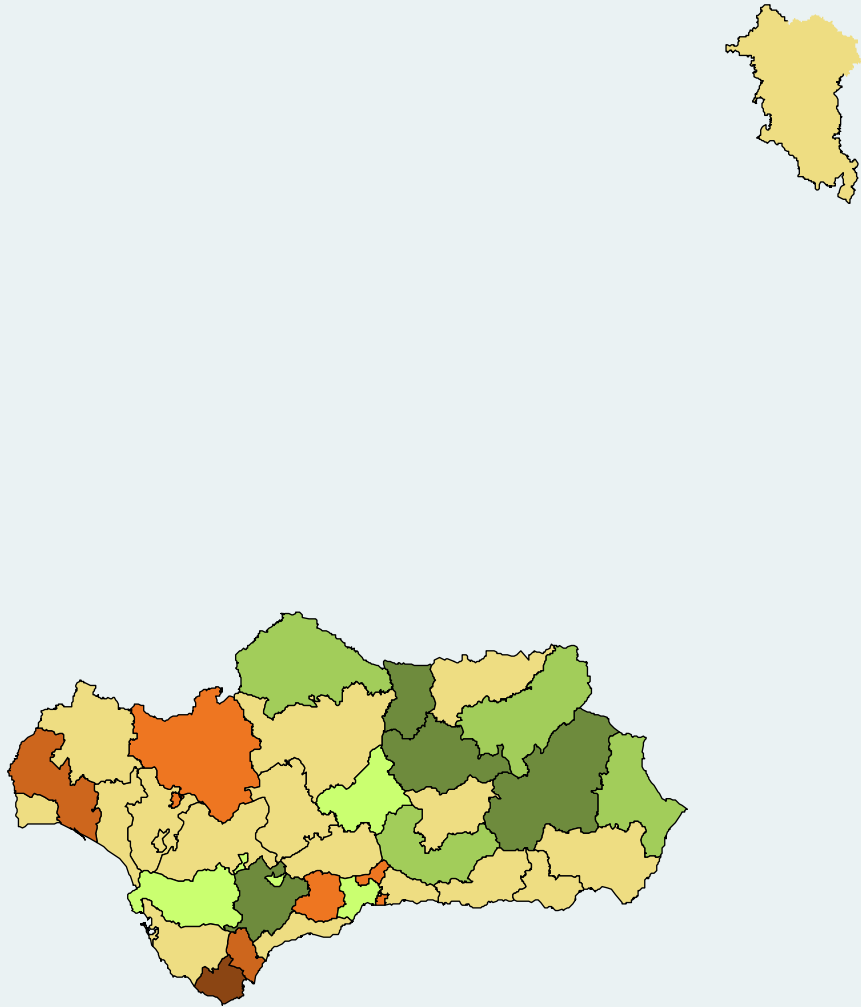
Tasas estandarizadas de cirugía oncológica en escala logarítmica de media 0



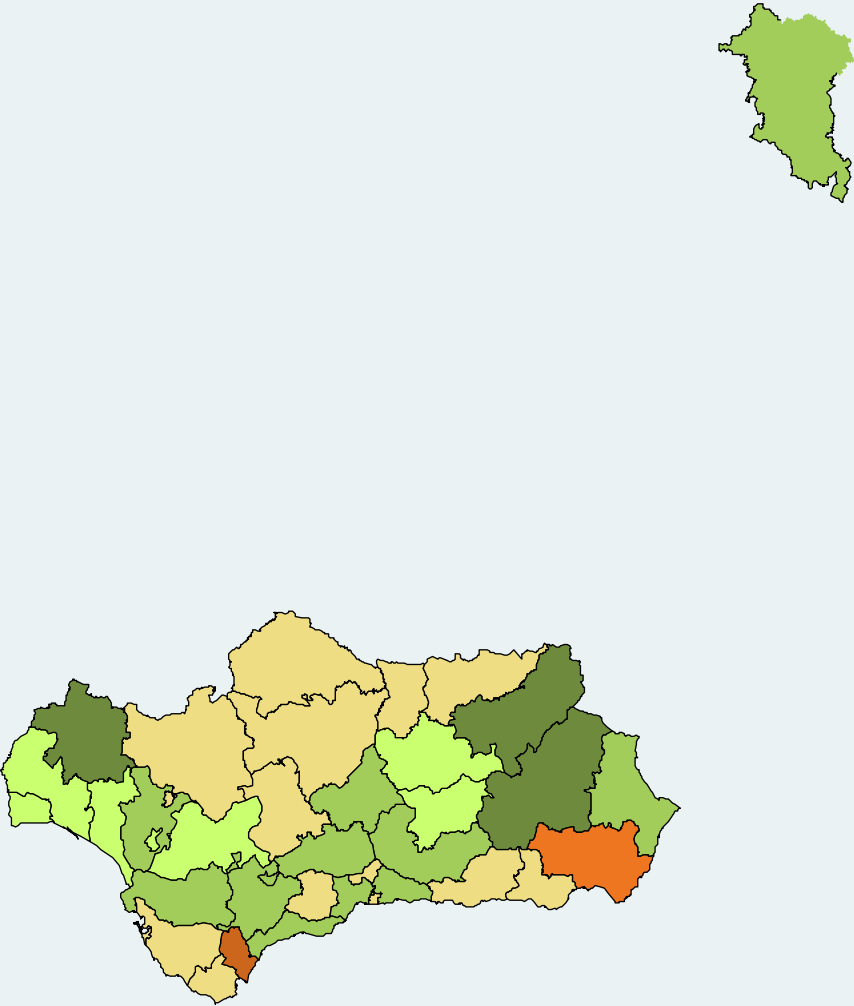




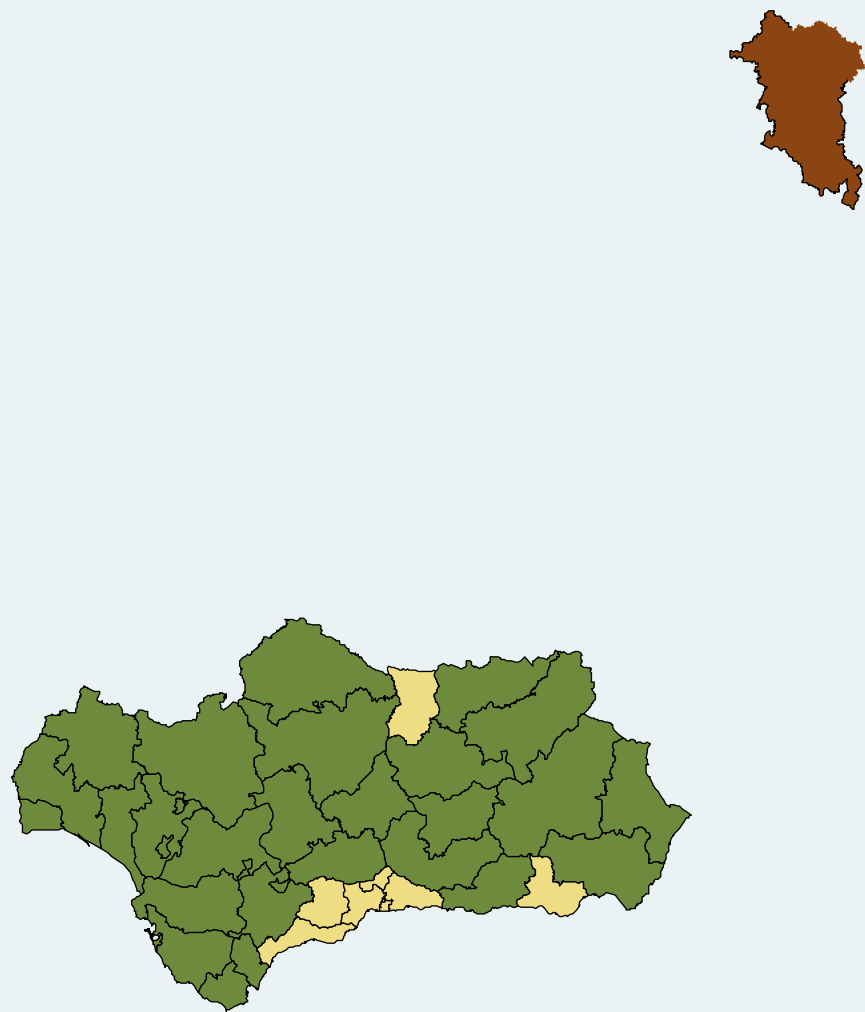
Vejiga



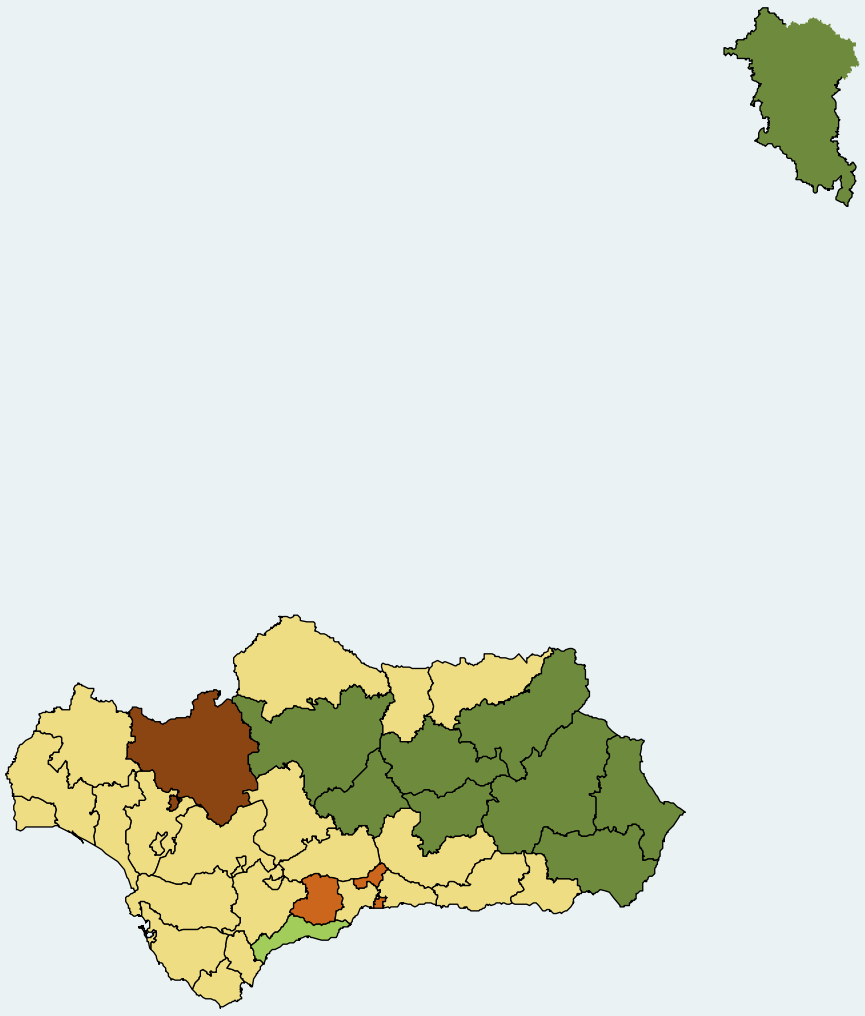
Colon



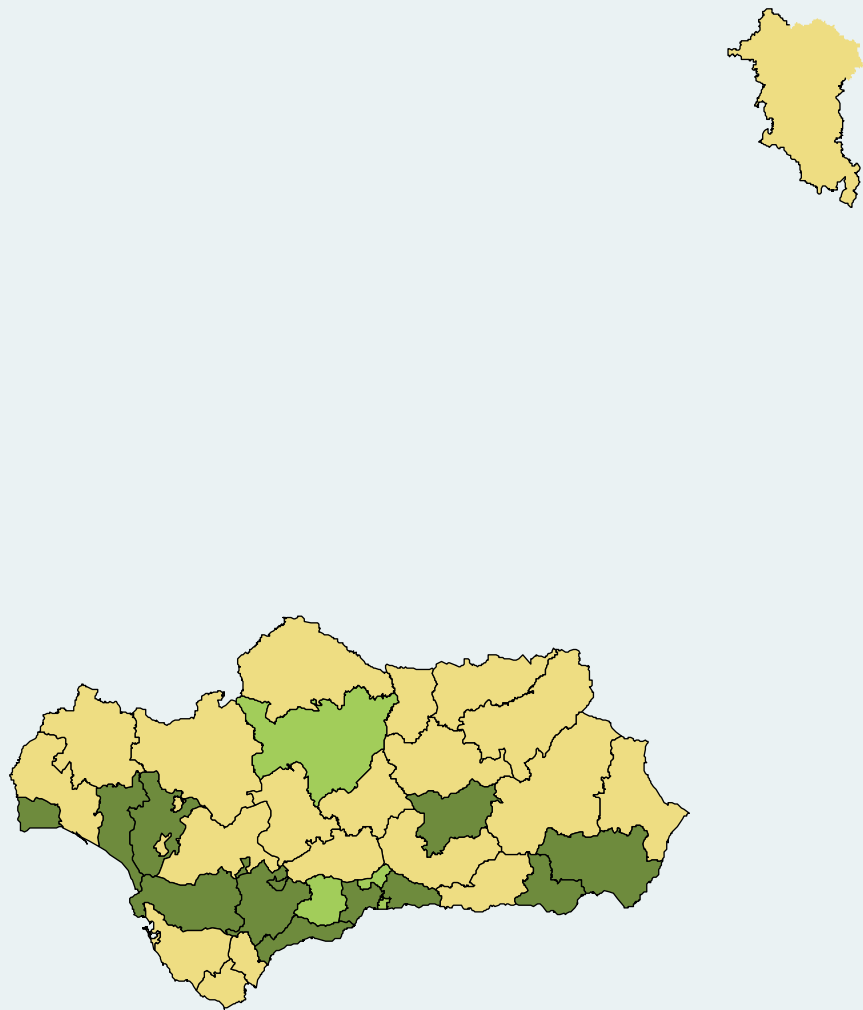
Próstata



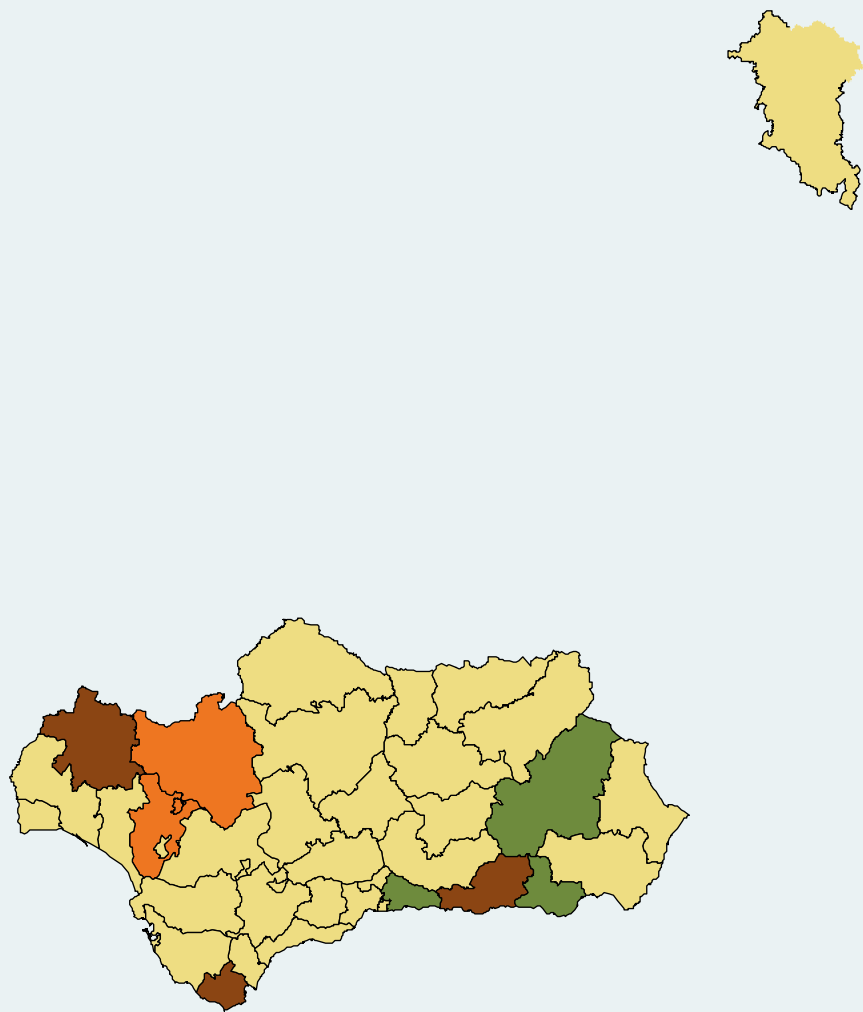
Pulmón



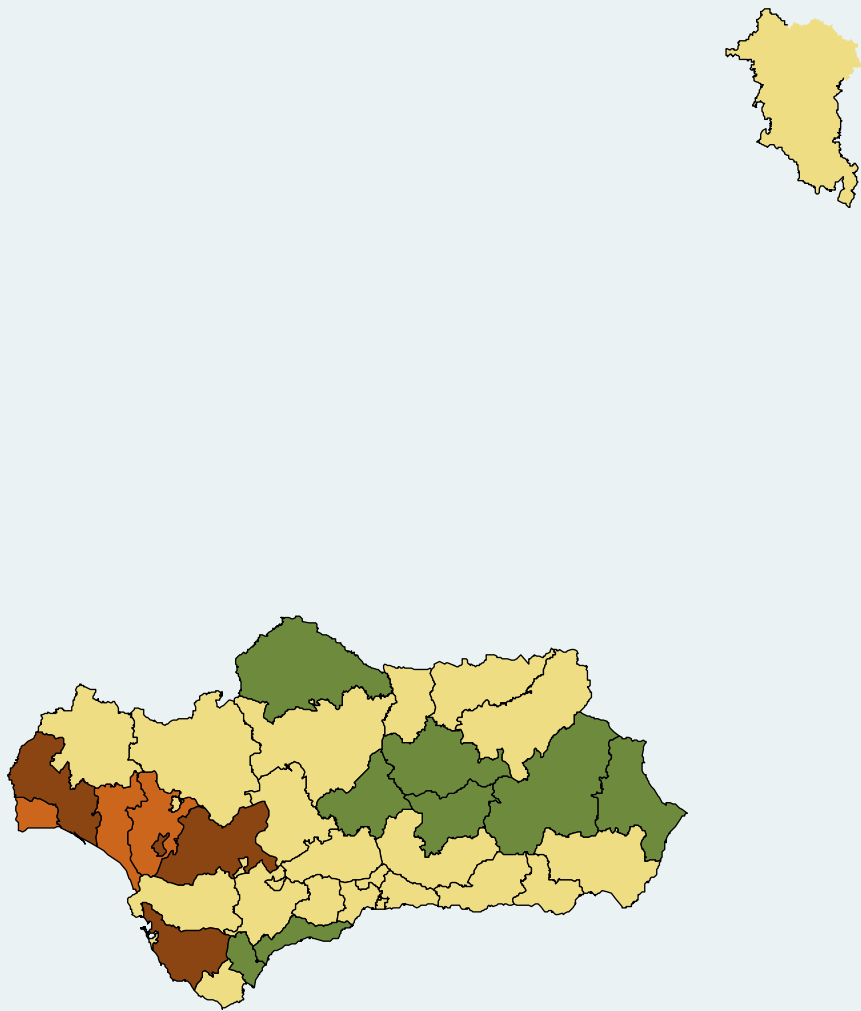
Estomago



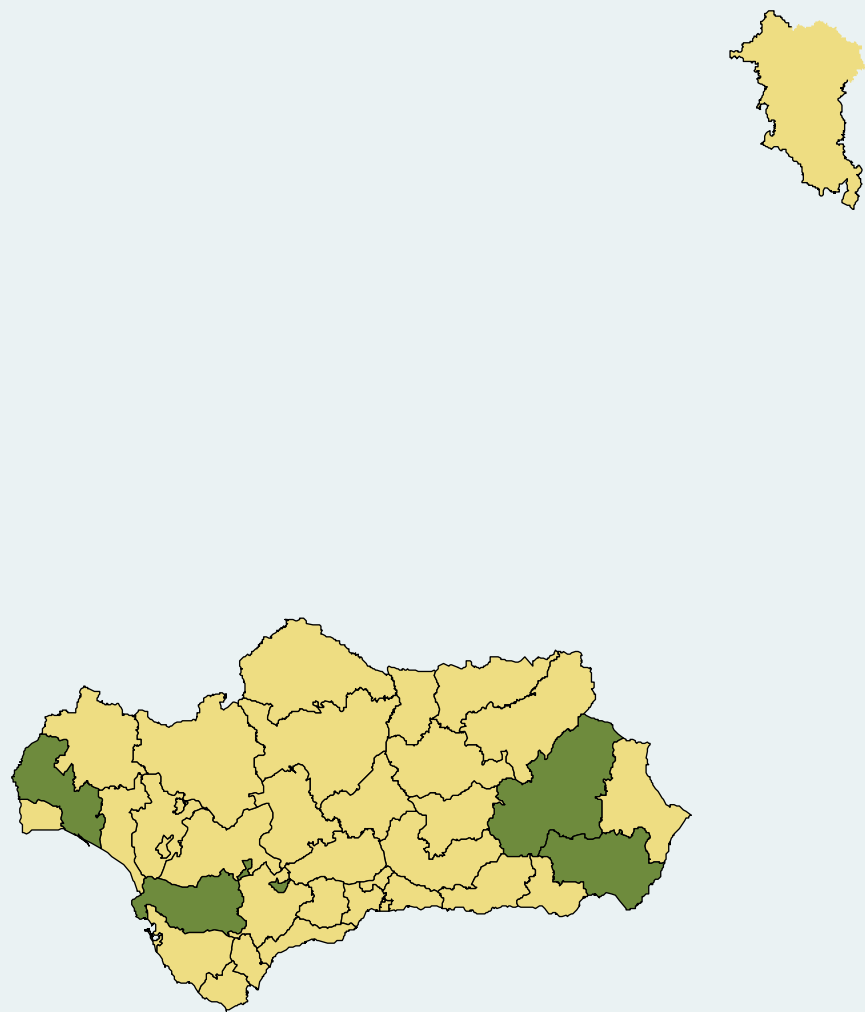
Útero



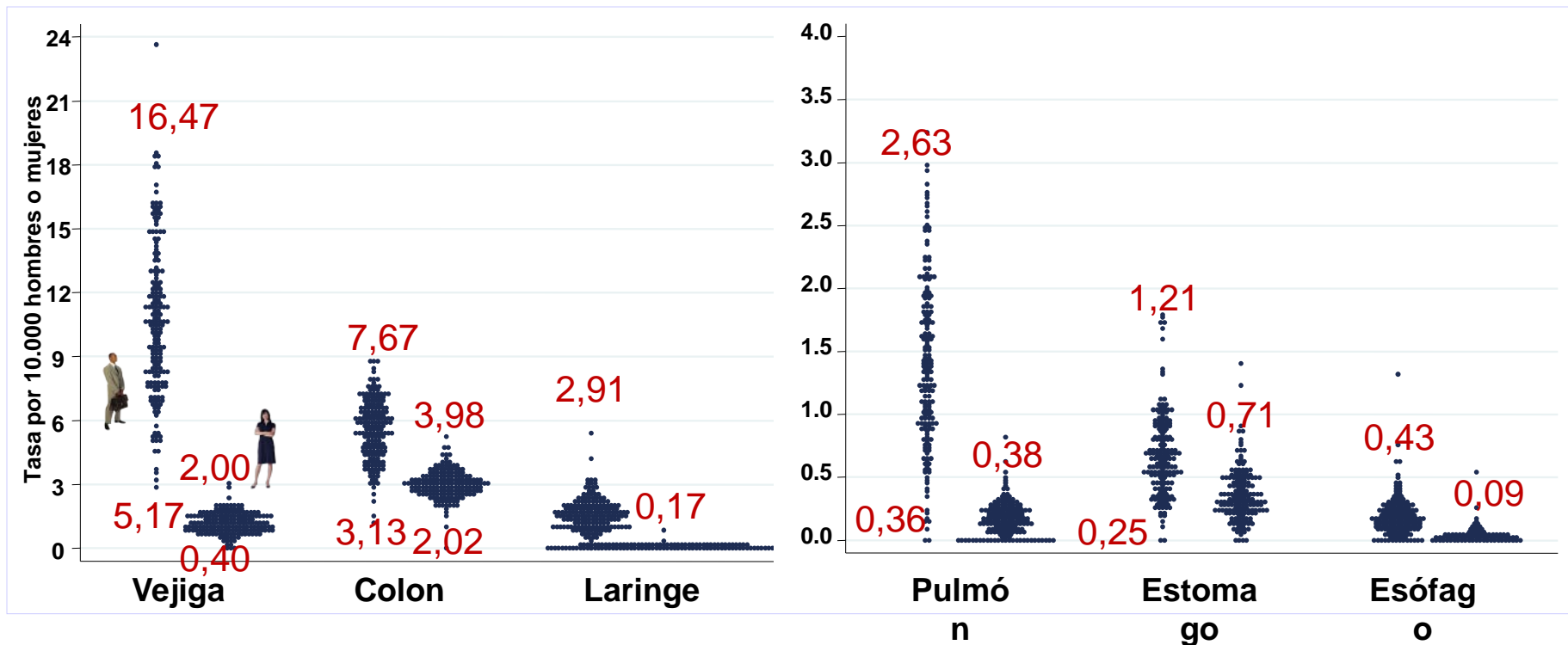
Laringe



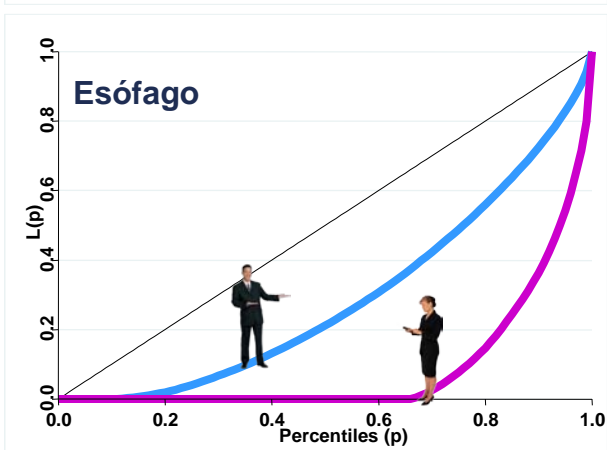
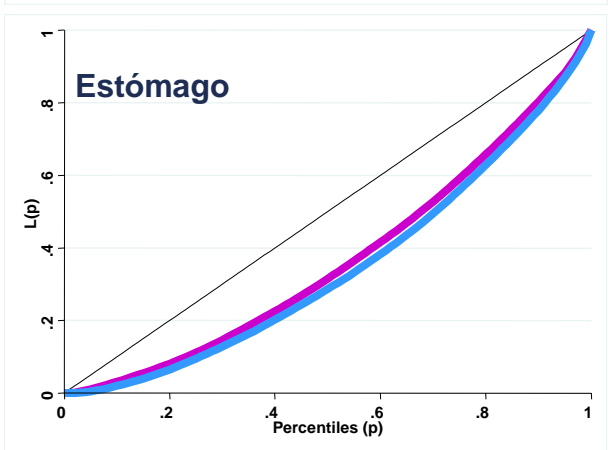
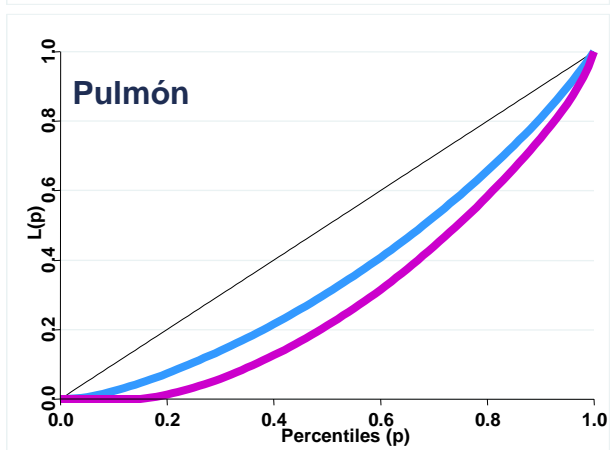
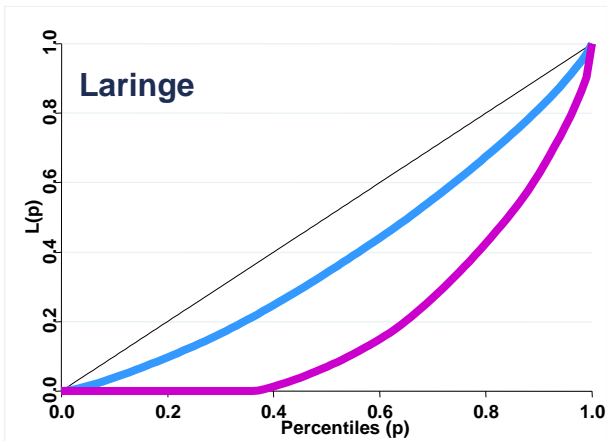
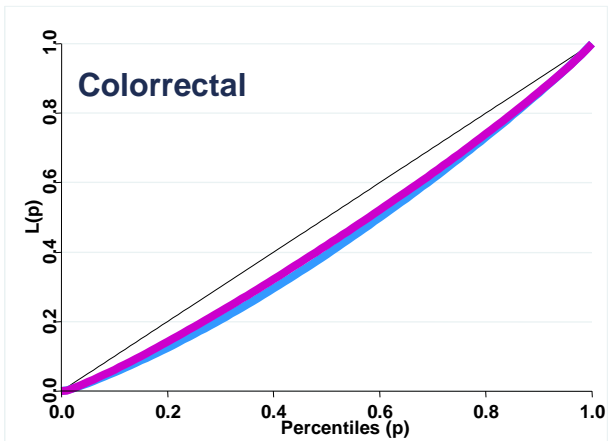
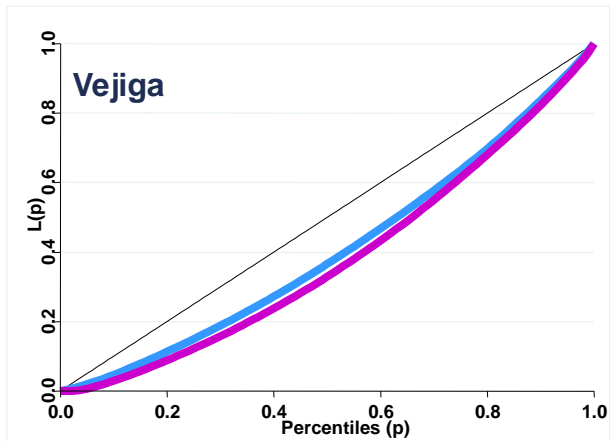
Esófago



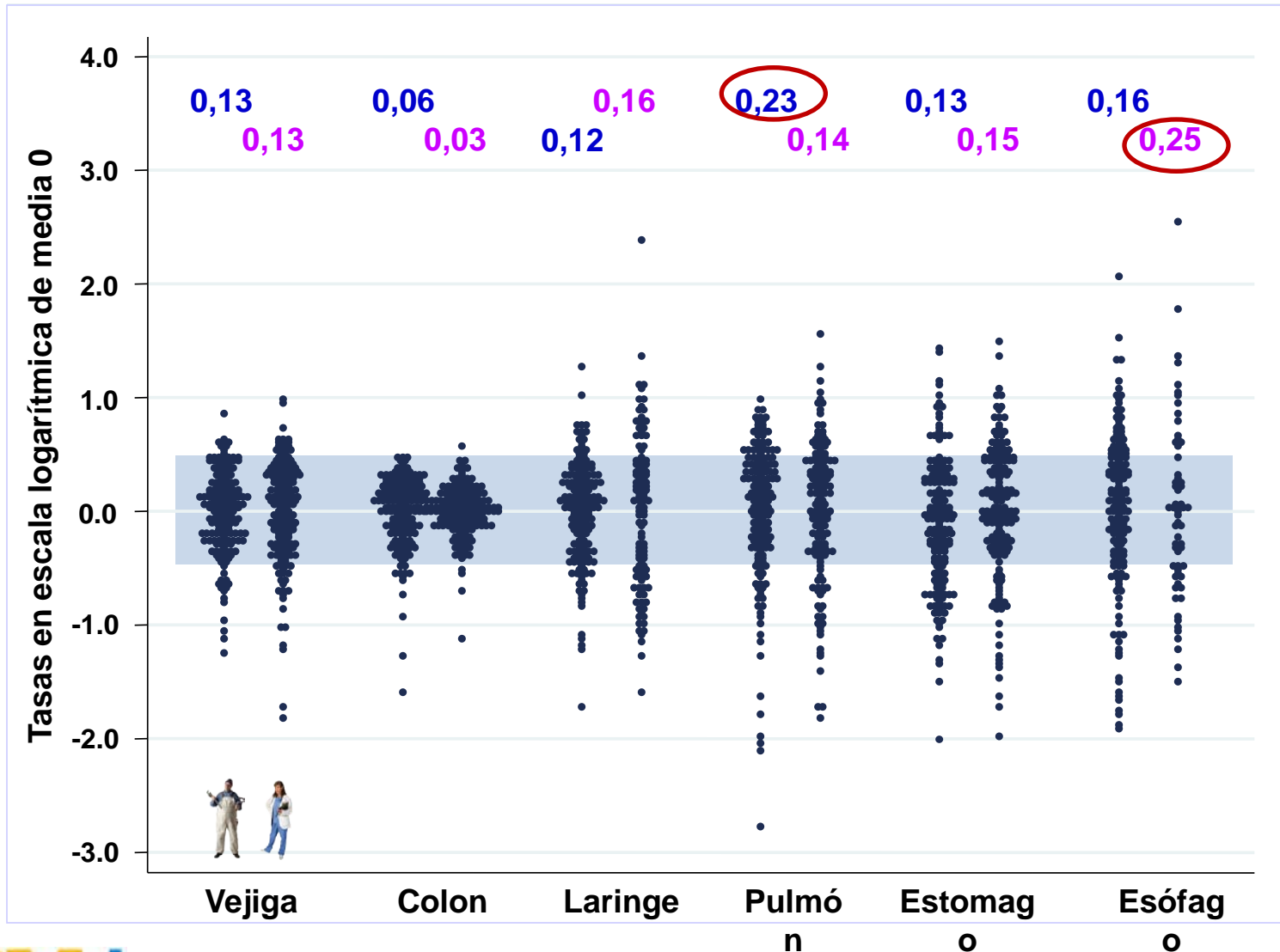
Tasas estandarizadas de intervenciones de cirugía oncológica por 10.000 hombres o mujeres y área de salud de residencia



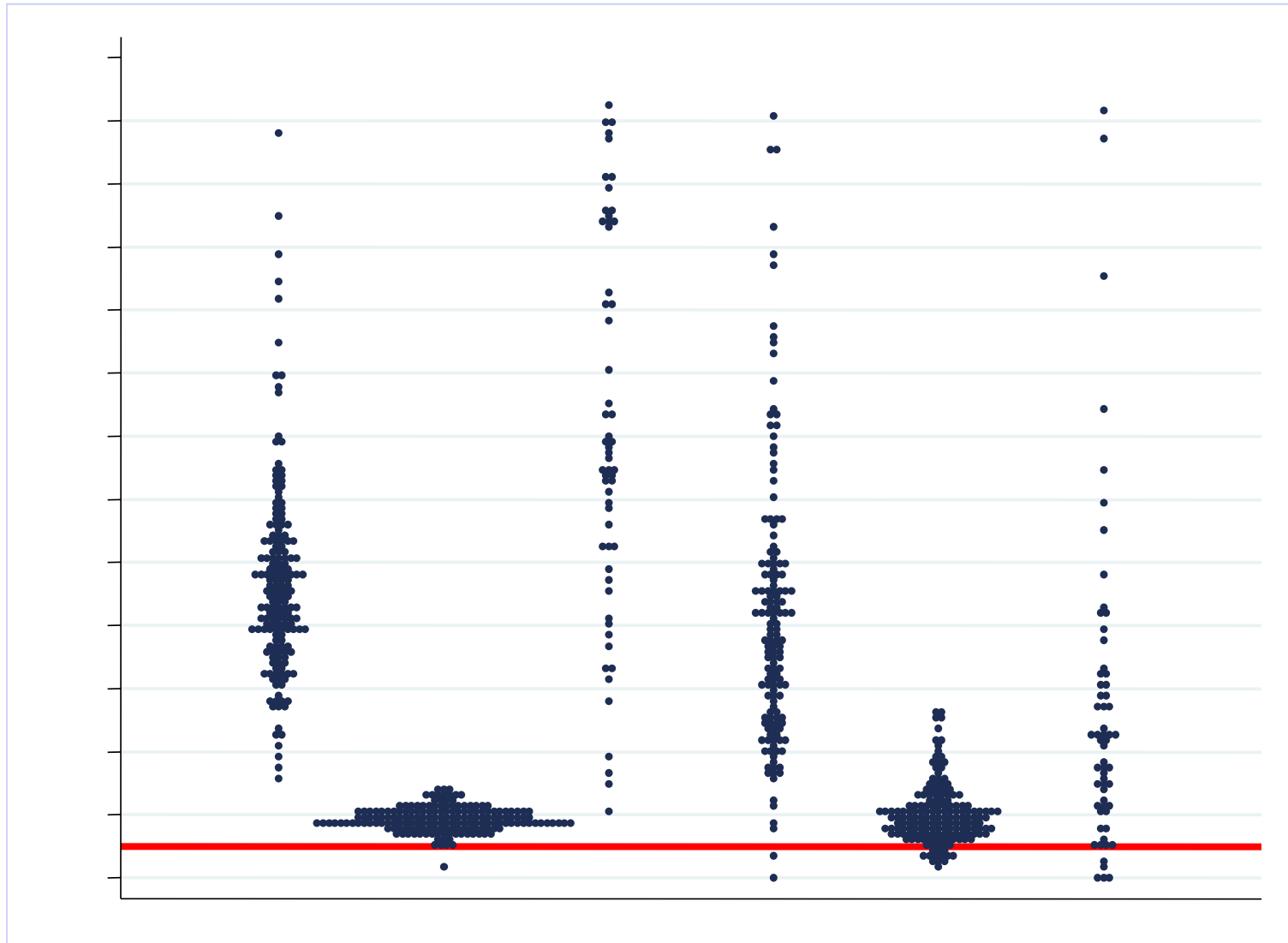
Curvas de Lorenz por sexo para las intervenciones de cirugía oncológica



Tasas estandarizadas de intervenciones de cirugía oncológica en escala logarítmica de media 0 según sexo



Razón de intervenciones hombre/mujer en cirugía oncológica



Asociaciones entre la oferta de recursos sanitarios y las tasas estandarizadas de intervenciones oncológicas

- La cirugía de cáncer de próstata muestra una fuerte asociación con la disponibilidad de camas hospitalarias por 1.000 habitantes, tamaño del hospital, médicos hospitalarios por 10.000 habitantes, cirujanos por 10.000 habitantes y camas de cirugía por 10.000 habitantes
- La cirugía de cáncer de estómago también muestra asociación con camas por habitante, médicos por habitante y camas quirúrgicas por habitante
- El resto de intervenciones muestra asociaciones más débiles y más inconsistentes

Asociaciones entre factores socioeconómicos y educativos y las tasas estandarizadas de intervenciones oncológicas

- La cirugía de cáncer de próstata, mama, vejiga y pulmón mostró fuertes asociaciones con los factores socioeconómicos, incluyendo según tumores asociaciones con la renta disponible en 2004, la tasa de paro sobre población activa, teléfonos y automóviles por habitante e incremento de renta en el periodo 1999-2003. También presentan asociaciones con el nivel educativo de la población
- La cirugía por cáncer de útero no mostró asociación con ningún factor
- La cirugía en el resto de condiciones mostró asociaciones más inconsistentes
- En el caso del cáncer de laringe, se halló una asociación positiva con la tasa de paro (más intervenciones por cáncer de laringe en los terciles de áreas con tasas de desempleo más elevadas).

Conclusiones I

La variabilidad encontrada es diferente en los distintos cánceres estudiados, siendo máxima en la cirugía de cáncer de próstata y de pulmón, intermedia para los de esófago, estómago, vejiga y laringe, y mínima para la cirugía en cáncer de mama, colon y útero

Con alguna excepción, las diferencias en la epidemiología del cáncer entre poblaciones parece influir poco en la variabilidad, mientras que si influye la Comunidad Autónoma de residencia de los pacientes, así como vivir en áreas sanitarias con determinado nivel socioeconómico. La disponibilidad de recursos hospitalarios no pareció tener influencia en el número de intervenciones quirúrgicas

Conclusiones II

Los patrones de variabilidad encontrada sugieren que las diferencias en tasas de intervenciones tienen relación con la combinación -específica para cada tipo de cáncer- de diversos factores:

- Grado de acuerdo científico sobre la eficacia del cribado y de la cirugía
- Grado de utilización de los programas de cribado poblacional y del cribado oportunista
- Diferencia de criterio profesional en relación con la resecabilidad del tumor
- Dificultades de acceso a un diagnóstico temprano ligadas a las diferencias socioeconómicas

Conclusiones III

En conjunto, los resultados tienen fuertes implicaciones para las políticas sanitarias sobre el cáncer, entre las que destacan:

- Urgencia de desarrollar estrategias consensuadas para abordar el tratamiento quirúrgico de los cánceres que muestran una mayor variabilidad quirúrgica, particularmente, el cáncer de próstata
- Necesidad de valorar el impacto sanitario que tienen los programas de cribado, especialmente los oportunistas, ya que de ellos se derivan costes relacionados con la subsiguiente utilización de servicios –sean casos verdaderos de cáncer o falsos positivos- no siendo obvio su impacto en la supervivencia de las poblaciones
- Necesidad de comprender por qué se producen diferencias en la utilización de la cirugía oncológica entre áreas con mayor y menor nivel socioeconómico, aunque estas diferencias no traduzcan siempre problemas de inequidad

Limitaciones

- Datos empleados (diferencias en la elaboración de informes de alta o en la codificación de las enfermedades entre centros). Al no disponer el CMBD de información sobre las características del cáncer es necesario asumir que éstas eran similares entre los pacientes operados en cada una de las áreas. En todo caso, hay que hacer notar que se ha recogido tanto la cirugía curativa como la paliativa y con independencia del tipo de abordaje
- Ausencia de los CMBD de los Institutos de Oncología de Galicia y Valencia
- Los análisis realizados son de tipo ecológico (el individuo de análisis es el área de salud, no cada uno de sus habitantes) y las asociaciones halladas no deben trasladarse al nivel individual

Atlas VPM oncología

Gloria Oliva

Agència d'Informació, Avaluació i
Qualitat en Salut, Barcelona

Alejandro Allepuz

Agència d'Informació, Avaluació i
Qualitat en Salut, Barcelona

Anna Kotzeva

Agència d'Informació, Avaluació i
Qualitat en Salut, Barcelona

Cristian Tebé

Agència d'Informació, Avaluació i
Qualitat en Salut, Barcelona

Enrique Bernal-Delgado

Instituto Aragonés de Ciencias de la
Salud, Zaragoza

Salvador Peiró

Centro Superior de Investigación en
Salud Pública, Valencia

Julián Librero

Instituto Aragonés de Ciencias de la
Salud, Zaragoza
Centro Superior de Investigación en
Salud Pública, Valencia

Manuel Ridao

Instituto Aragonés de Ciencias de la
Salud, Zaragoza
Centro Superior de Investigación en
Salud Pública, Valencia

Muchas gracias

<http://www.atlasvpm.org/avpm/>

gloria.oliva@gencat.cat