

# Gestión de Enfermedades (Disease Management). Una aproximación integral a la provisión de cuidados sanitarios

E. TEROL, E. F. HAMBY\*, S. MINUE\*\*

Doctor en Medicina. Subdirección General de Atención Primaria, INSALUD. Madrid  
\*Profesora Asociada de Administración de Servicios Sanitarios. College of Health and Public  
Affairs. University of Central Florida (Orlando, Florida. EE.UU.)  
\*\*Profesor. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada

**Disease Management. A total approximation to  
the delivery of Health Care**

## RESUMEN

La Gestión de Enfermedades (GE) constituye una de las áreas que mayor crecimiento e inversión ha experimentado dentro de la medicina gestionada en los Estados Unidos en los últimos 8 años. El propósito de este artículo es describir los principios y metodología utilizados por la GE, analizar los resultados obtenidos hasta ahora y plantear las limitaciones y oportunidades que este modelo organizativo de la atención sanitaria puede tener en un sistema sanitario público como el español.

**Palabras clave:** Gestión de Enfermedades. Provisión de Atención Sanitaria. Atención Centrada en el Paciente. Medicina Gestionada.

## ABSTRACT

Disease Management (DM) represents one of the faster growing areas in terms of investment and coverage in the US managed care market. The aim of this article is to provide a description about the principles and methodology of DM, a review of the current results and an approach to the boundaries and opportunities of such a health care delivery and organization system in a public health system like the Spanish one.

**Key words:** Disease Management. Delivery of Health Care. Patient-Centered Care. Patient Care Management. Managed Care.

## ORIGEN Y DEFINICIÓN

El *Disease Management* o Gestión de Enfermedades (GE), término acuñado en los Estados Unidos en 1993 por el grupo de consultores *Boston Consulting Group*, puede definirse como un proceso de optimización de la provisión de cuidados mediante la coordinación de recursos a lo largo de todo el sistema de salud, durante todo el ciclo de vida de la enfermedad, basado en la evidencia científica y orientado a mejorar la calidad y los resultados (clínicos, económicos, calidad de vida y satisfac-

ción de usuarios y profesionales) al menor coste posible.

Es, más que una técnica concreta, un proceso de transformación estratégica de la organización sanitaria y de la forma de prestar servicios y de obtener resultados.

Otros conceptos o denominaciones utilizadas o íntimamente ligadas a éste son las de *Case Management* (Gestión de casos), *Care Management* (Gestión de atención o cuidados) y *Care Coordination* (Coordinación de cuidados). Se puede traducir al español como Gestión de Patologías, Gestión Integral de Patologías, Atención Integral de Patologías, Gestión de Procesos o Gestión de Enfermedades (GE). En este artículo utilizaremos esta última denominación.

Este proyecto ha sido realizado con financiación del Fondo de Investigación Sanitaria (Beca FIS BAE n: 00/1090).

El objetivo fundamental de los programas de gestión de enfermedades es contener los costes a largo plazo del sistema sanitario, mejorando la eficiencia del mismo y manteniendo un nivel de calidad de la asistencia aceptable.

La GE está suponiendo un profundo proceso de renovación en la organización y la metodología de trabajo de las empresas de cuidados gestionados (*Managed Care*) en los EE.UU., que tras su éxito inicial para controlar el gasto y mejorar los resultados en los años 70 y primeros 80, mediante la transferencia de riesgos, la capitación, el control de los precios, el racionamiento y la disminución de la variabilidad en los procesos, sufrió un proceso de inflación por el agotamiento de las medidas anteriores, el descontento de los consumidores y la resistencia de los *lobbys* profesionales.

La GE fue planteada inicialmente como una táctica de alineación de intereses y objetivos entre las empresas farmacéuticas y las aseguradoras para disminuir el consumo de recursos más costosos (hospitalizaciones, cirugía, etc.) en estadios concretos de algunas patologías seleccionadas como el asma y la insuficiencia cardiaca. La mejora en la adhesión y el cumplimiento de objetivos terapéuticos, dietéticos y de estilos de vida, condujo a una disminución de costes en el uso de recursos hospitalarios. Este aparente éxito llevó a una progresiva extensión y generalización de los programas de GE en los últimos ocho años a un número cada vez mayor de patologías y de entornos sanitarios.

Para el no iniciado, resulta a veces complejo diferenciar este concepto y su metodología de otros más clásicos y conocidos. ¿No es acaso el objetivo de los sistemas sanitarios, de la salud pública y en general de los médicos y de los profesionales sanitarios el proveer a la población y a los pacientes los cuidados de salud necesarios sobre la base del conocimiento científico y de una forma efectiva y eficiente? ¿Gestionar las enfermedades no es lo que vienen haciendo los médicos desde hace siglos? ¿Prevenir la enfermedad y llevar a la práctica las conclusiones de la investigación, de la medicina basada en la evidencia y de la investigación de resultados, no son ya tendencias universalmente aceptadas? ¿Qué aporta, por lo tanto, este nuevo concepto a la organización y a la provisión de cuidados sanitarios?

La premisa básica es que una gestión más agresiva de las intervenciones para una patología concreta mediante la aplicación de la mejor práctica clínica a lo largo del curso natural de la enfermedad debe mejorar el nivel de salud de una población (tanto retrasando la aparición de enfermedad como minimizando los efectos de ésta), lo que conllevaría una disminución de la demanda y del uso de servicios a medio y largo plazo y a una reducción de los costes. Para ello en lugar de la práctica tradi-

cional de la medicina, basada en la costumbre, las características y limitaciones de la organización, los conocimientos y la experiencia personal o local, plantea utilizar las conclusiones y el conocimiento aportados por las técnicas disponibles de globalización de la evidencia y el saber médico: la investigación de resultados y la medicina basada en la evidencia. Una parte básica de esta nueva filosofía de la provisión de cuidados es la "revolución" de la escala de prioridades y valores entre los profesionales sanitarios que implica pasar de: un sistema basado y orientado a la resolución de demandas y patologías agudas, a un sistema basado en la prevención de la demanda y la gestión de patologías y condiciones crónicas; de un sistema basado en el protagonismo de profesionales y gestores y sus intereses y limitaciones corporativas, a un sistema basado en el protagonismo de los pacientes y la organización de sus cuidados, y en el que áreas tan teóricamente importantes como crónicamente poco desarrolladas tales como la prevención, la educación para la salud, la autogestión de cuidados, los sistemas expertos para la detección de riesgos, interacciones o efectos secundarios, los sistemas de información integrales e integrados o la rehabilitación, se convierten en las protagonistas del modelo.

Según la asociación para la gestión de enfermedades de EE.UU., una organización sin ánimo de lucro, la gestión de enfermedades es "un acercamiento multi-disciplinario basado en la continuidad para la provisión de cuidados de salud que de forma proactiva identifica poblaciones con o en riesgo para determinadas condiciones médicas establecidas que:

—Apoya la relación médico/paciente y los planes de cuidados.

—Da énfasis a prevención de exacerbaciones y complicaciones utilizando pautas y guías de práctica clínica coste efectivas (rentables) basadas en la evidencia y estrategias de fortalecimiento del rol del paciente como la autogestión/auto cuidados.

—Continuamente evalúa resultados clínicos, humanísticos y resultados económicos con la meta de mejorar globalmente el estado de salud."

## LA GESTIÓN DE ENFERMEDADES EN LOS EE.UU.

El que la GE en los Estados Unidos haya representado una de las áreas de mayor crecimiento e interés dentro del mercado sanitario en la última década, se justifica por la incapacidad para el control de los costes del sistema de salud en los EE.UU., que crecieron de forma exponencial en los años 80 y primeros 90 ascendiendo en 1998 el gasto en salud a 1,2 trillones de dólares representando el 15% del PIB (el mayor en el mundo). Las causas que ex-

plicaban el incremento del coste eran similares a las que experimentaban la mayoría de los sistemas sanitarios de los países desarrollados, esto es, el aumento de las personas y de los procesos a tratar debido al envejecimiento y mayor esperanza de vida de la población, un aumento de la proporción de personas con enfermedades crónicas y la introducción de nuevas tecnologías, más efectivas pero más costosas.

En los últimos 7 años se ha producido un crecimiento exponencial de los programas y proveedores de Gestión de Enfermedades (GE) en los EE.UU. En la actualidad más de 200 compañías se dedican a su desarrollo e implementación y la mayor parte de las empresas dedicadas a los cuidados gestionados (*Managed Care Organizations*) –proveedor mayoritario del sistema de salud de los EE.UU.– están utilizando en mayor o menor medida esta nueva aproximación a la gestión de la provisión de servicios sanitarios. Los programas pueden ser desarrollados y gestionados por diferentes tipos de proveedores:

—Empresas especializadas en GE que ofertan programas completos o herramientas concretas tales como: sistemas de educación para pacientes y profesionales, sistemas informáticos, gestión de bases de datos y sistemas expertos interactivos basados en telefonía o Internet.

—Proveedores sanitarios privados: múltiples organizaciones, desde grandes empresas propietarias de hospitales a pequeñas agrupaciones de médicos están desarrollando o tienen experiencia en esta área. Dada la transferencia de riesgo que implican los modelos de capitación, y el duro ajuste de precios de los servicios médicos en los últimos años, los propios proveedores son conscientes de la necesidad de controlar los costes y aumentar el nivel de calidad y resultados como única vía de incrementar sus beneficios y mantenerse en una buena posición de mercado.

—Aseguradoras privadas: muchas empresas de cuidados gestionados (*Managed Care*) están desarrollando sus propios programas "in-house" de gestión de enfermedades. Siendo algunos de ellos como los de la *HMO Kaiser Permanent* de referencia en el área de la Gestión de Enfermedades.

—Empresas farmacéuticas o filiales especializadas en GE que actualmente lideran el desarrollo de la gestión de enfermedades en EE.UU. combinándolo con servicios de evaluación y monitorización de la prescripción farmacéutica.

Recientemente una de las HMOs más importantes por cobertura, *United Health Care Inc.*, introdujo un elemento decisivo en la tradicional estrategia de las HMOs, al sustituir todo el sistema tradicional de control de costes, "utilization review" y pre-certificaciones por un modelo de coordinación de cuidados en el que la propia empresa desarrolla

#### COMPONENTES Y ACTIVIDADES DE UN PROGRAMA COMPLETO DE GESTIÓN DE ENFERMEDADES

- Proceso de identificación de población
- Pautas y guías clínicas basadas en la evidencia
- Un modelo de funcionamiento basado en la cooperación para incluir a los médicos y a los proveedores de servicios de apoyo
- Identificación de riesgos y emparejamiento de intervenciones con necesidades
- Educación de autogestión / auto cuidados al paciente (puede incluir prevención primaria, programas de modificación de hábitos, y vigilancia y monitorización del cumplimiento)
- Medición de proceso y resultados, evaluación, y gestión
- Circuitos rutinarios de informes y retroalimentación (puede incluir comunicación con el paciente, médico, servicios de salud o aseguradoras y proveedores de servicios centrales y auxiliares, y perfiles de práctica clínica)
- Uso apropiado de tecnología de la información (puede incluir software especializado, registros de datos, herramientas de apoyo de decisión automatizadas, y sistemas de alerta para la revisión de procesos)

parte del programa de gestión de enfermedades y subcontrata con empresas especializadas áreas del programa, como la educación a pacientes, la creación de perfiles clínicos o el análisis de la prescripción farmacéutica.

#### COMPONENTES Y DIMENSIONES DE LA GESTIÓN DE ENFERMEDADES

Los pilares en los que se basa la GE no son nuevos y el valor añadido de esta aproximación radica más en su capacidad integradora y en su planteamiento como técnica de gestión que en su novedad conceptual. La GE integra tres elementos fundamentales:

—*Base de conocimiento*: una base de conocimiento que cuantifica la estructura económica de una enfermedad e incluye pautas que cubren el cuidado a ser proporcionado, estableciendo por quién y en qué lugar, para cada parte del proceso (segmentación de pacientes, estructura económica de la enfermedad, flujo de los tratamientos, puntos críticos y estándares de cuidados).

Este componente se basa en múltiples disciplinas y técnicas afines: medicina basada en la evidencia, movimiento de investigación de resultados, guías y vías clínicas, protocolos, evaluación de tecnologías sanitarias, análisis económicos y de costes, fármaco-economía, etc.

—*Un sistema de provisión de cuidados*: centrado en el individuo enfermo y en la continuidad y lon-

gitudinalidad de la atención sanitaria sin los límites tradicionales entre las especialidades médicas y las instituciones. Basado en la adherencia a los estándares de cuidados (agudos, crónicos y preventivos); la coordinación entre proveedores (Atención Primaria y Especializada; otros profesionales sanitarios); el apoyo a los pacientes y a lugares alternativos de atención (atención domiciliaria, residencias asistidas, hospitales de convalecencia y de cuidados mínimos) y el diseño óptimo del sistema de provisión de cuidados (planes de cuidados, logística, etc.).

—*Un proceso de mejora continuo*: consistente en la aplicación a toda la organización sanitaria de los principios y métodos de la mejora continua de calidad y en la utilización de un sistema sofisticado de información y evaluación que desarrolla y redefine la base del conocimiento, las pautas y el sistema de provisión. Para ello precisa de la captura continua de información clínica y económica y de la medición de resultados del proceso de atención para servir de soporte para la toma de decisiones clínicas y organizativas. El ciclo se cierra con la redefinición de estándares y la introducción de mejoras en el proceso de atención.

### ¿EXISTE EVIDENCIA SOBRE LOS RESULTADOS DE LA GESTIÓN DE ENFERMEDADES?

Al igual que otras intervenciones de reciente introducción, la gestión de enfermedades tiene sus ideólogos, detractores y entusiastas. Mientras que para algunos tiene la clara potencialidad de reducir el uso de recursos innecesarios, manteniendo o mejorando la calidad del cuidado, otros muestran su preocupación por la posible merma de la calidad, al ser la reducción de costes el objetivo fundamental de la mayoría de los programas comerciales. La información proporcionada por las compañías comerciales que ofrecen sus servicios muestra resultados espectaculares en la reducción de la estancia media, ingresos, visitas a urgencias y costes generales y mejoras en la capacidad funcional, los parámetros clínicos (lípidos, hemoglobina A1c), el nivel de conocimientos, habilidades y satisfacción de los pacientes.

A pesar de la amplia información existente sobre los programas de gestión de enfermedades y sus resultados positivos en calidad y coste, ésta es criticada por sus limitaciones metodológicas. Son escasos los estudios con diseños adecuados y con evidencia científica de la mejora de resultados. En muchos casos la información es propiedad de las empresas comerciales y carece de acceso público para su adecuado análisis. Otra limitación es la variabilidad de los programas, proveedores y métodos utilizados. Aun así, en los pocos estudios publica-

dos en revistas científicas con diseños adecuados, los resultados en general son positivos, habiéndose reducido costes y mejorado los resultados. Esto es especialmente destacable en el área de cardiología, asma y diabetes donde se han descrito mejoras en la capacidad funcional y disminución de ingresos, visitas a urgencias y costes médicos.

Uno de los efectos paradójicos de la introducción de programas de gestión de enfermedades ha sido en algunos casos el aumento de los costes del sistema por el éxito de los programas. Dependiendo de la patología o condición a gestionar, los costes a corto y medio plazo pueden no sólo no descender sino elevarse. Por ejemplo, programas basados en la detección y tratamiento precoz de la hipercolesterolemia llevan emparejados un incremento llamativo de la venta de medicamentos de forma inmediata, mientras que los efectos económicos debidos a la disminución en el ámbito poblacional de los niveles de colesterol no serán apreciados hasta muchos años después, cuando la incidencia de patología cardiovascular y el uso de recursos más costosos se vea reducida. En ese sentido, algunos autores relacionados con el mercado comercial de las HMOs piensan que, los programas de Gestión de Enfermedades hacen un flaco favor a la estrategia estrictamente comercial de las empresas de salud. Es dudosa la recuperación de las inversiones realizadas en un mercado tan cambiante y con tan escasa tasa de fidelidad de los pacientes. Se calcula que el 22% de la población cubierta por una HMO se cambia de plan cada año.

Aun siendo las organizaciones de cuidados gestionados y los proveedores comerciales los protagonistas del desarrollo de la gestión de enfermedades en EE.UU., las agencias de salud federales como la HCFA (*Medicare y Medicaid*), las agencias de acreditación independientes como la *Joint Comision* y el *National Comité of Quality Assurance* (NCQA) han mostrado un creciente interés en los últimos años por los programas de GE. De forma paralela al llamado movimiento de resultados y a la medicina basada en la evidencia, estas agencias han reconocido que la GE ha demostrado al menos parcialmente su eficacia en la reducción de costes y mejora de resultados en algunos de los programas evaluados y que es necesario analizar y acreditar, al igual que sucede con el resto de los proveedores y planes de salud, el creciente mercado de la gestión de enfermedades con objeto de identificar programas eficientes y que cumplen los criterios, objetivos y métodos de la gestión de enfermedades.

Recientemente la agencia federal de EE.UU. HCFA (*Health Care Financing Administration*), responsable de los programas *Medicare y Medicaid* que financian la cobertura sanitaria mediante el pago a proveedores privados a más de 74 millones de americanos, ha decidido llevar a cabo un estudio pi-

loto para evaluar la eficiencia y efectividad de programas de coordinación de cuidados para ser ofertados a su población beneficiaria. El objetivo fundamental es establecer el valor añadido de estos programas sobre los servicios habituales prestados a los pacientes con patologías crónicas. En este ambicioso proyecto se han seleccionado aquellas condiciones de mayor riesgo por su variabilidad o impacto en el coste tales como: insuficiencia cardiaca congestiva, otras enfermedades cardiacas (infarto, cardiopatía isquémica, angina, arritmias), diabetes, enfermedad hepática, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y otras enfermedades pulmonares crónicas, accidentes cerebro-vasculares y otras enfermedades vasculares crónicas, trastornos psicóticos, depresión mayor, dependencia de alcohol y drogas, Alzheimer y otras demencias, cáncer y HIV/SIDA.

La fase previa del estudio incluía la evaluación de los programas existentes en EE.UU. que voluntariamente desearan participar. Hay que hacer notar que la gran mayoría de los programas gestionados por empresas farmacéuticas no fueron incluidos en esta evaluación. El estudio muestra las siguientes conclusiones:

—De los 157 programas evaluados, 67 (42,7%) mostraron reducción en los costes o en el uso de servicios hospitalarios.

—Los 90 (57,3%) restantes no mostraron impacto en los costes, en los ingresos hospitalarios o en términos funcionales o de salud.

—La antigüedad media de los programas evaluados era de 4 años para los programas de gestión de casos y de 3,3 años para los de gestión de enfermedades.

—En ambos tipos de programas el responsable de la coordinación era la enfermería.

—Los programas evaluados ofertaban servicios que actualmente no son cubiertos de forma habitual por los proveedores sanitarios e incluían: evaluación multidimensional exhaustiva de las necesidades médicas, funcionales y psicológicas. Gestión de servicios comunitarios; coordinación entre proveedores; educación sanitaria intensiva y soporte para la modificación de estilos de vida y un seguimiento estructurado de los pacientes entre las visitas a médicos u otros proveedores.

—Los programas incluían las dos principales orientaciones en la coordinación de cuidados, los programas de gestión de casos ("*case management programs*") y los programas específicos de enfermedades ("*disease management programs*").

—Según los autores de este informe, los programas evaluados han mostrado en general éxito en sus objetivos. No han sido necesarias modificaciones mayores en la organización o estructuración del sistema sanitario ni en la práctica habitual de los proveedores. No han detectado pérdida del lideraz-

go ni "secuestro de los pacientes" respecto a los médicos de Atención Primaria.

—Los programas de coordinación de cuidados (*case management o disease management*) con impacto positivo coincidían en general en reunir una serie de características fundamentales que a juicio de los autores del informe son requisitos para asegurar el éxito en la aplicación de los programas de gestión de enfermedades.

El NCQA por su parte anunció en junio de 2000 su intención de iniciar un proceso de certificación de programas de GE basándose en la metodología utilizada en su conocida Herramienta HEDIS. Esto permitirá en pocos años establecer comparaciones sistemáticas entre los diversos proveedores de planes de salud sobre los resultados alcanzados, la eficacia y la eficiencia de los programas desarrollados.

## SITUACIÓN DE LA GESTIÓN DE ENFERMEDADES EN EUROPA Y ESPAÑA

A pesar de que el concepto de gestión de enfermedades, como método de controlar el coste y aumentar la calidad de los servicios sanitarios, resulta atractivo a la mayor parte de los actores relacionados con el sistema sanitario en Europa (financiadores, gestores, industria farmacéutica) hasta ahora ha sido escasa su implantación. Su aplicabilidad en ámbitos diferentes al sistema de salud americano no está todavía investigada y las escasas experiencias desarrolladas en Europa están todavía en fase de evaluación.

La diversidad en los modelos y el protagonismo del sector público como financiador y proveedor principal son factores que han limitado la aplicación del modelo tal y como se originó en los EE.UU. La mayor parte de las autoridades sanitarias están a la espera de resultados más claros de su implantación en EE.UU. y recelan además del protagonismo de la industria farmacéutica en su expansión. Hay que recordar que en la actualidad, la contención del gasto farmacéutico es un elemento clave de la sostenibilidad de los sistemas sanitarios.

Pero la situación está cambiando. La industria farmacéutica ha iniciado estrategias de acercamiento a los gestores de los sistemas públicos y está desarrollando experiencias en la mayoría de los países de Europa, destacando por su mayor volumen las desarrolladas en Reino Unido, Francia, Alemania, Suecia y Holanda. Según la consultora *Price - waterhouseCoopers* diferentes razones explican su implicación: *aumento de ventas*: los programas de GE generalmente implican un aumento de la adhesión y el cumplimiento de los tratamientos. Se ha evidenciado en diferentes estudios un aumento de

### FORTALEZAS Y DEBILIDADES PARA LA IMPLANTACIÓN DE PROGRAMAS DE GE EN ESPAÑA:

#### Fortalezas

- Financiador único.
- Universalidad en la cobertura.
- Infraestructura propia.
- Proveedores asalariados.
- Economía de escala.
- Red de Atención Primaria reformada con una cartera de servicios definida y con hábito de evaluación.
- Programas de atención domiciliaria integrados para la atención de pacientes con patologías crónicas.
- Creciente énfasis en control de costes, calidad y resultados.
- Mayor conciencia de los ciudadanos.
- Deseo y nuevas experiencias de innovación en gestión.

#### Debilidades

- Rigidez del sistema.
- Límites administrativos, presupuestarios, organizativos y filosóficos entre Atención Primaria y Especializada.
- Objetivos institucionales no coordinados entre AP y AE.
- Elementos de motivación e incentivos poco potentes.
- Marco retributivo y laboral obsoleto.
- Ausencia de coordinación o capacidad ejecutiva sobre recursos comunitarios.
- Excesiva dependencia política del sistema y de sus gestores.
- Sistemas de información descoordinados entre AP y AE.
- Sistemas de información obsoletos y poco fiables.
- Escasos datos de resultados
- Cultura y procesos de análisis de costes poco desarrollados.
- Resistencia al cambio y escepticismo de profesionales sanitarios (tanto de AP como de AE).
- Falta de formación y ausencia de cultura de calidad.
- Escasa tradición en el seguimiento de protocolos y guías

las ventas de productos farmacéuticos, especialmente en el caso del asma y la diabetes; *nueva fuente de beneficios*: los servicios de GE presentan un valor añadido a los productos farmacéuticos y pueden convertirse en sí mismos en una fuente de ingresos importante; *inclusión en los formularios*: el establecimiento de acuerdos de colaboración para el desarrollo de programas de gestión de enfermedades con proveedores o aseguradoras, permite a las compañías farmacéuticas asegurar la inclusión de sus productos en los formularios o en las políticas de compras, estableciendo así una ventaja respecto a sus competidores comerciales, y amortiguando la eficacia de las políticas de genéricos y otras medidas de uso racional de medicamentos; *mejorar la imagen de las compañías* frente a consumidores y profesionales, ligándolas a un proceso mucho más integral del cuidado de la salud y de la contención del gasto sanitario global. En la actualidad no existen datos publicados sobre estas experiencias.

#### Reino Unido

El Reino Unido es probablemente el país de Europa donde se haya producido un análisis más exhaustivo de la gestión de enfermedades y donde, además, se ha generado un amplio debate entre los profesionales médicos y los gestores sobre las ventajas e inconvenientes de su aplicación. Los médicos muestran una actitud refractaria en su mayoría y la Asociación de Médicos Británicos (BMA) en un reciente informe expresó las preocupaciones y el rechazo de los médicos que temen una pérdida

de autonomía y confidencialidad de los datos con la introducción de los programas de gestión de enfermedades. En una encuesta llevada a cabo por la consultora farmacéutica IBM se evidenció que, mientras la mayoría de los gestores británicos están interesados en el desarrollo del DM, los médicos son refractarios en general. Otra parte crítica en el debate es sobre la pertinencia del establecimiento de alianzas entre el sistema público, especialmente a través de sus estructuras más innovadoras en gestión, como los "*found holders*", y las empresas comerciales proveedoras de los programas, especialmente las farmacéuticas.

Aunque se han iniciado experiencias lideradas por el Servicio Nacional de Salud, en general existe escasa información científica sobre éstas y en la mayor parte de los casos se limitan a descripciones de la intervención sin aportar todavía datos de resultados.

#### España

En la actualidad y a excepción de acercamientos de la industria farmacéutica a gestores intermedios del Sistema Nacional de Salud, no se conocen experiencias concretas de su aplicación. Las actuales regulaciones del Ministerio de Sanidad, INSALUD y de la mayoría de los servicios de salud de las comunidades autónomas limitan la posibilidad de externalizar estos servicios y hasta ahora no se han desarrollado experiencias dentro del propio sistema público de salud en este sentido.

En nuestro país, los principales impulsores de la GE han sido, hasta la actualidad, algunas empresas farma-

céuticas, que sobre la base de su experiencia en los EE.UU. están desarrollando estrategias para la implementación de programas en Europa y en otros países.

La Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias ha firmado recientemente un convenio de colaboración con la empresa farmacéutica NOVARTIS que prevé el asesoramiento científico en el desarrollo de programas de investigación de gestión integral de patologías y resultados clínicos que se realicen en España.

### APLICABILIDAD EN NUESTRO SISTEMA

Según algunos autores y consultoras especializadas, un sistema sanitario como el español con financiador único, universalidad en la cobertura, infraestructura propia y proveedores asalariados, debería ser en teoría el lugar idóneo para su aplicación por su estabilidad y su menor fraccionamiento. Pero la dificultad en la introducción en nuestro sistema público de salud de estrategias de gestión orientadas a trasladar a los proveedores riesgos financieros (incentivos, presupuestos clínicos, participación en la propiedad, etc.) y normalizar y estandarizar su actividad (protocolos, auditorías clínicas, revisión de utilización, garantía de calidad, etc.), unida a la ausencia de mercados competitivos en prácticamente todas las dimensiones, supone una importante limitación en el traslado de la estrategia de los programas de GE desde su origen en los EE.UU. a nuestro país.

### FUTURO Y CONCLUSIONES SOBRE LOS PROGRAMAS DE GESTIÓN DE ENFERMEDADES

La gestión de enfermedades puede mejorar la

provisión de cuidados si sus limitaciones son honestamente reconocidas y tiene el pleno apoyo de médicos y otros profesionales para aumentar la calidad y mejorar los resultados. Parece una opción basada en el sentido común, la racionalidad y la práctica de la evidencia científica para lograr una provisión eficaz de atención sanitaria. El futuro de la gestión de enfermedades parece optimista y su éxito dependerá en gran medida de que se alcancen los siguientes objetivos:

—Demostrar de una forma ordenada y científica a corto, medio y largo plazo impacto sobre resultados en salud, satisfacción y costes.

—Evidenciar sus ventajas en los sistemas públicos de salud (en calidad, resultados y costes).

—Integrar la atención al paciente con pluripatología en la metodología de la gestión de enfermedades.

—Establecer estándares en sistemas de información integrales para la gestión de enfermedades.

La ausencia de datos concluyentes, especialmente del resultado de su aplicación en sistemas sanitarios públicos como el español, recomienda plantear un acercamiento basado en un análisis previo, sosegado y sistematizado mediante la realización y financiación de experiencias pilotos bien diseñadas.

#### CORRESPONDENCIA:

Enrique Terol García  
Subdirección General de Atención Primaria  
INSALUD  
C/ Alcalá, 56  
28071 Madrid

## *Lecturas y enlaces recomendados*

Bodenheimer T. Disease Management: Promises and Pitfalls. *N Engl J Med* 1999; 340: 1202-5.

Bodenheimer T. Education and debate: Disease Management in the American Market. *BMJ* 2000; 320: 563-5.

Bosanquet N. Disease management: from sand table exercise to local achievement. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 1997; 10/2: 73-5.

Chen A, Brown R, Archibald N, Aliotta S, Fox PD. Best Practices in Coordinated Care. Health Care Financing Administration. Division of Demonstration Programs. 2000 Mar. Contract No.: HCFA 500-95-0048 (04). Se puede consultar en la URL: <http://www.hcfa.gov/ord/coorcare.htm>

Coopers & Lybrand. Commercial responses to a disease oriented market. Strategies for the new customer. En:

[http://www.pwcglobal.com/gx/eng/about/ind/pharm/phpubl\\_disease.html](http://www.pwcglobal.com/gx/eng/about/ind/pharm/phpubl_disease.html).

Dalen J E, Health Care in America. The Good, the Bad, and the Ugly. *Arch Intern Med* 2000; 160: 2573-6.

DeBusk RF, Miller NH, Superko R, Dennis CA, Thomas RJ, Lew HT, et al. A case-management system for coronary risk factor modification after acute myocardial infarction. *Ann Intern Med* 1994; 120: 721-9.

Department of health and human services. Health Care Financing Administration. Medicare Program; Solicitation for Proposals for the Medicare Coordinated Care Demonstration. *Federal Register*: July 28, 2000 (Volume 65, Number 146)[[Notices]][Page 46466-46473]. Se puede consultar en la URL: <http://www.hcfa.gov/ord/coorcare.htm>.

Espinosa C, Muñoz S. Utilidad de la investigación de resultados

- en salud en la atención integral de patologías. En: Badia X, editor. La investigación de resultados en salud. De la evidencia a la práctica clínica. Barcelona: Edimac, 2000; 137-53.
- Greenhalgh T, Herxheimer A, Isaacs AJ, Beaman M, Morris J, Farrow S. Commercial partnerships in chronic disease management: proceeding with caution *BMJ* 2000; 320: 566-8.
- Ginzberg E. Ten encounters with the US health sector, 1930-1999. *JAMA* 1999; 282:1665-8.
- Helwick C. A closer look at disease management. *Physician's Practice Digest*. 2000. En: <http://www.ppdnet.com/content/issues/mayjune00/cover.htm>.
- Hunter D J, Fairfield G. Managed care: Disease management. *BMJ* 1997; 315: 50-3.
- Hunter D J. Disease management: has it a future? *BMJ* 2000; 320: 530.
- Kalo I. Pointing the way for chronic disease care in the new millennium. The St Vincent Action Programme: ten years of saving the lives and reducing the suffering of people with diabetes. WHO Europe. Press release EURO/28/99. Copenhagen, 8 Oct 1999. Se puede consultar en la URL: <http://www.who.dk/cpa/pr99/pr9928e.htm>
- Kleinke J D. Just what the HMO ordered: The paradox of increasing Drug costs. *Health Affairs* 2000; 19: 78-91.
- NCQA announces intention to certify disease management programs. *NCQA News*. Jun 2000. En [http://www.ncqa.org/Pages/Communications/News/disease\\_management.htm](http://www.ncqa.org/Pages/Communications/News/disease_management.htm)
- Novartis. Health and Disease Management. Biblioteca y documentación. En: <http://www.pharma.es.novartis.com/areas/hdm/991001.html>
- Philbin EF. Comprehensive Multidisciplinary Programs for the Management of Patients with Congestive Heart Failure. *J Gen Int Med* 1999; 14: 130-5.
- Plocher DW. Disease Management. In: Kongstvedt PR, editor. *Essentials of Managed Health Care*. 2nd ed. Gathiersburg, Maryland: Aspen Publishers, Inc, 1997; 225-36.
- Rich MW. Heart Failure Disease Management: A Critical Review. *J Car Fail* 1999; 5: 64-75.
- Rich MW, Beckman V, Wittenberg C, Leven CL, Freedland KE, Carney RM. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *N Engl J Med* 1995; 333: 1190-5
- Sackett DL, Rosenberg W Mc, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71-2
- Soumerai S, Ross-Degnan D. Inadequate prescription Drug Coverage for Medicare Enrollees- A Call to Action. *N Engl J Med* 1999; 340: 722.
- The Disease Management Association of America. En: <http://www.dmaa.org/>
- Wagner EH. Chronic Disease Management: What Will It Take to Improve Care for Chronic Illness? *Ef Clin Pra* 1998; 1: 2-4.
- Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing Care for Patients with Chronic Illness. *Mil Quar* 1996; 4: 511-44.
- Wagner EH., Davis C, Schaefer J, Von Korff M, Austin B.A Survey of Leading Chronic Disease Management Programs: Are They Consistent with the Literature? *Man Care Quar* 1999; 7: 56-66.
- West JA, Miller NH, Parker KM, Séneca D, Ghandour G, Clark M, et al. A comprehensive management system for heart failure improves clinical outcomes and reduces medical resource utilization. *Am J Cardiol* 1997; 79: 58-63.
- Zitter M. A new paradigm in health care delivery: Disease Management. Chicago: American Hospital Association Company, 1997.