

La gestión del cuidado de los pacientes con enfermedades crónicas. ¿Hacia el rediseño de los sistemas de salud?

Fernán González Bernaldo de Quirós, Gastón Perman, Esteban Langlois, Silvana Figar, Enrique Soriano, Daniel Luna, Luis Cámara, Marcelo Marchetti y Gabriel Waisman

RESUMEN

En las últimas décadas, diversas causas convergieron en la generación de un sistema de salud cada vez más ineficaz. Consecuentemente cada vez es mayor la insatisfacción de los pacientes, de los prestadores de salud y de los financiadores de esta. Por ello, es imperioso dejar de insistir en un sistema que día a día tiene más exigencias pero no resuelve los problemas de fondo, e intentar rediseñar el sistema de salud actual. En este texto nos concentraremos en analizar los problemas de cobertura insuficiente o incompleta y los de malos resultados de calidad de los sistemas de salud.

Un nuevo paradigma de atención que el Plan de Salud del Hospital Italiano ha adoptado contempla seis pilares para el cambio: 1) Actividades para el automanejo y autocuidado del paciente y su entorno. 2) Sistemas de toma de decisiones, guías clínicas y opiniones de expertos. 3) Recursos comunitarios. 4) Sistemas de información clínica y para el seguimiento de cohortes de enfermos. 5) Cambios organizacionales y rediseño de los sistemas prestacionales. 6) Cambios culturales y financiamiento del sistema de salud.

Nuestra experiencia ha demostrado que dicho cambio de paradigma es mejor no solo desde el punto de vista teórico sino también desde nuestra práctica habitual y nuestra investigación clínica y epidemiológica. Se basa en construir verdaderos equipos en la atención ambulatoria (compuesto por médicos de cabecera, especialistas, enfermeros, asistentes sociales, monitores, educadores y coordinadores del programa). También se basa en la activación de los pacientes para que participen del cuidado, y en la utilización de herramientas informáticas modernas para el cuidado habitual y el seguimiento de los casos de mayor riesgo o mala evolución, en especial para aquellos que no consultan adecuadamente al sistema de salud a fin de ofrecerles el cuidado de sus necesidades y no solo de lo que demandan.

Palabras clave: sistemas de atención de salud, gestión de enfermedades crónicas, enfermedades crónicas, prestación de salud, prestación de salud integrada, reforma del sistema de atención, costos en salud, equipos de salud, administración de sistemas salud.

MANAGING CARE OF CHRONIC DISEASES. TOWARDS HEALTH CARE SYSTEM REDESIGN?

ABSTRACT

In the last decades, different causes have been increasingly influencing the effectiveness and efficiency of the health care system. Consequently, dissatisfaction has grown in patients, health care providers and payers. Thus, it is necessary to stop dealing with a straining system that does not resolve the underlying problems and to try to redesign it. In this essay we focus on the analysis of accessibility problems and bad results in quality of care.

A new paradigm adopted by the Hospital Italiano's Health Care Plan is based on 6 pillars: 1) Activities for self-management and self-care of patients. 2) Clinical decision support systems, clinical guidelines and expert opinions. 3) Community resources. 4) Information and surveillance systems. 5) Organizational changes and redesign of the attention system. 6) Cultural changes and health care system finance.

Our experience shows that this paradigm change is not only better from a theoretical point of view, but also from our daily practice and scientific research. It is based on the development of a multidisciplinary ambulatory team (with primary care physicians, specialists, nurses, social assistants, monitors, educators and program coordinators). Also very important aspects are: patient empowerment and the use of information systems for patient control and surveillance (specially for those who do not assist to routine care or whose chronic diseases have bad evolution) to offer patients what they really need and not only what they demand.

Key words: chronic disease, disease management, delivery of health care, integrated, health care costs, health care teams, health care reform, health services administration

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de salud tienen costos en permanente aumento¹ y esto no siempre se relaciona con mejores servicios o mayor satisfacción de la población. El avance tecnológico (diagnóstico y terapéutico) con verdadero impacto en los resultados médicos y el uso inadecuado de los recursos humanos y materiales (pseudoavances científicos o avances reales pero indicados en escenarios inapropiados), junto al envejecimiento de la población, la institucionalización de los enfermos terminales, la alta prevalencia de enfermedades crónicas y los costos inflacionarios, hacen que el gasto en salud sea cada vez mayor. Por otro lado, los responsables del financiamiento de estos sistemas no suelen lograr optimizar racionalmente el uso de los recursos en función de la problemática asistencial individual (microentorno de la relación médico-paciente). Por lo tanto se toman medidas generales (macroentorno de la gestión de los sistemas de salud) en cuanto a la remuneración del equipo de salud, la amplitud de la cobertura médica y co-pagos, o la aceptación (o no) de los verdaderos avances científicos. Esto nos ha llevado a gastar cada vez más dinero en los sistemas de salud, pero concomitantemente a una creciente insatisfacción de los médicos² y los pacientes³ y un aumento en la proporción del gasto que no se dedica directamente a la atención médica de la población.⁴ Por ello, es imperioso dejar de insistir en un sistema que cada vez tiene más exigencias pero no resuelve los problemas de fondo, e intentar rediseñar el sistema de salud actual.⁵

Si bien el principal problema reside en las condiciones socioeconómicas de la población y en los pacientes que no logran acceder a un sistema que les brinde el cuidado de su salud, este tema no será tratado ya que excede los alcances de este escrito. Por otra parte, los problemas derivados de errores del equipo de salud y de faltas en la seguridad de los pacientes han sido extensamente desarrollados en otros sitios.⁶ En este texto nos concentraremos en analizar los problemas de cobertura insuficiente o incompleta y los de malos resultados de calidad de los sistemas de salud. En función de ello propondremos un modo de enfrentar los problemas actuales, con un rediseño integral de esos sistemas.

RELACIÓN ENTRE EL DISEÑO DE LOS SISTEMAS DE SALUD Y LOS PROBLEMAS DE LA POBLACIÓN

Los sistemas de cobertura médica (gubernamentales, públicos y privados) clásicamente han cumplido con lo que se dio en llamar "el modelo del radar". Es decir, cuando un paciente tiene algún problema o debe cumplir alguna práctica preventiva y se presenta en el sistema prestacional (radar), es rápidamente detectado por este. Una vez reconocido, se lo interviene (y resuelve o no) y el paciente desaparece del radar. En un tiempo variable y dependiendo

de la autodeterminación del paciente (o el entorno), este se vuelve a presentar y es pasible de alguna otra intervención o seguimiento del problema anterior. Según esta lógica, la demanda del paciente es el factor desencadenante del proceso de atención.

Este modelo produjo resultados variables a lo largo del tiempo y fue especialmente útil para el cuidado de las enfermedades agudas, siempre y cuando estas sean fácilmente percibidas por parte de los pacientes. Sin embargo, en las últimas décadas, tuvo serias dificultades para adaptarse a los profundos cambios demográficos y epidemiológicos que ocurrieron.

Si bien las enfermedades crónicas son hoy la causa más común de mortalidad de los países desarrollados, esta epidemia ataca con mayor intensidad a las comunidades de bajos recursos.

La atención de tales enfermedades resulta problemática. Por un lado, los resultados no son satisfactorios y, por el otro, se incrementan los usos del sistema de salud a causa de complicaciones prevenibles.⁷ Adicionalmente, la población con problemas crónicos está insatisfecha con el cuidado que recibe.³

A los fines de este trabajo nos concentraremos en algunas de las enfermedades crónicas más prevalentes, las de mayor impacto en la morbi-mortalidad de la población y las que gracias a su correcto cuidado mejoran (más significativamente) los indicadores de salud.

RESULTADOS MÉDICOS DEL CUIDADO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Las experiencias nacionales e internacionales en el cuidado de estas patologías son decepcionantes. Por ejemplo, los niveles de control comunicados de pacientes con "hipertensión arterial", "diabetes" o "prevención secundaria de enfermedad vascular" en poblaciones no seleccionadas varían entre el 10% y el 40%,^{8,9} independientemente de que la atención de la patología esté a cargo de especialistas o generalistas.¹⁰ Es decir que más de la mitad de los pacientes están mal controlados, lo que aumenta su riesgo de tener complicaciones. Los sistemas de salud (incluso los del Primer Mundo, con buen financiamiento) no han tenido una respuesta eficaz para este grave problema. Valores similares de mal control pueden hallarse en otras patologías crónicas.

¿Cuál es el motivo de esta epidemia de enfermedades crónicas mal controladas? Las respuestas son múltiples ya que seguramente se debe a un fenómeno complejo y multicausal.

Aquí podríamos remarcar las siguientes:

1. Población sin acceso habitual al sistema de salud.
2. Modelo asistencial fragmentado, no proactivo para detectar y prevenir la mala evolución de los enfermos conocidos, inapropiado para el cuidado continuo e in-

capaz de generar los cambios de hábito en la población (modelo del radar).

3. Sistema prestacional adaptado al mal control de las enfermedades (inercia clínica).
4. Enfermedades oligosintomáticas sin detección, o biológicamente agresivas y difíciles de controlar.
5. Pacientes (y entorno) sin introspección del problema o con mala adaptación a él.

Los resultados muestran que el modelo del radar no parece apropiado para brindar un sistema de cuidado continuo y eficaz. En este modelo el paciente consulta cinco a diez veces al año y el resto del tiempo depende de su propio cuidado (para el cual no está preparado adecuadamente). Además, los contactos con el sistema suelen fragmentarse entre los distintos médicos, con mala fluidez de la información y con habitual heterogeneidad de propuestas terapéuticas y objetivos.¹⁰

En la última década se desarrollaron grupos integrales que intentaron comprender, describir y resolver este problema desde una perspectiva abarcativa.^{11, 12} Incluso, se publicaron propuestas de cambio de los modelos prestacionales, algunas de ellas amplias e integrales descriptas como “Modelo para el cuidado crónico”.¹³

IMPACTO Y ESTRATEGIAS PARA EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Hay una vasta evidencia bibliográfica que demuestra la eficacia del tratamiento intensivo para mejorar el control de estas enfermedades y que ese mejor control disminuye los eventos clínicos, la morbimortalidad de la población y los costos del sistema de salud. A pesar de ello, no todos los estudios muestran resultados positivos (en puntos finales clínicos o económicos).¹⁴

Por otro lado, los programas de manejo de enfermedades han demostrado eficacia para mejorar significativamente el control de estas enfermedades en pacientes con diabetes mellitus,¹⁵ depresión,¹⁶ asma,¹⁷ EPOC,¹⁸ prevención secundaria de eventos vasculares,¹⁹ hipertensión arterial,²⁰ insuficiencia cardíaca sistólica,²¹ tabaquismo,²² y adherencia a la terapéutica farmacológica.²³ Sin embargo, las intervenciones que intentaron promover cambios en el estilo de vida y los factores de riesgo,²⁴ mejor cumplimiento de los tratamientos farmacológicos²³ y algunas enfermedades de las previamente citadas²⁵ mostraron resultados contradictorios.

Estos trabajos referidos al manejo de enfermedades son conceptualmente atractivos, pero se deben interpretar con cuidado ya que suelen tener algunos sesgos. Por un lado, el sesgo de selección ya que los pacientes reclutados para evaluar el impacto de estos programas son los que mejor actitud y aptitud tienen para con ellos y no representan al conjunto de la población. Además hay una gran dispersión en el número y la intensidad de las intervenciones

utilizadas en los distintos programas, y una gran variedad de diseños, algunos de los cuales son débiles para mostrar causalidad.²⁶ Por último, muchos de estos trabajos muestran diferencias significativas a los 6 o 12 meses de seguimiento, pero quedan dudas sobre la sustentabilidad en el tiempo de los resultados obtenidos.

Esta orientación hacia el manejo específico de una enfermedad crónica de la mayoría de tales experiencias ignora la complejidad del tratamiento de pacientes con múltiples problemas.²⁷ Las intervenciones así planteadas repiten los problemas del sistema de salud actual al tener un enfoque de “especialista” en el que se implementan tantas intervenciones y cambios organizacionales como problemas tienen los pacientes. Así, las soluciones son muchas veces parciales, se orientan a una sola enfermedad, fragmentan aun más los sistemas prestacionales y los sistemas de información clínica, no se integran con las personas del equipo de salud y no se orientan a los pacientes con múltiples problemas.²⁸

En un estudio comparativo de 72 programas de manejo de enfermedades clasificados como innovadores y eficaces, Wagner y cols.²⁹ concluyen que muchos de estos programas eran deficientes en las intervenciones para lograr el automanejo de pacientes, tenían una mala coordinación con el médico de cabecera y mala identificación de los pacientes de mayor riesgo en los sistemas de información.

El nombre y los métodos con los cuales se reconocen e implementan estos programas en la mayoría de las publicaciones (*disease management* o manejo de enfermedades) refuerzan la idea de que se pueden diseñar e implementar programas para atender un solo problema. Desde nuestra perspectiva, parece más apropiado el nombre de “*chronic patient management*” o “manejo de pacientes con enfermedades crónicas”.

PROPUESTA DE REDISEÑO DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Desde la perspectiva del sistema prestacional es muy importante formar los “grupos de atención primaria para el cuidado de pacientes” con un médico que coordine la asistencia y el resto de los integrantes (enfermeros, técnicos, monitores, otros médicos, educadores, personal administrativo, etc.) con habilidades y tareas específicas.³⁰ Este enfoque para el cuidado de los enfermos crónicos requiere que los miembros del equipo adquieran un nuevo conjunto de habilidades que incluye la capacidad de trabajo en equipo, el compartir responsabilidades en el cuidado de los pacientes (con el mismo paciente y con los miembros del equipo) y participar de un sistema organizado y planificado para la mejora continua de los resultados que tenga políticas proactivas para el manejo de los pacientes de mayor riesgo.³¹

En el Plan de Salud de nuestro hospital, junto a los médi-

cos de atención primaria (médicos de cabecera de adultos) y los especialistas en cada una de las enfermedades, rediseñamos el modelo de atención ambulatoria para algunos problemas crónicos (hipertensión arterial, diabetes, tabaquismo, prevención secundaria de eventos vasculares) con la intención de ir agregando paulatinamente problemas de una manera “modular”. La implementación comenzó en el año 2000 y los ciclos de mejora continúan hasta la fecha. Se implementaron al mismo tiempo sistemas de monitoreo y control de procesos y resultados para evaluar el impacto de los programas haciendo foco en las modificaciones de efectividad (y no tanto eficacia) con impactos poblacionales clínicamente relevantes. Para ello se utilizaron las medidas HEDIS (*Health Plan Employer Data and Information Set*) para la medición de procesos y resultados de la calidad del cuidado médico. También medimos rutinariamente los cambios de la calidad de vida y la calidad de atención percibida por el paciente con el CAHPS (*Consumer Assessment of Health Plan Satisfaction*).

MODELO INTEGRADO PARA EL CUIDADO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Integramos las experiencias publicadas con nuestra propia experiencia,^{20, 32 - 34} y definimos e implementamos seis grupos de intervenciones (que mencionaremos a continuación) en el sistema de cobertura médica para los más de 140 000 socios del Plan de Salud de nuestro hospital en forma distribuida en la región metropolitana de la ciudad de Buenos Aires.

Los objetivos que persigue el rediseño son:

- a. Que los pacientes se focalicen en el cuidado de sus enfermedades, conozcan los objetivos del cuidado y aprendan el uso de herramientas para lograrlos diariamente.
- b. Que se formen verdaderos equipos de trabajo entre los diferentes integrantes de la atención primaria y el cuidado de las enfermedades crónicas tendientes a mejorar los resultados médicos del sistema prestacional y a mejorar la sensación de bienestar en los pacientes y los médicos para con el sistema de salud.
- c. Que el sistema prestacional tenga consensuados los objetivos básicos del cuidado de las enfermedades prevalentes y se comprometa con el cumplimiento de dichos objetivos.
- d. Que el sistema de salud financie los requerimientos para lograr estos objetivos y aporte la infraestructura y la logística correspondientes.

Veamos ahora los seis pilares del modelo integrado para el cuidado de los pacientes con enfermedades crónicas:

1. Actividades para el automanejo y autocuidado del paciente y su entorno

Un aspecto central de esta estrategia es, por un lado, invo-

lucrar a los pacientes y a su entorno y, por otro, dotarlos de herramientas para el control y el autocuidado, aspectos que, en conjunto, denominamos “Activación del paciente”. En pos de estos objetivos se diseñaron actividades grupales e individuales.

Las actividades grupales tienen contenidos comunes a todas las patologías y uno específico orientado a cada una de ellas (diabetes, hipertensión arterial, etc.). Las actividades comunes incluyen tanto las necesidades de información como los mecanismos para activar a los pacientes y ayudarlos a resolver problemas y comunicarse eficazmente con su médico de cabecera priorizando la información que se va a transmitir en las consultas.

Las combinaciones particulares de problemas de cada paciente se abordan en encuentros individuales y con su médico de cabecera y son consideradas por el sistema de vigilancia epidemiológica para el ajuste de riesgo. También se llevan a cabo encuentros individuales para activar a los pacientes que no aceptan participar en actividades grupales.

2. Sistemas de toma de decisiones, guías clínicas y opiniones de expertos

Las metas y objetivos de las intervenciones para cada enfermedad se planifican en reuniones de consenso entre integrantes del programa, médicos de cabecera y especialistas en el tema.

Estas reuniones, al igual que en otras experiencias,³⁵ han servido además para generar el cambio de cultura en los médicos asistenciales y mantener a los médicos con “el foco” sobre los cuidados permanentes y rutinarios que estos pacientes requieren.

3. Recursos comunitarios y grupos focales

Paralelamente a las actividades orientadas a pacientes individualmente o en grupos pequeños, se desarrollan acciones masivas, cuyo alcance es la comunidad en su conjunto, numéricamente de alto impacto y costo-efectivas.³⁶ Estas incluyen, por un lado, acciones permanentes de difusión de la problemática de cada patología y las estrategias de autocuidado, a través de una revista mensual que el Plan de Salud envía a sus socios y del sitio en Internet del Hospital con un portal específico para pacientes “Aprender Salud”, así como también campañas de comunicación en distintos momentos del año (concurso para dejar de fumar, folletería disponible en los distintos ámbitos del Hospital, etc.). Por otro lado, se organizan actividades grupales periódicas (club de diabéticos, actividades físicas, etc.) para acompañar y sostener a los pacientes en los procesos de cambios de hábito.

La identificación de los factores determinantes de las decisiones de cuidado y adherencia (o resistencia) a las intervenciones y a los tratamientos se lleva a cabo mediante

una metodología cualitativa, a través de entrevistas en profundidad y grupos de foco. A partir de este tipo de estudios es posible comprender las creencias de los pacientes respecto de la salud, la enfermedad, el tratamiento y las intervenciones, así como también sus expectativas sobre el sistema de salud y la evaluación del autodesempeño. De esta manera es posible ajustar el diseño de las intervenciones a las perspectivas de los principales destinatarios del programa.

4. Sistemas de información clínica y para el seguimiento de cohortes de enfermos

La creación de una Historia Clínica Electrónica (HCE) en nuestra institución tuvo como uno de sus objetivos fundamentales la conformación de un repositorio de información clínica único y centrado en el paciente.

Una vez identificados correctamente los pacientes, estos son estratificados según sus enfermedades comórbidas y datos atinentes al estado de control de dichas enfermedades mediante reglas para el ajuste de riesgo de las respectivas patologías.³⁷ Dicho reclutamiento y seguimiento se realiza por medio de un programa informático³⁸ que posibilita la creación de listas de vigilancia epidemiológica en forma transversal a los programas.

5. CAMBIOS ORGANIZACIONALES Y REDISEÑO DE LOS SISTEMAS PRESTACIONALES

Uno de los puntos clave en el rediseño del sistema prestacional es modificar la estrategia de cuidado basada en el modelo del radar. Para ello, no solo se debe intervenir a los pacientes que consultan por su cuenta sino intentar detectar, incluir, intervenir y vigilar la evolución de aquellos que no lo hacen, y que de otra forma el sistema desconocería.

En nuestro Hospital, todo paciente que ha sido seleccionado para la lista de vigilancia epidemiológica es pasible de ser intervenido en la estructura especialmente dedicada a tal fin. De los 50 000 pacientes que tienen alguna de las enfermedades crónicas que hemos incluido hasta ahora en el programa, el sistema informático lista en un orden de prioridad a aquellos que por las comorbilidades, mala evolución de las variables de laboratorio o del examen físico o por interpretación de los médicos o de los monitores tienen mayor riesgo de mala evolución y por lo tanto deben ser intervenidos primero.

La interconexión con el sistema de turnos, que integra al hospital central con los 23 centros periféricos, permite detectar por adelantado la asistencia de los pacientes y convocarlos a la consulta con su médico con 15 minutos de anticipación, para ser intervenidos por los monitores del programa. Si el paciente fue incluido en la lista de riesgo y no consulta, se lo contacta telefónicamente y se le asigna un turno para el programa y su médico.

En el consultorio del programa se revisan los parámetros de signos vitales, el cumplimiento de las prácticas recomendadas, se solicitan los estudios que corresponden, se los invita a las actividades grupales y se repasan los distintos objetivos. Toda esta información se vuelca en la HCE para que el médico de cabecera pueda verla con facilidad.

6. Cambios culturales y financiamiento del sistema de salud

A cada médico se le presenta un informe individual en relación con los resultados del cuidado médico de sus pacientes y comparando sus medidas HEDIS con los promedios del grupo (Figura 1). De esta manera se busca lograr una retroalimentación que ayude al mejoramiento continuo de los resultados.

El sistema de salud es el que garantiza el financiamiento del programa a largo plazo y abastece a sus integrantes de todas las soluciones que necesitan

RESULTADOS DE NUESTRO PROGRAMA Y DEL REDISEÑO DEL SISTEMA DE SALUD

Un estudio clínico controlado realizado en 1000 hipertensos de nuestra institución evaluó la eficacia a los 12 meses de este Programa evidenciando una mejora del 20% en el grado de control y una reducción de 11 mm Hg en la presión sistólica en el grupo de hipertensos no controlados.²⁰ Otro ensayo clínico controlado y aleatorizado que efectuamos comparó el grado de control de la presión arterial en ancianos hipertensos utilizando dos estrategias educativas: la que se basa en la proactivación del paciente aplicada en nuestro Programa, y la comúnmente utilizada en otros medios, basada en el cumplimiento por parte del paciente de determinadas indicaciones médicas taxativas. Se observó una mejoría del grado de control de la presión arterial del 22.2% entre ambos grupos a favor de la estrategia proactiva de nuestro programa, con una razón de odds ajustada a otras variables de 3.7.³⁹

Por otro lado, en un estudio de cohorte de ancianos afiliados al Plan de Salud de nuestra institución, se comparó el riesgo de presentar un evento cardiovascular en un grupo de pacientes hipertensos expuestos a nuestro programa comparado contra otro de no hipertensos. Luego de un análisis multivariado que ajustaba por otros factores de riesgo, se observó que la hipertensión arterial cuidada bajo estas pautas especiales no se asociaba a mayor número de eventos. Esto puede deberse al buen control de la presión arterial que tienen nuestros pacientes.⁴⁰

Por último, en un ensayo clínico controlado aleatorizado simple ciego que realizamos, con el fin de evaluar el efecto de un grupo multidisciplinario en la utilización de recursos y satisfacción de pacientes policonsultores,⁴¹ al final del estudio, los pacientes del grupo intervención

tuvieron significativamente menos internaciones que los pacientes del grupo control (RR: 0.47 IC 95%: 0.3-0.7) y menor número de prácticas realizadas (media de 1.70 prácticas/paciente/mes vs. 2.15 $p=0.02$), mientras que no hubo diferencias en las visitas médicas y utilización de fármacos. Estos resultados son concordantes con estudios similares que mostraron que este tipo de intervenciones puede reducir el número de internaciones sin reducir el número de consultas médicas, probablemente disminuyendo las internaciones evitables o innecesarias.

CONCLUSIÓN

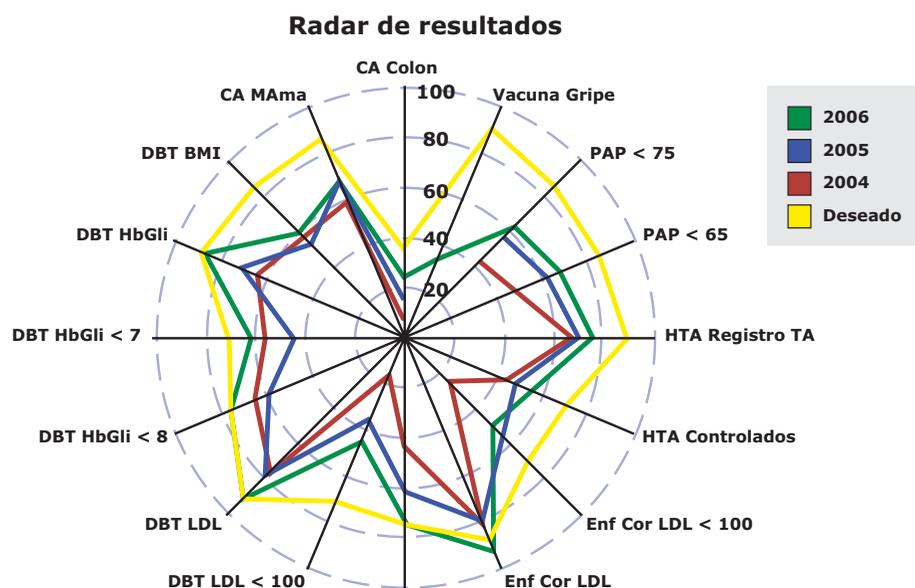
Existe un permanente aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas en la población, las cuales son responsables hoy del 70% de las causas de morbilidad y de los costos de los sistemas de salud. Los sistemas prestacionales no están diseñados adecuadamente para atender estas enfermedades y, en consecuencia, los pacientes tienen un muy mal control de ellas, además de una enorme insatisfacción, junto con la de los médicos y demás integrantes del equipo de salud. La mejoría en el control de estas patologías trae como consecuencia una disminución de la morbilidad de la población y probablemente de los costos del sistema. Debido a que los proyectos de cuidado integral mejoran el grado de control, se han implementado y publicado un gran número de experiencias orientadas al

mejor manejo de aquellas. Estos proyectos incluyen intervenciones en el ámbito gubernamental, de la organización de los sistemas de salud, de la cultura y procesos del nivel prestacional y de la correcta interpretación y manejo del nivel de la persona y su entorno.

Por lo tanto, proponemos un rediseño integral de los sistemas de salud, orientándolos al cuidado de la salud y el cumplimiento de prácticas preventivas, el cuidado de los problemas agudos y crónicos en el ambulatorio y el cuidado en la internación. Este modelo debe planificarse procurando la integración de los procesos, los sistemas de información y la participación de los distintos integrantes del sistema de salud incluidos los propios pacientes.

Presentamos aquí la experiencia adquirida en la implementación de un programa complejo de control de enfermos con problemas crónicos en el terreno real. Está orientado a las personas y no a sus patologías. Agrega intervenciones por enfermedad de una manera modular e integrada con el sistema prestacional. Se basa en construir verdaderos equipos en la atención ambulatoria, activando a los pacientes para que participen del cuidado y utilizando herramientas informáticas modernas para el cuidado habitual y el seguimiento de los casos de mayor riesgo o mala evolución, en especial para aquellos que no consultan adecuadamente al sistema de salud a fin de ofrecerles el cuidado de sus necesidades y no solo de lo que demandan.

Figura 1. Este gráfico (llamado radar por su forma, no por el "sistema de salud tipo radar") muestra los resultados de determinados indicadores HEDIS (*Health Plan Employer Data and Information Set*) del Plan de Salud del Hospital Italiano. Tiene 16 ejes que conforman los radios del círculo. Cada uno representa un indicador, con una escala porcentual que va desde 0 (en el centro) a 100 (en la periferia). En distintos colores se representan los resultados de los años 2004 a 2006. En amarillo se grafican los resultados deseados (objetivos planteados). Cada eje es independiente del resto; sin embargo, para facilitar su comprensión se unen los puntos del mismo año con un único color. Puede apreciarse cómo, en la mayoría de los casos, se fueron mejorando los resultados hasta acercarse a los objetivos o alcanzarlos. CA, cáncer; PAP, Papanicolau; HTA, hipertensión arterial; TA, tensión arterial; DBT, diabetes; HbGlic, hemoglobina glicosilada; BMI, índice de masa corporal; LDL, lipoproteínas de baja densidad.



REFERENCIAS

1. Iglehart JK. Revisiting the Canadian health care system. *N Engl J Med*. 2000;342(26):2007-12.
2. Blendon RJ, Schoen C, Donelan K, et al. Physicians' views on quality of care: a five-country comparison. *Health Aff (Millwood)*. 2001;20(3):233-43.
3. Blendon RJ, Schoen C, DesRoches C, et al. Common concerns amid diverse systems: health care experiences in five countries. *Health Aff (Millwood)*. 2003;22(3):106-21.
4. Woolhandler S, Himmelstein DU. Resolving the cost/access conflict: the case for a national health program. *J Gen Intern Med*. 1989;4(1):54-60.
5. Morrison I, Smith R. Hamster health care. *BMJ*. 2000;321(7276):1541-2.
6. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington, D.C.: National Academy Press; 2000.
7. Fried LP, Kronmal RA, Newman AB, et al. Risk factors for 5-year mortality in older adults: the Cardiovascular Health Study. *JAMA*. 1998;279(8):585-92.
8. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, et al. Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review. *J Hypertens*. 2004;22(1):11-9.
9. Saydah SH, Fradkin J, Cowie CC. Poor control of risk factors for vascular disease among adults with previously diagnosed diabetes. *JAMA*. 2004;291(3):335-42.
10. Hunter DJ. Getting a grip on clinical variations in hospital services. *BMJ*. 2004;328(7440):610.
11. Lewis R, Dixon J. Rethinking management of chronic diseases. *BMJ*. 2004;328(7433):220-2.
12. Dixon J, Lewis R, Rosen R, et al. Can the NHS learn from US managed care organisations? *BMJ*. 2004;328(7433):223-5.
13. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA*. 2002;288(15):1909-14.
14. Ebrahim S, Smith GD. Systematic review of randomised controlled trials of multiple risk factor interventions for preventing coronary heart disease. *BMJ*. 1997;314(7095):1666-74.
15. Task Force on Community Preventive Services. Recommendations for healthcare system and self-management education interventions to reduce morbidity and mortality from diabetes. *Am J Prev Med*. 2002;22(4 Suppl):10-4.
16. Unützer J, Katon W, Callahan CM, et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2002;288(22):2836-45.
17. Jowers JR, Schwartz AL, Tinkelman DG, et al. Disease management program improves asthma outcomes. *Am J Manag Care*. 2000;6(5):585-92.
18. Bourbeau J, Julien M, Maltais F, et al. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Arch Intern Med*. 2003;163(5):585-91.
19. Fonarow GC, Gawlinski A, Moughrabi S, et al. Improved treatment of coronary heart disease by implementation of a Cardiac Hospitalization Atherosclerosis Management Program (CHAMP). *Am J Cardiol*. 2001;87(7):819-22.
20. Figar S, Waisman G, De Quiros FG, et al. Narrowing the gap in hypertension: effectiveness of a complex antihypertensive program in the elderly. *Dis Manag*. 2004;7(3):235-43.
21. Whellan DJ, Gauden L, Gattis WA, et al. The benefit of implementing a heart failure disease management program. *Arch Intern Med*. 2001;161(18):2223-8.
22. Fortmann SP, Taylor CB, Flora JA, et al. Changes in adult cigarette smoking prevalence after 5 years of community health education: the Stanford Five-City Project. *Am J Epidemiol*. 1993;137(1):82-96.
23. Haynes RB, McDonald H, Garg AX, et al. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002(2):CD000011.
24. Ashenden R, Silagy C, Weller D. A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice. *Fam Pract*. 1997;14(2):160-76.
25. Weinberger M, Murray MD, Marrero DG, et al. Effectiveness of pharmacist care for patients with reactive airways disease: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2002;288(13):1594-602.
26. Wilson T, MacDowell M. Framework for assessing causality in disease management programs: principles. *Dis Manag*. 2003;6(3):143-58.
27. Redelmeier DA, Tan SH, Booth GL. The treatment of unrelated disorders in patients with chronic medical diseases. *N Engl J Med*. 1998;338(21):1516-20.
28. Todd WE, Nash DB. Disease management: a systems approach to improving patient outcomes. Chicago: American Hospital Pub.; 1997.
29. Wagner EH, Davis C, Schaefer J, et al. A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Manag Care Q*. 1999;7(3):56-66.
30. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ*. 2000;320(7234):569-72.
31. Larson EB. General internal medicine at the crossroads of prosperity and despair: caring for patients with chronic diseases in an aging society. *Ann Intern Med*. 2001;134(10):997-1000.
32. Cavallieri L, Petrlik E, Beratarrechea A, et al. Secondary Prevention Stroke Program. Efficacy study. Abstracts from the Proceedings of the XIth Scientific Meeting of Argentine Society of Arterial Hypertension. *Clin Exp Hypertens*. 2005;27:313-29.
33. Borbolla D, Giunta D, Figar S, et al. Effectiveness of a chronic disease surveillance systems for blood pressure monitoring. *Stud Health Technol Inform*. 2007;129(Pt 1):223-7.
34. Schoj V, Saimovici J, Vidal F, et al. Multicomponent Intensive Group Therapy (MIGT) for smoking cessation in Argentina: the effectiveness of a "real world" program. Trabajo presentado en: The 13th World Conference on Tobacco or Health; 2006 July 12-15; Washington, DC, USA.
35. Curry SJ. Organizational interventions to encourage guideline implementation. *Chest*. 2000;118(2 Suppl):40S-6S.
36. Bains N, Pickett W, Hoey J. The use and impact of incentives in population-based smoking cessation programs: a review. *Am J Health Promot*. 1998;12(5):307-20.
37. Selby JV, Karter AJ, Ackerson LM, et al. Developing a prediction rule from automated clinical databases to identify high-risk patients in a large population with diabetes. *Diabetes Care*. 2001;24(9):1547-55.
38. Gonzalez Bernaldo de Quiros F, Dawidowski A, Baum A, et al. Medical program administrator: a study and functional analysis of software for follow-up and control of a patient population with chronic diseases [abstract]. *Technol Health Care*. 2004;12(5):369.
39. Figar S, Galarza C, Petrlik E, et al. Effect of education on blood pressure control in elderly persons: a randomized controlled trial. *Am J Hypertens*. 2006;19(7):737-43.
40. Díaz J, Achilli F, Figar S, et al. Prevención de eventos cardiovasculares en hipertensos mayores de 65 años bajo el cuidado de un programa de control. Estudio de cohorte. *Am Med Interna (Madrid)*. 2005; 22(4):167-71.
41. Soriano ER, Michelangelo HG, O'Flaherty ME, et al. La intervención con programas específicos disminuye la utilización de recursos médicos en pacientes policonsultadores. *Nexo Rev Hosp Ital B Aires*. 2000;20(1):3-9.