

# Gestión de Patologías en un Programa Integrado de Gestión de Salud

Mir Devant L

Especialista en Obstetricia y Ginecología. Diplomado en Gestión Hospitalaria. PAMEM.  
emir@pamem.org

Picas Vidal JM

Especialista en Medicina Interna. Diplomado en Gestión Sanitaria. Director Asistencial. PAMEM.  
jpicas@pamem.org

Abizanda M

Médico de Atención Primaria. Coordinadora Asistencial del Programa Integrado de Salud. PAMEM.  
mabizanda@pamem.org

## Resumen

Se pretende dar a conocer la experiencia de PAMEM (Instituto de Prestaciones de Asistencia Médica al Personal Municipal), mutua sanitaria pública dedicada a la asistencia primaria de un colectivo de 28.000 personas y con una larga tradición en la utilización de sistemas de información, en la puesta en marcha de un sistema integrado de gestión de patologías.

Se describen primero las bases conceptuales del proyecto, aplicando el concepto de "gestión del conocimiento" al entorno sanitario. Se detallan todas las especificaciones técnicas (hardware, desarrollo de un soporte informático, soportes de software utilizados) y se hace especial hincapié en el desarrollo y aplicación de guías de práctica clínica con metodologías de consenso.

Se enumeran y describen los subprogramas complementarios: Gestión de la prescripción, gestión de casos y técnicas de comunicación bidireccional con usuarios y profesionales, mediante mensajes SMS y/o WAP, y desarrollo de una intranet. Asimismo, se ha desarrollado una historia clínica personal en soporte Web, accesible a los usuarios y se ha puesto en marcha un "call center" y una web informativa general para potenciar la comunicación bidireccional.

Finalmente, se comentan los resultados obtenidos en un primer análisis al cabo de casi dos años de puesta en marcha y funcionamiento, y se plantean una serie de ideas-clave para la discusión.

*Palabras Clave:* Gestión del conocimiento. Gestión de patologías. Guías de práctica clínica.

## ***Disease Management in a Integrated Delivery System***

### **Abstract**

Aim is to make experience of PAMEM known; a public health insurer geared to primary health care of a collective group of 28,000 people and having a long tradition in the use of information systems, in launching of an integrated system in disease management.

Conceptual foundations of the project are firstly described, applying the concept of "knowledge management" to health environment. All technical specifications are listed (hardware, development of informatic support and software supports used) and special emphasis is placed on development and application of clinical practice guidelines using methodologies of consensus.

Complementary subprogrammes are listed and described: pharmaceutical management, case management and bi-directional communication techniques with users and professionals, via SMS a/o WAP messages, and development of an intranet. Likewise, a personal health records in Web format has been developed, accessible to all users, a "call centre" has been launched as well as a general informative web to strengthen bi-directional communication.

Finally, results obtained in first analysis at the end of a two-year launching and functioning period are commented on, and a series of key-ideas are established for discussion.

*Keywords:* Knowledge management. Disease management. Clinical guidelines.

### **Introducción**

El proyecto que se describe se ha llevado a cabo en PAMEM, Organismo autónomo del Ayuntamiento de Barcelona, adscrito al Consorcio Sanitario de Barcelona, creado en 1950 y que proporciona la cobertura integrada de servicios sanitarios a los funcionarios del citado Ayuntamiento y sus familiares, unas 29.000 personas distribuidas en el entorno urbano de Barcelona. La institución cubre directamente la asistencia primaria y la especializada extrahospitalaria, posee una estructura de prestación farmacéutica propia y concierne la asistencia hospitalaria, principalmente con los hospitales municipales (H. del Mar). Se trata en

resumen de una mutua sanitaria pública, organizativamente similar a un "Integrated Delivery System", siguiendo el modelo conceptual de las H.M.O. o de las "Managed Care Organizations".

Desde hace quince años, la entidad dispone de una base de datos poblacional individualizada, con un identificador personal (tarjeta sanitaria) que ha generado un registro longitudinal de prestaciones económico-asistenciales informatizado y por paciente, y dispone también de un sistema de gestión de datos como soporte a la toma de decisiones. Durante los últimos años se evidenció la necesidad de emprender nuevas estrategias de ges-

tión del continuum asistencial, con la pretensión básica de disponer y compartir una información flexible, adecuada y adaptada a los usuarios, profesionales y gestores.

Como empresa pública, y por encargo específico del CatSalut (Servicio Catalán de Salud) PAMEM gestiona también, directamente o a través de asociaciones de profesionales, dos áreas básicas de salud en la ciudad de Barcelona, y está iniciando el proceso para gestionar otras dos antes de final del año 2002. Este hecho refuerza la necesidad de contar con una estructura eficiente de información y gestión.

Con el objetivo de facilitar la comprensión de los distintos aspectos de los programas de gestión de enfermedades, se describe el proyecto desarrollado en PAMEM durante los últimos cuatro años.

Tras contextualizar el proyecto y comentar los aspectos conceptuales que soportan su desarrollo, se comenta la metodología aplicada, la priorización realizada y los distintos subproductos obtenidos.

Se finaliza, con el objetivo de centrar el debate, en una primera aproximación a los resultados obtenidos con el fin que puedan facilitar futuras líneas de análisis y discusión.

## Métodos

### 1. Bases conceptuales del proyecto

#### 1. La gestión del conocimiento

##### 1.1. Aspectos conceptuales generales

La mejor síntesis de este concepto seguramente es la elaborada por Marshall, Prusck y Shpilberg, que la definen como: *la conversión de los activos hu-*

*manos en activos empresariales.* Los mismos autores amplían este concepto como: "La tarea de reconocer un activo humano enterrado en las mentes de las personas y convertirlo en un activo empresarial al que puedan acceder y ser utilizado por un mayor número de personas, de cuyas decisiones dependa la empresa"<sup>1</sup>.

También la aportación de Sabino Azúa es significativa: "La gestión del conocimiento y el cambio van unidos. No existe un aprendizaje sin cambios en los comportamientos de las personas y de las organizaciones"<sup>1</sup>.

Finalmente Carlos Obeso nos define los factores que ayudan al éxito en los proyectos de gestión del conocimiento<sup>1</sup>:

1. Cultura orientada al conocimiento.
2. Dotarse de una infraestructura tecnológica adecuada y estandarizada.
3. Proyectos ligados a la estrategia de empresa.
4. Armonización del lenguaje empleado.
5. Sistemas de recompensa adecuados.
6. Crear una estructura de conocimiento. Creación de un thesaurus.
7. Utilizar muchos canales de transmisión del conocimiento.

##### 1.2. La gestión del conocimiento y el entorno sanitario

El factor conocimiento y experiencia reside en un conjunto de profesionales, que hasta este momento lo han obtenido gracias al acceso a la información obtenida en soporte papel y de la experiencia propia o que sus colegas les han transmitido.

La cantidad de recursos humanos empleados en el sector sanitario (y sus costes) es muy superior a la empleada en otros sectores empresariales en general y en especial en el sector industrial y productivo. La progresiva introducción de la robotización en otros sectores aparece sólo tímidamente en la industria sanitaria...

En la industria sanitaria, la documentación de las imágenes, los flujos de trabajo, los sistemas de soporte a la toma de decisiones y la historia clínica informatizada en sus distintas soluciones actuales, podrían ser consideradas como integrantes sólo iniciales y parciales de un sistema de gestión del conocimiento, por lo que es necesario todavía realizar importantes esfuerzos para conseguir trasladar a nuestro entorno la aproximación global a la gestión del conocimiento.

## 2. El continuum asistencial

Es una visión global e integrada del conjunto de situaciones diferentes en las que se encuentran las personas, sanas o enfermas, en un momento determinado, que permite realizar un abordaje táctico y una utilización de recursos eficientes en cada situación<sup>2</sup>.

La relación entre población y coste sanitario y el impacto de las distintas actuaciones sanitarias nos introducen el marco en el que deberán establecerse los distintos abordajes para conseguir los mejores resultados en un entorno más global de prestación de servicios de salud<sup>3</sup>.

Las figuras 1 y 2 suministran, de forma esquemática, un diseño muy claro de las relaciones entre los ítems que se citan en el párrafo anterior.

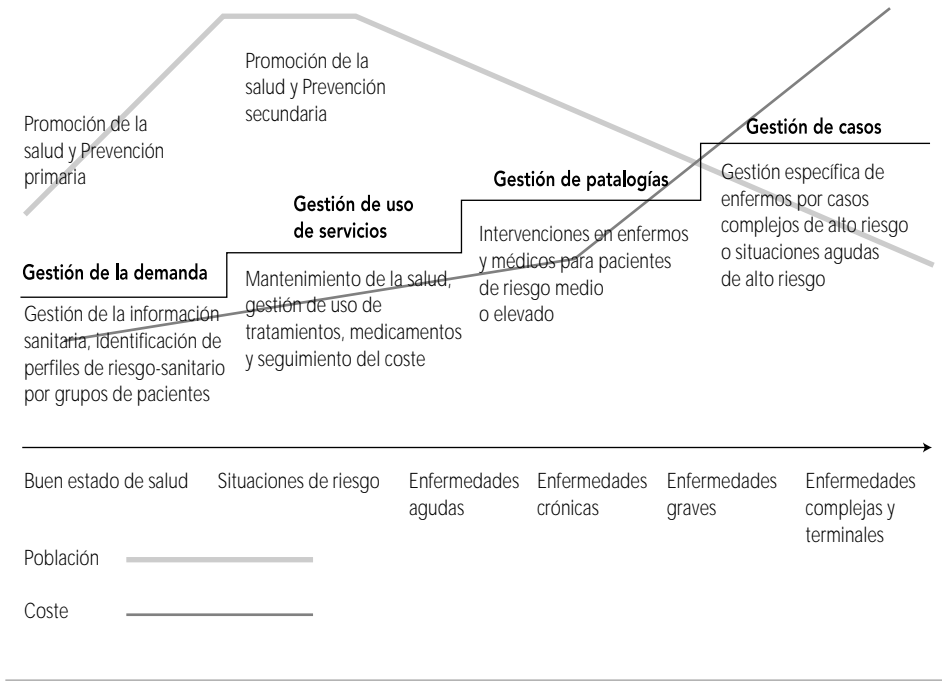


Fig. 1: Gestión del continuum asistencial

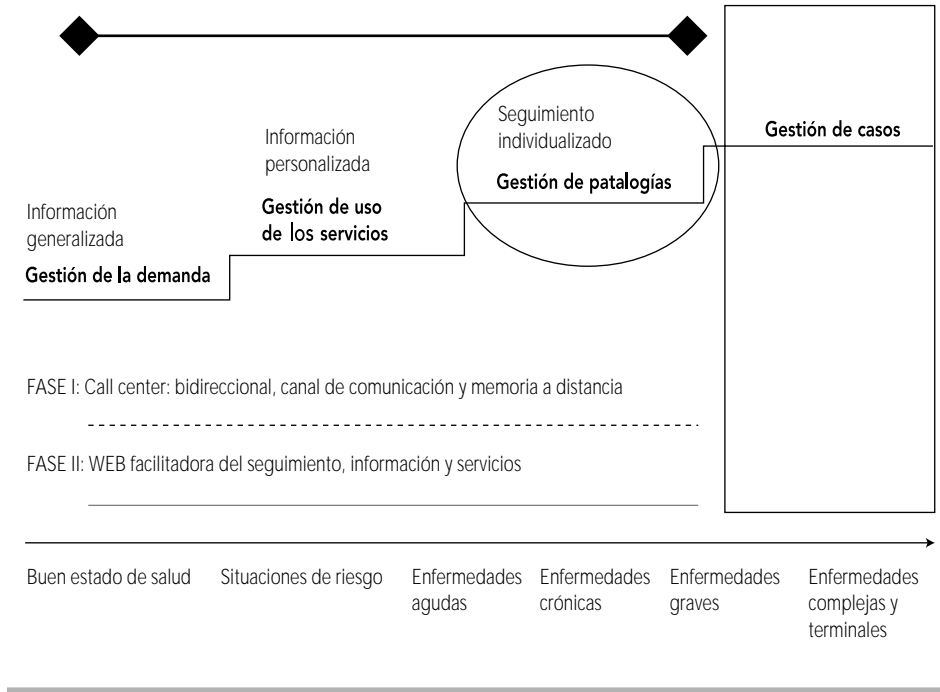


Fig. 2: Gestión del continuum asistencial

### 3. Ámbito de desarrollo del proyecto

Se ha centrado en realizar una actuación en el entorno de la asistencia primaria, en coordinación con la hospitalaria; en concreto en la gestión integrada de las patologías geriátricas más prevalentes, con el objetivo de mejorar los resultados clínicos, la satisfacción de los pacientes y disminuir, si es posible, los costes de las prestaciones sanitarias. El proyecto integra una historia clínica personal en un sistema Web a través de Internet y un call center para los pacientes, conjuntamente con una intranet y una base de conocimiento clínico compartido para los profesionales sanitarios. La población diana son los afiliados mayores de 60 años, unas 7.000 personas. En una segunda fase, ya iniciada en la actualidad, el proyecto

se hará extensivo a la totalidad de los afiliados mayores de 18 años, adaptando las guías existentes y desarrollando las guías nuevas que se precisen.

### 4. Características

El proyecto se inició durante el primer semestre de 1998 y se ha realizado en colaboración con la empresa MEDCO, división de gestión sanitaria del grupo Merck Sharp & Dohme, contando también con una estrecha relación con el Hospital del Mar, de Barcelona, y la Unidad Geriátrica del Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria, de la misma ciudad.

Para el desarrollo de la base de conocimiento y la intranet se ha utilizado la plataforma Lotus Notes y para la Web, el lenguaje XML.

Actualmente están conectados en red un total de 19 facultativos de atención primaria (15 de ellos en consultorios propios y conectados mediante líneas RDSI), 20 especialistas extrahospitalarios, 6 geriatras en el Centro Geriátrico Municipal y consultas externas del hospital del Mar, 10 enfermeras de PAMEM, 8 administrativas de atención al público y 5 personas con funciones de gestión. La utilización de la aplicación es exhaustiva en todas las consultas.

#### 4.1. Guías de Práctica Clínica

El proyecto se ha basado en la utilización de metodologías de consenso para la aplicación de guías de práctica clínica, para las patologías más prevalentes. Partiendo de las guías existentes, especialmente las elaboradas por la "Agency for Healthcare Research and Quality" y de sociedades científicas de nuestro entorno, se ha realizado la revisión de las últimas versiones por parte de médicos de atención primaria de PAMEM y de especialistas expertos sobre la patología, muchos de ellos pertenecientes al Hospital del Mar o al propio PAMEM.

En total se han elaborado 18 guías. Están publicadas en la intranet y se procede a su actualización continua y a su introducción progresiva en el aplicativo, a partir de "Clinical Care Pathways" elaboradas en las reuniones de consenso que son trasladadas a un aplicativo informático diseñado exclusivamente para el proyecto, y bautizado como CLASS-HM ("Clinical Administration Support System-Health Management")

Además de las patologías prevalentes se ha elaborado una guía de evaluación geriátrica integral, que es un método de diagnóstico multidimensional para determinar, en personas de edad avanzada, sus capacidades y

problemas sanitarios, psicosociales y funcionales.

Se ha facilitado información escrita de introducción al programa a los pacientes y se han efectuado reuniones abiertas con grupos de usuarios con una asistencia final de unas 400 personas.

#### 4.2. Subprogramas

Dentro de este marco se han desarrollado un conjunto de subprogramas complementarios. Como ejemplo citaremos:

Programas de gestión de la prescripción y revisión de la utilización de exploraciones diagnósticas y otras prescripciones terapéuticas, con el objetivo de mejorar los hábitos prescriptores de los profesionales sanitarios en especial en las enfermedades de larga duración y/o elevado coste.

El programa de gestión de casos, coordinado por personal de enfermería con el objetivo de proporcionar la alternativa asistencial más eficiente a un grupo de pacientes con necesidades de atención sanitaria y social complejas y superiores a la media poblacional.

Programa de accesibilidad a profesionales sanitarios y pacientes con el objetivo de facilitar un canal de comunicación bidireccional continuo, utilizando inicialmente la mensajería SMS y posteriormente tecnología WAP. (Como ejemplo, podemos mencionar que las solicitudes de visita domiciliar se comunican a los médicos por vía de mensaje telefónico escrito, desde la central telefónica de la institución).

### 5. Historia Clínica Personal

Se ha elaborado en soporte Web una historia clínica personal ("Personal Health Record"). Permite al paciente introducir información sanitaria confec-

cionando su propia anamnesis clínica, introducir signos y síntomas de sus enfermedades crónicas para facilitar su seguimiento por parte de personal sanitario, acceder a diagnósticos y tratamientos establecidos para sus enfermedades y consultar información complementaria sobre hábitos de vida saludable. También disponen de una línea telefónica de acceso gratuito a los servicios de la entidad, con un call center que también realiza llamadas de seguimiento a las recomendaciones de las guías.

En la Figura 3 se reproduce una de las pantallas iniciales de la HCP.

## Resultados

### Situación actual

El porcentaje de adscripción voluntaria y por escrito al programa es del 75% de la población diana.

Desde hace casi dos años disponemos de tres guías informatizadas (artrosis, dislipemias, insuficiencia cardíaca), así como tres guías de referencia (antibióticos, antihipertensivos, antidepresivos) las cuales son actualizadas en nuestra intranet. El profesional sanitario dispone asimismo de un soporte técnico ante cualquier duda o incidencia. Está prevista la incorporación de nuevas guías al aplicativo informático a un ritmo de cinco a seis por año.

Está iniciada la extensión del programa a todos los pacientes mayores de 18 años, así como la implantación del mismo en los demás centros de primaria que dependen de nuestra institución. Nuestra previsión es que en el bienio 2002-2003, se haya hecho extensivo el sistema de gestión integrada a un colectivo de unos 100.000 usuarios de asistencia primaria en la ciudad de Barcelona.



Fig. 3: Pantalla de la historia clínica personal

## Resultados en Insuficiencia Cardíaca

De las guías implementadas hemos iniciado la investigación de resultados en la Insuficiencia cardíaca debido a que se trata de un problema sanitario de primera magnitud, constituye una de las principales causas de hospitalización, produce un elevado gasto sanitario y se trata de un síndrome final en el que convergen múltiples cardiopatías.

En el momento que realizamos el punto de corte disponíamos de 90 pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca incluidos en el Class-HM, de los cuales hemos verificado el diagnóstico en 42 hasta el momento. Paralelamente se ha iniciado, hace unos meses, para estos pacientes un programa de gestión de casos, cumpliendo los requisitos de inclusión 25 en la actualidad.

En el programa de gestión de casos, la enfermera gestora de casos, entre otras funciones, evalúa individualmente las demandas y necesidades del paciente y realiza un control y seguimiento de la evolución del mismo. Algunos de los resultados iniciales de que disponemos nos indican que, entre otros ítems evaluados, un 57% de pacientes conoce la patología, un 90% cumple el tratamiento, un 80% cumple la dieta indicada, un 66% tienen una buena auto percepción de salud.

Por lo que se refiere al impacto sobre la utilización de servicios un primer análisis comparativo después del primer año de implantación podemos detectar, coincidiendo con los datos publicados en la literatura internacional, que se ha producido un descenso en las hospitalizaciones por descompensaciones de la I.C. un menor número de urgencias hospitalarias y de atención primaria y un aumento del uso de los servicios de atención primaria.

Se ha podido evidenciar también un aumento en la prescripción de IECAs (primera opción en la guía) y un descenso en la de calcio-antagonistas.

En conclusión, una atención y gestión personalizada realizada cuando es posible "a distancia", junto con la voluntad de introducir la cultura de la evaluación, permite una flexibilización en el uso de los recursos económicos y humanos de acuerdo con las necesidades y abre un amplio espacio a la innovación y a la gestión del conocimiento corporativo junto con unos esperanzadores resultados en cuanto a la eficiencia de los servicios sanitarios.

En la Tabla 1 presentamos una comparación de costes (en pesetas) en el mismo grupo de pacientes con Insuficiencia Cardíaca entre el año 2000 (sin usar guías de práctica clínica) y el 2001 (usando la guía). La columna del final compara en porcentajes el coste de esos pacientes con el del total de los

**Tabla 1: Impacto en los costes de los servicios de atención hospitalaria en pacientes con I.C. post-intervención**

	2001	2000	2001/2000(%)	Total PAMEM(%)
Coste ing. hosp.	71.497	71.447	0,1	14,7
Coste cons. hosp.	4.560	3.050	49,5	-9,8
Coste urgencias	2.002	3.719	-46,2	-0,5
<b>TOTAL</b>	<b>78.059</b>	<b>78.216</b>	<b>-0,2</b>	<b>6,6</b>



pacientes de PAMEM. No se tuvo en cuenta el IPC.

Llama la atención la gran disminución de costes en atención urgente en hospitales, que concuerda con los resultados de otros estudios similares, en pacientes con la misma patología.

## Discusión

La provisión integrada de servicios sanitarios exige un nuevo enfoque en el momento de plantearse las actuaciones de los distintos profesionales que actúan en el sector sanitario.

En el momento actual cualquier actuación sanitaria debe de tener presente la capacidad de información y conocimiento de los clientes/pacientes, que deben estar cada vez más y mejor informados y conscientes de las distintas alternativas preventivas, diagnósticas y terapéuticas.

La experiencia en la utilización de estrategias de marketing en otras empresas del sector servicios debe de ser aprovechada por el sector sanitario.

Debe de disminuirse la variabilidad en la praxis sanitaria en especial en el sector médico y de enfermería, y más en aquellas actuaciones en las que existe suficiente evidencia sobre cómo deben ser abordadas.

La progresiva introducción de la informatización debe dirigirse ante todo a sustituir procesos burocráticos repetitivos en los que la intervención del factor humano no aporta ningún valor añadido y contribuye al deterioro de la función profesional.

Debe iniciarse el camino hacia una redefinición de las funciones de los

profesionales sanitarios y quizá en algunos casos una "refundación" de éstas con el objetivo de conseguir una mejor adaptabilidad a las exigencias del entorno.

Uno de los objetivos del uso de la información sanitaria debe de ser el de posibilitar la evaluación de las actuaciones realizadas con el objetivo de alcanzar el máximo nivel de eficiencia.

La actuación sanitaria en solitario está llamada a desaparecer y cada vez debe primar más la cultura del trabajo en conjunto, interdisciplinario y consensuado, con el objetivo de obtener los mejores resultados de salud en los clientes/pacientes.

## Citas Bibliográficas

1. Güell Antoni M, Albert J, Azúa S, Bautista E, Boisot M, Corbí M, Lövingsson F, Obeso C, Pérez J, Råbsmen M, Raich, M, Roos G, Rylander A, Soler C, Homo faber, homo sapiens. La gestión del capital intelectual. Barcelona. ESADE, 1999.
2. Couch, J.B. The physician's guide to disease management. Gaithersburg Maryland. Aspen Publishers, Inc. 1997.
3. Calkins E, Boulton ©, Wagner E, Pacala J, New ways to care for older people. New York, NY. 1999.
4. C. Mullahy. The case manager's handbook. Gaithersburg Maryland. Aspen Publishers, Inc. 1995.
5. Escarce J. Physician-System Alignment: Commitment, Incentives and Care Management Practices. Medical Care. 2001, 39: 7.

