

Gestión de enfermedad: definiciones, dificultades y futuras direcciones¹

Alison Pilnick²
Robert Dingwall³
Ken Starkey⁴

Resumen

La última década ha sido testigo de una amplia gama de experimentos de reforma de la atención sanitaria encaminados a frenar los costos y promover la eficacia. En los EEUU la atención gerenciada y la gestión de enfermedad han sido importantes estrategias al

Palabras clave

Programas de atención gerenciada/organización y administración; Gestión de enfermedad; Reforma de la atención médica; Industria farmacéutica; Rol del médico; Farmacéuticos; Libertad de elección del paciente.

Keywords

Managed care programs/organization and administration; Disease management; Health care reform; Drug Industry; Physician's role; Pharmacists; Patient freedom of choice.

1. Traducido de "Disease management; definitions, difficulties and future directions". *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79 (8): 755-763.

2. Genetics and Society Unit, School de Sociology and Social Policy, University of Nottingham, Inglaterra.

3. Genetics and Society Unit, School de Sociology and Social Policy, University of Nottingham, Inglaterra

4. Business School, University of Nottingham, Inglaterra.

Introducción

Las iniciativas de política pública orientadas a contener costos están redefiniendo los límites y la economía de la atención médica en la mayoría de los países de la OCDE. Las reformas específicas difieren de país en país, pero sus presiones subyacentes requieren de los sistemas de atención médica llegar a confraternizar con realidades de mercado y la necesidad de justificar la intervención médica sobre las bases de eficacia y eficiencia (Boscheck, 1996). La atención gerenciada (*managed care*) ha entrado en el léxico de la reforma de la atención médica, pero la confusión y la ignorancia rodean su significado y propósito (Fairfield, 1997).

EEUU y la mayor parte de Europa, incluyendo el Reino

servicio de ese empeño, y se ha alegado que de su evidente éxito se derivan grandes repercusiones para la reforma en otros países, pero en este artículo nos preguntamos si esas estrategias son en efecto tan fácilmente exportables. Describimos los conceptos implicados y el desarrollo de los programas de atención gerenciada y gestión de enfermedad en el entorno de los EEUU. Se identifican y discuten los componentes de la gestión de enfermedad y se examina ésta desde la perspectiva de las principales partes interesadas en el Reino Unido, señalándose las diferencias entre los modelos de atención sanitaria del Servicio Nacional de Salud británico y de los EEUU. Se hace un análisis de las evaluaciones de los programas de gestión de enfermedad y de las deficiencias que han puesto de manifiesto. Por último, se examina también las perspectivas de la gestión de enfermedad en Europa.

Abstract

The last decade has seen a wide range of experiments in health care reform intended to contain costs and promote effectiveness. In the USA, managed care and disease management have been major strategies in this endeavour. It has been argued that their apparent success has strong implications for reform in other countries. However, in this paper we ask whether they are so easily exportable. We explain the concepts involved and set the development of managed care and disease management programmes in the context of the USA. The constituent elements of disease management are identified and discussed. Disease management is considered from the perspectives of the major stakeholders in the United Kingdom, and the differences between the models of health care in the United Kingdom's National Health Service and the USA are noted. A review is presented of evaluations of disease management programmes and of the weaknesses they highlight. The prospects for disease management in Europe are also discussed.

5. Un sistema organizado, administrado y financiado integralmente para proporcionar servicios de atención médica a través de contratos con proveedores con incentivos para proveer atención costo-efectiva a una población enrolada definida.

Unido, han introducido reformas de la atención médica de amplio rango durante los últimos diez años. En EEUU la atención gerenciada ha sido una estrategia central del programa de reforma. La gestión de enfermedad (*disease management*) es uno de los instrumentos clave que las organizaciones de atención gerenciada (OMC)⁵ han utilizado en el intento de controlar costos y asegurar calidad. Su éxito aparente ha sido promovido como una base para futura reforma en el Reino Unido y el resto de Europa. Este artículo se interroga acerca de la justificación de esta propuesta. Clarificaremos el concepto de gestión de enfermedad, ubicándolo en el contexto de la atención gerenciada tal como se desarrolló en los EEUU. Revisando las perspectivas de aquéllos que probablemente son los principales stakeholders en cualquiera de estos desarrollos en el Reino Unido, consideramos los problemas asociados a la exportación de este modelo. Se discute además la relevancia del modelo para los desarrollos en Europa, y la extensión en la cual este enfoque es solo apropiado para la particular configuración institucional de la atención médica en los EEUU o en sistemas organizados de manera muy similar.

Gestión de enfermedad en el contexto de la atención gerenciada

“Atención gerenciada” es un término genérico para una variedad de intentos que procuran alterar o restringir las conductas de atención médica de los profesionales de manera de producir a la vez efectividad clínica y resultados costo-efectivos (Fairfield, 1997; Steiner y Robinson, 1998). En su versión más simple, atención gerenciada es la gestión de práctica médica (Royal Pharmaceutical Society, 1996). Tradicionalmente, los médicos en los EEUU recibían un honorario por ítem de servicios. Esto generó incentivos para el sobretratamiento y la inflación de costos y presentó a los pagadores un com-

promiso financiero de final abierto. Las MCO, que son mayoritariamente en los EEUU o bien *HMO*⁶ (*Health Maintenance Organizations*) o *PPO*⁷ (organizaciones de proveedor preferido), cambian estos incentivos limitando el compromiso financiero de los pagadores a partir de pagar a los clínicos un honorario periódico por vida cubierta, y haciéndoles compartir el riesgo de los costos por tratamientos excesivos o costosos. Los pagadores OMC pueden ser empleadores, aseguradores, el Estado, o más raramente, clientes individuales (Panton et al. 1995).

En la práctica los modelos organizacionales de las OMC varían considerablemente, y los proveedores remunerados a través de honorario por servicio han adoptado también algunos de sus rasgos, tales como el uso de formularios terapéuticos restrictivos, de manera que se tornan borrosas las diferencias entre los diferentes tipos (Steiner y Robinson, 1997). Sin embargo, los incentivos económicos de las OMC son generalmente reforzados por una rango de intervenciones directas. Estas incluyen típicamente control sobre la autonomía clínica, controles sobre la elección del paciente y un cierto grado de integración vertical (Panton et al. 1995). Los controles sobre la autonomía clínica incluyen limitar la elección de medicamentos para los profesionales a aquellos incluidos en un formulario o requerir que los tratamientos se adecuen a protocolos especificados. Estos controles están dirigidos a cambiar la conducta prescriptiva de los profesionales conforme a medidas de eficacia y costo eficiencia. Pueden ser sostenidas ya sea por revisiones de la atención individual o por evaluación de los perfiles prescriptivos, a través de los cuales los indicadores de desempeño de los médicos son comparados con un estándar y las desviaciones son investigadas o sancionadas. Los controles sobre la elección del paciente incluyen la restricción de los proveedores que pueden ser consultados, ya sea para atención primaria o secundaria, a aquéllos empleados por, o que tienen

contratos con, la OMC en cuestión. La integración vertical puede asumir diferentes formas, variando desde las fusiones entre proveedores de atención primaria y secundaria hasta arreglos contractuales donde los especialistas o los proveedores de atención secundaria ofrecen a las OMC acuerdos preferenciales, que incluyen descuentos en los honorarios. Como resultado de tal restricción y estandarización, dondequiera que los pacientes conservan alguna libertad de elección, las OMC pueden ofrecer atención más barata que la resultante de los esquemas tradicionales de honorario por servicio (Lawrence y Williams, 1996).

Una herramienta clave utilizada por las OMC es la gestión de enfermedad, el proceso por el cual todos aquellos responsables de la prevención, diagnóstico y tratamiento de una enfermedad acuerdan sobre las normas, personal y costos que deben ser incorporados en la provisión de atención (Panton et al. 1995). Tanto médicos como pacientes pierden la posibilidad de elegir el tratamiento y la referencia al especialista, para un proveedor de gestión de enfermedad, a menudo una compañía farmacéutica que opera como un subcontratista de la MCO involucrada. Estandarizando los paquetes de tratamiento el proveedor espera reducir el costo total de la atención médica proporcionada sin pérdida de calidad. Los prerrequisitos para un programa de gestión de enfermedad son los siguientes: una base de conocimiento que cuantifique la estructura económica de la enfermedad y especifique normas de atención, un sistema de provisión que coordine a quienes participan de la atención y un sistema de mejora de calidad que pueda revisar las normas especificadas para la atención de manera de refinar los protocolos y la provisión de atención. (Lawrence y Williams, 1996)

El objetivo último es producir resultados óptimos de atención médica a través de la mejora de la calidad de la atención y un efectivo control de costos (Coons, 1996). Esto requiere un

6. Una organización que contrata y provee atención médica sobre la base de un pago periódico fijo. Posicionada para ganar si el costo de tratamiento cae por debajo de este nivel, se involucra activamente en el proceso de provisión de servicios para reducir los costos. Se logran ahorros a través de un énfasis en atención primaria y por consiguiente la disminución de la hospitalización y a través del diseño en gran escala de protocolos y la estandarización de la provisión de servicios.

7. Una organización de proveedor preferido tienen contratos con médicos y hospitales para formar una red. A diferencia de las *HMO* no asume por sí mismo el riesgo sino colabora con un compañía de seguro o un empleador. Tasas preferenciales son convenidas con los proveedores en la red. Sin embargo, están disponibles instalaciones adicionales a una determinada prima y la elección del paciente es por consiguiente mayor (Temple, 1995).

enfoque coordinado a nivel del sistema. Los siguientes criterios guían a menudo la selección de enfermedades para programas de gestión de enfermedad: alto gasto en terapia de medicamentos; resultados mensurables; potencial de rápido retorno de la inversión; y grandes variaciones en práctica y tratamiento.

Estos factores, donde se verifican, proporcionan considerable alcance a la reducción del costo del tratamiento, la estandarización y la demostración de la eficacia del tratamiento. Sin embargo, los criterios solo son satisfechos en un limitado número de condiciones a las cuales ha quedado generalmente limitada la gestión de enfermedad, tales como asma, diabetes, enfermedad coronaria, fibrosis quística y VIH/SIDA.

Los programas de gestión de enfermedad reconocen que la atención del paciente puede perjudicarse si los pacientes son trasladados entre proveedores; en consecuencia procuran a la vez la estandarización de los protocolos de atención y la integración e integralidad. El reembolso de los proveedores se basa sobre un paquete de atención que identifica costos y gestiona todas las interacciones probables entre individuos con enfermedades particulares y el sistema de atención médica. Dado que las normas y protocolos están basados en evidencia fármaco económica, se afirma que ello resulta en alta calidad de atención que está centrada en el paciente antes que en el evento (Burns, 1996).

Evaluación de los programas de gestión de enfermedad

Pese a la necesidad de una rigurosa evaluación de los programas de gestión de enfermedad, pocos estudios han sido publicados sobre el tema, diferentes de aquellos que lo abordan con simples evaluaciones estadísticas de recursos utilizados por grupos de pacientes (MacKinnon et al, 1996). Se ha sugerido que la efectividad de las iniciativas de gestión de enfermedad

no ha sido puesta a prueba (Hunter, 2000). La gestión de enfermedad está orientada por resultados (Hunter y Fairfield, 1997). En el corto plazo ha sufrido la debilidad de una incompleta base de conocimiento; en el largo plazo su debilidad radica en el fracaso para demostrar eficacia y eficiencia. Las medidas de resultado son enfatizadas en los informes de protocolos de gestión de enfermedad, sin embargo, es difícil demostrar sus beneficios sin una evaluación integral que, en los EEUU, resulta complicada por una infraestructura de información fragmentada (Holford, 1996). En el Reino Unido el *National Health Service (NHS)* también presenta problemas de acceso a la información, pero en tanto sistema integrado tiene la capacidad, en teoría al menos, para abordarlos (Holford, 1996). La gestión de enfermedad requiere un visión de largo plazo, dado que los efectos de un tratamiento pueden sólo ser comprendidos después de muchos años. Las presiones por resultados o beneficios de corto plazo pueden conducir al rechazo de mejores alternativas que, sin embargo, no proporcionan retornos inmediatos.

Se ha expresado preocupación en torno a que la evidencia que respalda algunas medidas de resultados, y sus procedimientos de validación puedan ser pobres (Epstein y Sherwood, 1996). Muchas de estas medidas fueron desarrolladas para ser utilizadas en ensayos clínicos antes que con pacientes individuales. Los resultados clínicos no se vinculan de manera directa con la satisfacción del paciente o la utilización de recursos del sistema. La evaluación de la gestión de enfermedad requiere la producción de datos extensos (Armstrong, 1996) sin la imposición de cargas no justificadas y costosas sobre las actividades normales de los médicos (Summers, 1996).

Los estudios de efectividad han dado resultados mezclados. Un programa de autogestión para personas con asma produjo un 78% de disminución en el número de días en el hospital como resultado de la enfermedad y una reduc-

ción del 49% en visitas a la sala de emergencia por el mismo motivo (Bodenheimer, 2000). Sin embargo, sólo el 43% de las HMO con programas de gestión de diabetes informan ahorro de costos como resultado, y para programas de asma la cifra correspondiente fue solo 27% (Bodenheimer, 2000). Claramente existe la necesidad de un programa de evaluación en esta área más riguroso, de largo plazo.

Perspectivas sobre gestión de enfermedad: los stakeholders

Un gran número de actores tienen algún interés en la atención gerenciada, y por consiguiente, un interés directo en gestión de enfermedad: compañías farmacéuticas, OMC/compradoras; clínicos, farmacéuticos, pacientes, compañías de seguro/empleadores, agencias del gobierno y coaliciones de compra.

En orden a ilustrar las cuestiones involucradas en la potencial exportación de este modelo, discutimos abajo los enfoques de los más importantes agentes interesados en el Reino Unido y los comparamos con sus más cercanos equivalentes en EEUU.

La industria farmacéutica

La industria de fármacos en el Reino Unido es una poderosa fuerza económica. Es el segundo mayor exportador del país, que vende medicamentos valuados en más de 4 mil millones de libras (6.000 millones de dólares) al NHS cada año (Burns, 1996). Su objetivo fundamental es crecer financieramente y ser rentable. Como señaló Boscheck, se trata de un objetivo obvio para los reformadores de la atención médica (Boscheck, 1996). Los fármacos son una mercancía fácilmente identificable en un proceso complejo, y hay una perspectiva en aumento en relación a que sus precios son altos y los beneficios obtenidos por las compañías farmacéuticas excesivos. En consecuencia ha habido poca resistencia política a la contención del presupuesto en medica-

mentos a través de controles de precios, prescripción de genéricos y sustitución. El énfasis en los genéricos antes que en las marcas es significativo, dado que ha obligado a los fabricantes a reconsiderar sus estrategias y centrarse en productos con valor terapéutico a la vez que de innovación.

En el Reino Unido, como en otros países, la industria farmacéutica está también afectada por otros desarrollos. El costo de los ensayos clínicos ha aumentado, en la medida que se incrementó la demanda por seguridad y eficacia. Se han restringido los fármacos de marca, liberando a las compañías de desarrollar alternativas genéricas. Las compañías farmacéuticas por consiguiente han contraatacado declinando la productividad de investigación y aumentando la presión de mercado. Un número de posibles respuestas estratégicas han sido identificadas, incluyendo intentos para obtener capacidad de presión a través de toda la cadena de atención médica, a partir del control sobre los insumos, la distribución y la especificación de los listados de los medicamentos aprobados. (Boscheck, 1996).

En los EEUU, las OMC han recibido ofertas de paquetes orientados a la enfermedad por parte de las compañías farmacéuticas, como un medio de reducir el costo total de la atención médica, mientras se mantienen los niveles de calidad (Marwick, 1995). Estos paquetes involucran el uso de fármacos de marca y genéricos, prevención, detección y normas de tratamiento, en combinación con servicios de provisión, rehabilitación y educacionales. Esto ha sido descrito afirmando que los productores farmacéuticos se apropian de la enfermedad y los métodos de tratamiento (Royal Pharmaceutical Society, 1996). El uso de normas de tratamiento y protocolos específicos de fármacos para enfermedades particulares respaldado con evidencia clínica y fármaco terapéutica adecuada, proporciona estandarización de la atención a un nivel que se intenta sea a la vez óptimo y costo-efectivo.

Los programas de gestión de la enfermedad pueden tener claras ventajas para la industria farmacéutica en el Reino Unido. Extendiendo sus negocios a la provisión de atención médica, las compañías pueden no solo tener una porción garantizada del presupuesto de fármacos del NHS, sino que pueden también ganar una parte del anteriormente inaccesible presupuesto por provisión de servicios (Burns, 1996). Las ventajas potenciales para los compradores son también claras, a través de la implementación de tratamientos basados en evidencia, efectivos y costo-efectivos. Sin embargo, hay considerable inquietud sobre tales acuerdos en el Reino Unido. Parece haber una sospecha fundamental en torno a que las compañías farmacéuticas puedan ser consideradas como actuando en el mejor interés de sus pacientes. Además, hay una creencia en que la gestión de enfermedad no está, o no debería estar, limitada a los fármacos. Es necesario identificar y comprender todos los factores que determinan costos en el tratamiento de enfermedades particulares. Es esperable que muchos de estos factores señalen hacia la importancia de la prevención. Así en la diabetes tipo II y la enfermedad coronaria la gestión inicial involucra cambios en la dieta y el estilo de vida pero no intervención farmacéutica. Si las compañías de fármacos obtienen poco beneficio de los aspectos preventivos de la gestión de enfermedad, ¿es probable que den a estos aspectos suficiente preeminencia en los regímenes prescritos? Los acuerdos para compartir costos pueden significar algún camino hacia una solución, sin embargo, pueden subsistir conflictos de interés.

Un problema adicional puede ser la importancia de control continuo de calidad y retroalimentación para programas efectivos de gestión de enfermedad, de modo de asegurar que los proveedores cumplan con sus contratos y facilitar la continuación de la mejora. Para organizaciones comerciales, esto implica una costosa recolección y aná-

lisis de datos sobre una base confidencial y segura. Conflictos de interés significativos pueden surgir en la medida en que compradores y pacientes busquen información sobre desempeño que pueda ser valiosa para los competidores.

Compradores

Si la efectividad de la planificación convencional de la empresa en la industria farmacéutica ha declinado, esto puede reflejar la inestabilidad del mercado. En particular ha habido un cambio de influencia sobre la conducta de tratamiento desde los médicos a los compradores de atención (HMO y PPO en los EEUU; gerentes NHS en el R.U.) (Reyn, 1996). Como la mayoría de los sistemas de atención médica, el NHS está actualmente enfrentando déficit presupuestarios crecientes y envejecimiento de la población, incremento de los tratamientos costosos, una falta de diferenciación clínica entre muchos fármacos, y una declinación general del crecimiento económico. Los incrementos sustanciales en gasto anunciados en marzo de 2000 es poco probable que produzcan soluciones fundamentales a estos problemas en razón de una continua necesidad de una reforma estructural, tratamiento costo-efectivo y provisión de servicio. Puede esperarse que los costos, al igual que las innovaciones terapéuticas continúen dominando las decisiones de compra. Los programas de gestión de enfermedad pueden todavía parecer valiosos para el NHS, como parte de una respuesta estructura e inducida desde el nivel central a sus acuerdos fragmentados de provisión de atención médica a través de atención primaria y secundaria localmente organizada.

Si se la examina con mayor cuidado, la cuestión es menos simple. Muchos rasgos de los programas de gestión de enfermedad, por ejemplo el uso de prescripción de genéricos, gestión de formularios, protocolos y auditoría continua, tienen ya un lugar común en el NHS. Las coaliciones de compra, además, están dando a los ge-

neral practitioners (GP) una capacidad incrementada para tratar con la industria farmacéutica. Esta tendencia es probable que resulte reforzada por el establecimiento de *trusts* de atención primaria y una voz colectiva más poderosa que puede esperarse de los GP negociando en torno al costo de los fármacos. La preocupación de los compradores, por consiguiente, gira en torno a si puede obtenerse algún valor agregado de los programas de gestión de enfermedad. El NHS Ejecutivo ha expresado fuertes reservas ante la posibilidad de entrar en acuerdos de oferta con las compañías farmacéuticas. Los clínicos, sin embargo, parecen ser los oponentes más duros.

Clínicos

“El concepto de atención gerenciada vuelve el histórico rol de los médicos como miembros de una profesión erudita y obsoleta. La idea de que la atención médica debe ser administrada por alguien diferente de un médico es antitética con la verdadera esencia de la profesión” (Weinberg, 1994).

“La atención gerenciada hace surgir cuestiones fundamentales de confiabilidad para el paciente y responsabilidad ética de los médicos, que la convierten en un anatema para la profesión médica, ya que también reduce la elección entre paciente y médico” (Macara, 1995).

Para los clínicos, parece haber tres cuestiones centrales en el centro de las objeciones a los programas de gestión de enfermedad: autonomía profesional, libertad clínica y relación médico/paciente. Las sanciones e incentivos financieros de la atención gerenciada desafían potencialmente la confianza de los pacientes en los médicos, restringiendo la elección de profesional, limitando la toma de decisiones individual a través del control de prescripción y acotando la comunicación abierta (Mechanic y Schlesinger, 1996). Los médicos pueden ser selectivamente reclutados para programas de gestión de enfermedad sobre la base de considerarlos dispuestos a mantener

una bajo nivel de gasto en medicamentos antes que una calidad particular de tratamiento (Iglehart, 1994). Inevitablemente, se genera la preocupación entre los médicos en relación a que se dé prioridad a la reducción de costos antes que al cuidado. En los EEUU el Departamento de Salud y Servicios Humanos ha recibido denuncias de insuficiente atención de paciente bajo programas de atención gerenciada (American Medical Association, 1995) y existe evidencia reciente de esto (Ware et al. 1996). Pese a esta oposición, sin embargo, hacia 1993 un 75% de los médicos tenía algún nivel de contrato con planes de atención gerenciada (Iglehart, 1994). Tal vez a través de una falta de alternativas factibles más que de un tácito acuerdo, las críticas de los médicos han fracasado en evitar que la atención gerenciada y la gestión de enfermedad se convirtieran en componentes establecidos de la atención médica en los EEUU.

Las percepciones de los clínicos de estar en una condición de estatus reducido y supervisión incrementada en los casos en que los tratamientos pueden necesitar justificación o incluso ser vetados por una OMC, unidas al temor de conflicto de intereses, puede esperarse que afecte la relación médico/paciente. Se ha sugerido que existen seis prerequisites para que esta relación sea ideal: elección, competencia, compasión, comunicación, continuidad y no presencia de conflicto de interés (Emanuel y Dubler, 1995). Todos estos factores pueden ser obstaculizados bajo atención gerenciada donde se implemente gestión de enfermedad. La elección puede ser limitada por la OMC. La competencia puede ser cuestionable si se utiliza como medidas de resultado indicadores de mala calidad o de corto plazo. La compasión no es una mercancía económicamente viable, en la medida en que resulta afectada por presiones de tiempo y exigencias de productividad, al igual que la comunicación. El cambio de un programa a otro por razones de costos disminuye la continuidad. Los incenti-

vos salariales tienen el potencial de introducir conflictos de interés.

Este cuadro negativo, sin embargo, está equilibrado por algunos aspectos profesionales positivos de la gestión de enfermedad. El uso más amplio de protocolos basados en evidencia debería ayudar a reducir la prescripción irracional y a obtener un estándar de atención óptimo. El incrementado énfasis sobre atención primaria otorga un rol mayor a los médicos en este sector. Sin embargo, el mensaje desde la literatura médica parece ser que una mayoría de médicos sigue oponiéndose a las prácticas, incluso aunque aceptan la filosofía que subyace a la atención gerenciada y la gestión de enfermedad. Además, algunos médicos rechazan enteramente la gestión de enfermedad sobre la base de sus demandas de autonomía clínica.

Farmacéuticos

La actitud de los farmacéuticos en relación a la atención gerenciada y la gestión de enfermedad contrasta abiertamente con la de los médicos, particularmente en el Reino Unido. Los farmacéuticos han adoptado estos enfoques con entusiasmo, a tal punto que la atención gerenciada ha sido descrita como el mayor desafío que enfrenta hoy la farmacia (*Pharmaceutical Journal*, 1996). Es visto como una oportunidad antes que una amenaza. Esto puede ser parcialmente explicado por recientes desarrollos en la profesión farmacéutica.

La incrementada utilización de fármacos ya preparados y sistemas de etiquetamiento computarizados ha llevado a una declinación de la demanda por la capacidades tradicionales de los farmacéuticos: gran parte del trabajo de rutina puede estar ahora a cargo de personal menos calificado. Esto significa una preocupación particular para los farmacéuticos comunitarios, aunque desarrollos similares en el sector hospitalario, tales como el movimiento hacia el chequeo de prescripciones por parte de técnicos y la emergencia de complejos centros regionales, han generado

cambios comparables. Los farmacéuticos han respondido buscando extender aspectos que hasta ahora marginales de su trabajo, particularmente enfatizando su habilidad para actuar como asesores en el uso de medicinas a pacientes y profesionales de atención médica. En el Reino Unido, los farmacéuticos están involucrados en muchos de los elementos clave de los programas de gestión de enfermedad, por ej. asesoramiento sobre sustitución por genéricos, desarrollo y uso de formularios, y auditoría de la práctica prescriptiva.

En los EEUU la introducción de programas de gestión de enfermedad ha sido recibida con un escepticismo ligeramente mayor, en gran medida a causa de la trama legal. La existencia de farmacias que reciben órdenes por *mail*, por ejemplo, que están en condiciones de proveer servicios a reducido costo pero sin consejo o monitoreo personal, ha llevado a algunas farmacias comunitarias a preocuparse por la posibilidad de quedar enteramente excluidos del proceso de atención médica. De modo alternativo, las compañías de gestión de beneficios de farmacia⁸ pueden emplear directamente farmacéuticos para proporcionar servicios de farmacia o, más a menudo, subcontratar con cadenas de farmacias minoristas (Taniguchi, 1995). Muchos de los participantes clave se han fusionado con importantes fabricantes de fármacos y están integrados en el desarrollo más amplio de los programas de gestión de enfermedad. Redes de farmacias están así disponibles para ser utilizadas por los miembros de esos planes. Los pedidos son procesados electrónicamente cuando se formula una prescripción, de modo que se mantiene una base de datos sobre uso y costo de fármacos, disponible con propósitos de auditoría. Los farmacéuticos pueden también chequear prescripciones para el uso de productos genéricos y adhesión a formularios. Los problemas de aceptación por parte del paciente, de administración y los efectos colaterales podrían ser rápidamente identificados.

8. Una compañía de gestión de beneficio de farmacia contrata con empleadores, aseguradores y otros para proveer beneficios accesibles y costo efectivos a los miembros de esos grupos (27). Se trata de una organización de especialistas que asegura el uso costo-efectivo de fármacos a través de la implementación de controles tales como formularios y revisión de utilización de medicamentos. Puede proporcionar servicios de farmacia, por ej. prescripciones establecidas por *mail*, o puede subcontratar con farmacias minoristas. Puede recibir un monto fijo por el cual proporciona todos los servicios de farmacia. La demanda por investigación fármaco económica e información por parte de los compradores de atención médica ha conducido al crecimiento de las compañías de gestión de beneficio de farmacia y a la adquisición de algunas de ellas por parte de la industria farmacéutica (Thomas, 1996).

En los EEUU se han llevado a cabo estudios piloto para verificar el impacto económico del involucramiento incrementado por parte de los farmacéuticos en los programas de gestión de enfermedad. Por ejemplo, se han informado intervenciones en la comunidad de farmacéuticos especialmente entrenados con grupos de pacientes que sufren de hipertensión, diabetes, asma y/o hipercolesterolemia (Munroe, 1997). Estos farmacéuticos trabajan en educación de pacientes, monitoreo sistemático (por ej. niveles de glucosa en sangre, lecturas de medidas de los picos de flujos) y modificación de conductas, y comunican regularmente sus hallazgos a los médicos de los pacientes. Los ahorros estimados se ubican en u\$s144/293 por paciente por mes. Otros trabajadores han observado que la pericia, y de manera importante, la accesibilidad, de los farmacéuticos los convierte en un recurso importante, ubicándolos en una posición adecuada para entrar en acuerdos de provisión de servicios con OMC (Friedmann, 1997). Si los farmacéuticos no quieren quedar excluidos del proceso de atención médica, tendrán que demostrar la importancia de sus servicios.

Sin embargo, este escenario es improbable que se produzca en el Reino Unido. La legislación británica no permite el envío de órdenes a farmacias a través de *mail*, aunque la cuestión está actualmente sometida a un caso de prueba. Actualmente es imposible para los farmacéuticos ser excluidos del proceso de tratamiento en la forma que genera temor en los EEUU. Además el Departamento de Salud del Reino Unido no parece ver la necesidad de compañías de gestión de beneficio farmacéutico, dado que el esquema de regulación de precio de fármacos no proporciona el tipo de margen importante que les permitiría encontrar un nicho (*Pharmaceutical Journal*, 1996). Sin embargo, si la base de la gestión de enfermedad es la gestión de fármacos, es probable que los farmacéuticos sean importantes partici-

pantes en el desarrollo e implementación de cualquier nuevo programa.

Pacientes

La elección del paciente está siempre limitada por la referencia y la disponibilidad de recursos. En los EEUU, sin embargo, la elección ha sido erosionada de manera adicional por la atención gerenciada y, específicamente, por la gestión de enfermedad. El reclutamiento selectivo de médicos y las estructuras de incentivos de las OMC han sido discutidas ya. Los médicos experimentan incentivos para practicar dos estilos de medicina para dos grupos diferentes de pacientes: aquellos enrolados en planes de atención gerenciada y los que obtienen atención sobre una base tradicional de honorario por servicio (Kronenfield, 1997). El menor recurso utilizado con pacientes OMC, en oposición a los pacientes con honorario por servicio sugiere que los médicos realizan una "biopsia de billetera" antes de proporcionar atención.

Las diferencias estructurales en atención médica entre los dos países impiden una repetición directa de esta práctica en el Reino Unido. Por supuesto, siempre se ha requerido a los clínicos la realización de análisis costo-beneficio rudimentarios en el curso de la práctica de rutina y en la actividad profesional. Sin embargo, parece haber algún fundamento en el temor de que se haya reducido la elección de los pacientes en los programas de atención gerenciada en los EEUU. Reducciones similares podría ser probables en el Reino Unido, dependiendo de la extensión en que fueran introducidos los mismos modelos e incentivos (Newdick, 1998).

Perspectivas para gestión de enfermedad y atención gerenciada en el NHS

Los sistemas de atención médica del Reino Unido y los EEUU difieren no solo en estructura y acceso a atención

secundaria, sino también en costo. En 1996 las proporciones de PBI destinadas a atención médica fueron respectivamente 6,5% y 13%, en el Reino Unido y los EEUU (Royal Pharmaceutical Society, 1996). En este país el acceso directo de los pacientes a atención de especialistas en segundo nivel, la fuerza del consumismo y la relativamente ligera regulación de la propaganda de fármacos, ofrecen mayores perspectivas para la contención de costos a través de la racionalización o estandarización de la conducta prescriptiva. De hecho, algunos comentaristas han sugerido que, dado que la atención gerenciada procura proveer atención médica en una forma sistemática, costo efectiva, el NHS podría ya ser conceptualizado como una red de organizaciones de atención gerenciada dirigidas por el gobierno y operadas sobre una base nacional (Steiner y Robinson, 1998; *Pharmaceutical Journal*, 1996).

Mientras la atención médica en los EEUU puede ser descrita como de alto costo, ligeramente regulada, orientada al hospital y con sobreprovisión, creando un rol obvio para la gestión de enfermedad, la del Reino Unido es de bajo costo, pesadamente regulada, orientada hacia la atención primaria y, posiblemente, con subprovisión. Esto no significa que no existe un rol para la gestión de enfermedad en el Reino Unido, donde los *GP fundholding* han demostrado capacidad para gestionar recursos, fortalecido su rol como *gatekeepers* de la atención secundaria, y estimulado negociaciones entre los dos sectores para promover tratamiento eficiente y efectivo (Panton et al. 1995). La separación entre comprador y proveedor ha incrementado la flexibilidad en el interior del sistema para la movilidad de los recursos. El desarrollo de los *trusts* de atención primaria puede ser visto como la creación de organizaciones tipo OMC para la gestión de enfermedad. Sin embargo, un programa de gestión de enfermedad completamente integrado requeriría el desarrollo completo de un solo presupuesto para atención primaria y secun-

daria y una serie compatible de sistemas tecnológicos de información para seguir a los pacientes durante su tratamiento. Estos requisitos solo se han introducido recientemente en el NHS.

Claramente, la gestión de enfermedad debe demostrar que puede proporcionar beneficios clínicos y organizativos. Muchos de sus principios son ya aplicados en el NHS, aunque los protocolos, formularios y revisiones de utilización actualmente descansan más en el consenso profesional que en la regulación o el contrato. Si las compañías farmacéuticas desean comercializar programas de gestión de enfermedad en el Reino Unido tendrán que demostrar cómo añaden valor a las iniciativas ya instaladas.

Futuros posibles

¿Cuáles son los futuros posibles para los programas de gestión de enfermedad fuera de los EEUU? Parece improbable que los ahorros de corto plazo obtenidos allí puedan ser sostenidos (Kassirer, 1997). Ni la atención gerenciada ni los programas de gestión de enfermedad contribuyen a la enseñanza, la diseminación pública de la investigación o la atención de los pobres. Las regulaciones estatales y federales han comenzado a especificar duraciones mínimas de estadía en los hospitales para procedimientos particulares de modo de prevenir lo que se percibe como recorte innecesario de costos. Se ha sugerido que es probable que disminuya la creciente tasa de enrolamiento en los programas de atención gerenciada y que los gobiernos podrían no permanecer pasivos si comienza a perjudicarse la enseñanza y la investigación (Ginzberg y Ostow, 1997). Además se ha expresado una perspectiva en relación a que, sin incentivos para sostener innovación en la atención médica en los EEUU, los ahorros de corto plazo podrían rápidamente ser superados por el deseo de acceso más amplio, las crecientes necesidades de salud de una población envejecida, y la poca disposición de los ciudadanos de EEUU para aceptar

algo menos que los mejores tratamientos disponibles (Teisberg et al. 1994). Se necesitan incentivos para mejorar la salud para un determinado nivel de recursos, más que meramente incrementarlos, o hacer más eficiente la utilización de servicios de salud.

La *Executive Letter* del NHS en 1994, advertía que los tratos entre compradores NHS y proveedores comerciales de gestión de enfermedad no eran posibles dado que podían infringir la ley de competencia de la Unión Europea y violar la confidencialidad de los datos sobre los pacientes (NHS Executive, 1994). Tales preocupaciones se aplicarían a todos los sistemas de atención médica en la Unión Europea y en países en desarrollo. Hay algunos precedentes en el involucramiento del sector privado en la provisión de servicios de atención bajo contrato. En el corto plazo, sin embargo, es más probable que el NHS extienda su utilización actual de técnicas de gestión de enfermedad por acuerdos profesionales entre proveedores, posiblemente como una dimensión del movimiento de gobernanza clínica, más que por contratación con compañías farmacéuticas o de otro tipo.

Hay, sin embargo, limitaciones estructurales. Se ha sugerido que las divisiones presupuestarias han conducido a una falta de incentivos para atención integrada, un argumento que se hace más débil en la medida que se reducen las divisiones (Hunter, 2000). Sin embargo, las autoridades de salud enfrentan incentivos más débiles para iniciativas de atención gerenciada que los GP o la industria farmacéutica, dado que ellas no tienen que competir por membresía. Como resultado, cualquier desarrollo de la atención gerenciada y la gestión de enfermedad puede no ser consistente a lo largo del Reino Unido. Si la industria farmacéutica no está destinada a dominar, el NHS debe sostener los esfuerzos de los proveedores para desarrollar protocolos, atención integrada y mejora de calidad (Lawrence y Williams, 1996).

En atención primaria, la contrata-

ción de servicios ha hecho tan poco progreso que es difícil avizorar el efecto que la gestión de enfermedad tendría sobre este mercado, aunque la llegada de los *trusts* de atención primaria es probable que sea significativa en esta conexión. El fuerte foco en atención primaria en el Reino Unido significa que el GP es el último gestor de la enfermedad del paciente (Burns, 1996). Si un paciente tiene una sola enfermedad el GP puede estar dispuesto a asumir la responsabilidad por su gestión. Sin embargo si el asma de un paciente va a ser gerenciada en un programa, su diabetes en otro y sus problemas cardíacos por un especialista del NHS, se pierde el objetivo de lograr integración (Burns, 1996). Sin embargo, puede haber una oportunidad para que los GP actúen como coordinadores/gerentes de redes de atención médica emergentes. Dependiendo de la influencia de los coordinadores nacionales de tratamiento para cáncer, enfermedad del corazón y otras, los acuerdos de servicio de largo plazo entre proveedores de atención del primer y segundo nivel pueden ser desarrollados de acuerdo a protocolos nacionales que sean vistos extraordinariamente como programas internalizados de gestión de enfermedad (Steiner y Robinson, 1997).

En general, parece que los programas de gestión de enfermedad con más probabilidad de éxito en el Reino Unido sean los basados en evidencia, que minimicen la posibilidad de que los pacientes caigan en brechas entre proveedores, y sean conducidos por el NHS antes que por intereses comerciales. La incorporación de elementos adicionales de gestión de enfermedad el sistema de comprador/proveedor dependerá de lo que suceda en este sistema. Si la industria farmacéutica se va a involucrar en mayor medida tendrá que demostrar que puede proporcionar una base de conocimiento sólida, investigación confiable y resultados válidos, y suficiente apoyo de tecnología de información para los programas que ofrezca, mientras conserva una clara

perspectiva del interés de los pacientes. Esto significa balancear los objetivos de construir porciones de mercado y contribuir al bien público. Los clínicos necesitan recibir garantías en relación a que tales programas están preocupados con adoptar la mejor práctica y no la más barata y por consiguiente, el incremento del profesionalismo. Solo si todas estas condiciones se cumplen puede esperarse que la gestión de enfermedad sea aceptada entre los agentes interesados críticos.

Es posible que la gestión de enfermedad tal como fue desarrollada en los EEUU no constituya un modelo fácilmente transferible, dado que su implementación se ha articulado con características específicas de la atención médica de ese país. La provisión de atención médica en los EEUU está altamente fragmentada. Muchas de las ventajas de los programas de gestión de enfermedad identificados en esas instalaciones, tales como la prescripción racional y el desarrollo de formularios, pueden ser introducidos sistemas de provisión más coordinados sin adoptar el paquete completo. Reformas recientes en Francia ilustran el posible uso del poder del Estado en un país con una tradición de gobierno más centralizado y asociaciones médicas relativamente débiles. En 1994, las normas obligatorias de práctica comenzaron a ser introducidas, estableciéndose protocolos para la gestión de rutina de un creciente rango de condiciones e identificando los tratamientos redundantes o perjudiciales. Los médicos que no cumplan consistentemente los protocolos pueden ser multados hasta con 22.000 francos franceses. La tasa de incremento en gasto en farmacia en Francia bajó del 7,4% en 1993 al 1,3% en 1994 (Durand-Zaleski et al, 1997).

Las posibilidades de importar con éxito la gestión de enfermedad pueden ser mayores en sistemas basados en el seguro, tales como los de Alemania y Holanda. Incluso en estos escenarios, sin embargo, la aceptación y utilización completa parecen improbables. Es más posible que sean absorbidos

algunos elementos de los programas en las organizaciones vigentes de la atención médica. En Holanda, por ejemplo, que tiene el más bajo gasto en fármacos por persona por año en la Unión Europea, se pide a los médicos que se registren en una farmacia local y se les paga para acudir a reuniones con el farmacéutico para discutir prescripción costo efectiva, uso racional de medicamentos y avances en terapéutica. Además, el sistema de reembolso a los pacientes está estructurado para estimular economías. Los pacientes son reembolsados por gastos en medicinas solo hasta un precio de referencia para cada grupo terapéutico de fármacos. Si un médico prescribe un fármaco más costoso los pacientes no pueden solicitar reembolso por encima de dicho precio. La cantidad de medicamentos que un médico puede prescribir está directamente limitada: para la mayoría de las categorías es equivalente a una oferta de 90 días. Los farmacéuticos son estimulados para sustituir por genéricos y similares importados mediante la autorización para retener parte de la diferencia entre el costo de estos fármacos y el precio de referencia. Existe un extenso desarrollo de redes electrónicas entre médicos y farmacéuticos, facilitando la creación de registros compartidos de medicación (Mason 1993 y 1998). Antes que adoptar el modelo centralmente dirigido de gestión de enfermedad, los decisores holandeses han construido un rango de incentivos de mercado para los diferentes actores en el sistema, logrando así resultados comparables mientras se conserva una apariencia de autonomía y elección. Los médicos, farmacéuticos y pacientes tienen un interés mutuo en el control de costos, en vez de permitir que les sea impuesto por un grupo u otro.

La implementación de la gestión de enfermedad en EEUU aparece de manera creciente como una solución particular de los EEUU a un problema de EEUU. Supone la contención de costos y la promoción de efectividad en un sistema de atención médica con una

fuerte tradición de independencia médica y débil autoridad política. La atención gerenciada intenta utilizar mecanismos de mercado para promover un resultado planificado. Aunque los sistemas europeos de atención médica no hayan rechazado la idea de utilizar mecanismos de mercado, están mucho más abiertos a la dirección del Estado o, al menos, a la coordinación activa de los elementos del sector salud. Consiguientemente, el futuro de la gestión de enfermedad basada en el modelo de EEUU parece bastante limitado, aunque muchos de los elementos pueden ser tomados individualmente. En realidad, incluso en los EEUU, la atención gerenciada ha comenzado a ser vista como algo incorrectamente elaborado. Hay un creciente interés en la adopción de los sistemas europeos de control de costos, tales como la capitación y el *gatekeeper* de atención primaria, en la medida que reducen los gastos que surgen de sistemas reguladores detallados como son los de gestión de enfermedad (Le Grand, 1998). El camino hacia adelante para la gestión de enfermedad fuera de los EEUU puede no ser a través de terciarización hacia intereses comerciales sino a través de la construcción de las fortalezas del médico de atención primaria. Los sistemas de atención médica tales como el NHS estarían bien ubicados para adoptar tales intervenciones (Bodenheimer, 2000).

La industria farmacéutica puede tener necesidad de mirar hacia otro lugar para restaurar sus márgenes, al menos en la medida en que estén involucrados el Reino Unido y otros países europeos. Probablemente se está caminando en una dirección que permite pocas oportunidades para extender la cadena de valor y obtener pago por la gestión de medicación a la vez que por el producto mismo. No tiene valor sin embargo, que quienes desarrollan nuevas pruebas genéricas en los EEUU estén utilizando su control de tecnología para exigir a los usuarios la compra de paquetes completos de materiales de prueba, servicios de laboratorio y asesoramiento. Esto se está enfren-

tando con resistencias por parte de los sistemas europeos. Al menos en relación a los productos altamente innovadores, sin embargo, puede estar disponible una nueva estrategia para la industria, que puede ser desestimulada a abandonar oportunidades para capturar más valor tan rápidamente como en el pasado. •

Bibliografía

- Boscheck R. 1996. "Health care reform and the restructuring of the pharmaceutical industry". *Long Range Planning* 29 5: 629-642.
- Fairfield G. et al. 1997. "Managed care, origins, principles and evolution". *British Medical Journal* 314: 1823-1826.
- Steiner A. Robinson R. 1998. "Managed care. US research evidence and its lessons for the NHS". *Journal of Health Services Research and Policy* 3 3: 173-184.
- Royal Pharmaceutical Society 1996. *Managing medicines, managing care*. Londres: Royal Pharmaceutical Society of Great Britain.
- Panton RS, Cox IG, Norwood J. 1995. "The development of managed care in the NHS". *British Medical Journal* 255:781-782.
- Lawrence M, Williams T. 1996. "Managed care and disease management in the NHS". *British Medical Journal* 313: 125-126.
- Coons SJ. 1996 "Disease management, definitions and exploration of issues". *Clinical Therapeutics* 18 6: 1321-1326.
- Burns H. 1996. "Disease management and the drug industry, carve out or carve up?" *Lancet* 347: 1021-1023.
- MacKinnon NJ et al. 1996. "Disease management programme for asthma, baseline assessment of resource use". *American Journal of Health System Pharmacy* 53: 535-541.
- Hunter DJ. 2000 "Disease management: has it a future?" *British Medical Journal* 320:530.
- Hunter DJ, Fairfield G. 1997. "Disease management", *British Medical Journal* 315: 50-33.
- Holford DA. 1996. "Barriers to disease management". *American Journal of Health System Pharmacy* 53: 2093-2096.
- Epstein RS, Sherwood LM. 1996. "From outcomes research to disease management, a guide for the perplexed". *Annals of Internal Medicine* 124 5: 833-837
- Armstrong EP. 1996 "Monitoring and evaluating disease management: information requirements". *Clinical Therapeutics* 18 6: 1327-1333.

- Summers KH. 1996. "Measuring and monitoring outcomes of disease management programs". *Clinical Therapeutics* 18 6: 1341-1348.
- Bodenheimer T. 2000. "Disease management in the American market". *British Medical Journal* 320: 563-566.
- Marwick C. 1995. "Another health care idea: disease management". *Journal of the American Medical Association* 274: 1416-1417.
- Reyn D. 1996. "Supplying more than the product". *Pharmacy World and Science* 18 3: 94-96.
- Weinberg SL. 1994. "Address to American College of Cardiology, 1994". *Journal of the American Medical Association*, (press release abril 28).
- Macara A. 1995. *BMA rejects trend towards American style managed care*. Londres: British Medical Association (press release octubre 23)
- Mechanic D. Schlesinger M. 1996. "The impact of managed care on patient's trust in medical care and their physicians". *Journal of the American Medical Association* 275 21: 1693-1697.
- Iglehart JK. 1994. "Physicians and the growth of managed care". *New England Journal of Medicine* 331 17: 1167-1171.
- American Medical Association. 1995. "Ethical issues in managed care". *Journal of the American Medical Association* 273 4: 330-335.
- Ware et al. 1996. "Differences in 4-year health outcomes for elderly and poor chronically patients treated in HMO and fee-for-service systems: results for the Medical Outcomes Study". *Journal of the American Medical Association* 276: 1039-1047.
- Emanuel E, Dubler NN. 1995. "Preserving the physician-patient relationship in the era of managed care". *Journal of the American Medical Association*. 273 4. 323-329.
- Pharmaceutical Journal 1996. "What is managed care?" *Pharmaceutical Journal* 256: 501.
- Taniguchi R. 1995. "Pharmacy benefit management companies". *American Journal of Health Systems Pharmacy* 52: 1915-1917.
- Monroe WP et al. 1997. "Economic evaluation of pharmacist involvement in disease management in a community pharmacy setting". *Clinical Therapeutics* 19 (1): 113-123.
- Friedmann V. 1997. "Involving network pharmacies in disease management programs". *American Journal of Health Systems Pharmacy* 54: 32-33.
- Kronenfield J. 1997. *Is your doctor performing a wallet biopsy?* Paper presented at: American Sociological Association Conference, Toronto 9-13 de agosto.
- Newdick C. 1998. "Primary care groups and the right to prescribe". *British Medical Journal* 317: 1361-1365,
- Kassirer J. "Is managed care here to stay?" *New England Journal of Medicine*. 336: 1013-1014.
- Ginzberg E, Ostow M. 1997. "Managed care – a look back and a look ahead". *New England Journal of Medicine* 336: 1018-1020.
- Teisberg EO, Porter ME, Brown GB. 1994. "Making competition in health care work". *Harvard Business Review* jul-ag.:131-141.
- Durand-Zaleski I, Colin C. Blum-Boisgard C. 1997. "An attempt to save money by using mandatory practice guidelines in France". *British Medical Journal* 315: 943-946.
- Mason P. 1993. "Community pharmacy in the Netherlands". *Pharmaceutical Journal* 251: 291-293.
- Mason P. 1998. "Pharmacy in the Netherlands: five years on". *Pharmaceutical Journal* 261: 633-635.
- Le Grand J. 1998. "US managed care: has the UK anything to learn?" *British Medical Journal* 317: 831-832.
- Temple PC. 1995. *Managed care and health reform in the USA* (lectura pública, Department of Public Health Medicine, University of Nottingham, England, mayo 16).
- Thomas N. 1996. "The role of pharmacoeconomics in disease management". *Pharmacoeconomics* 9 (Suppl.1) : 9-15.
- NHS Executive. 1994. *Commercial approached to the NHS regarding disease management packages*. Leeds: NHSE.