

## El singular, talón de Aquiles de los programas de gestión de casos y de enfermedades

Charlson M, Charlson RE, Briggs W, Hollenberg J.

Can disease management target patients most likely to generate high costs? The impact of comorbidity. *J. Gen Intern Med.* 2007;22:464-9.

### Marco

Los problemas diarios de los pacientes crónicos exigen soluciones que no aporta la estructura sanitaria actual, poco coordinada. Así, el paciente con insuficiencia cardiaca, por ejemplo, se convierte en un gran utilizador de urgencias, y muere antes de tiempo. Quienes piensan e imitan a los estadounidenses pretenden introducir los programas de gestión de enfermedades y de casos, centrados en la resolución de los problemas de, por ejemplo, los pacientes con insuficiencia cardiaca. Pero no sabemos muy bien ni lo que sean, ni los costes y beneficios de tales programas. Así, en Andalucía han devenido en la implantación de "enfermeras de enlace", y en la nueva legislación sanitaria española se ha transformado a los médicos de cabecera en "gestores de casos". Conviene pensar antes de actuar, pues centrados en el singular (una enfermedad, situación o problema), podemos olvidar la importancia del plural, la co-morbilidad. Esta es la cuestión que valoran los autores.

### Tipo de estudio

Análisis retrospectivo de datos clínicos obtenidos prospectivamente. Estudio observacional.

### Pacientes y métodos

Los datos se obtuvieron a partir de pacientes atendidos en la consulta externa de Medicina Interna de un hospital docente neoyorquino. Dicha consulta funciona como un centro de atención primaria. Se incluyeron sólo los pacientes seguidos durante más de un año. Un total de 5.861 formó la cohorte inicial, que se siguió a su vez durante otro año. Se incluyó al 0,4% pacientes que fallecieron durante el seguimiento. Se obtuvieron todos los datos registrados sobre demografía, uso de servicios y coste, incluyendo el generado por los ingresos en el propio hospital. No se obtuvieron datos de uso de quimioterapia, ni de visitas a domicilio, ni de uso de otros servicios sanitarios. En una muestra del 1% de la cohorte estudiada se pudo demostrar que se ingresó en otros hospitales al 6,3%. Para medir la co-morbilidad se utilizó el índice de Charlson, a partir de las historias clínicas ambulatorias. Se calcularon los costes para las diez situaciones en que se centran más frecuentemente los programas de gestión de enfermedades y de casos: asma, cáncer, demencia, depresión, diabetes, EPOC, hipertensión, ictus, insuficiencia cardiaca e isquemia de miocardio. El cálculo se hizo sin ajustar y ajustado por variables distintas, en un modelo multivariante; y con un modelo de regresión se hicieron cálculos para valorar el coste teniendo en cuenta la edad, el sexo, la presencia de uno de los diez problemas de salud analizados y el índice de Charlson.

### Resultados

La edad media fue de 56 años. El 76% fueron mujeres. El coste anual medio por paciente fue de 810 dólares. En las diez enfermedades estudiadas el coste anual medio fue mayor, de 1.500 dólares para diabetes, ictus e insuficiencia cardiaca, de 1.400 para cáncer (sin quimioterapia), de 1.200 para EPOC e hipertensión, y de 1.100 para demencia. Respecto a prevalencia, fueron hipertensos el 45% del total, tuvieron diabetes el 18%, asma el 15%, EPOC el 10%, diabetes el 10%, insuficiencia cardiaca el 8%, cáncer el 8%, isquemia coronaria el 4%, ictus el 3% y demencia el 2%. Los que no tuvieron ninguna de las enfermedades estudiadas, el 43%, provocaron el 23% del gasto. Los que tuvieron un índice de Charlson de 2 o más, el 26% del total, gastaron más del 50%. Conforme se suman enfermedades,

con independencia de su naturaleza, aumenta exponencialmente el coste. Lo importante no es la gravedad de la enfermedad sino la coexistencia con otras.

Fuente de financiación. No consta.

Dirección para correspondencia. [mecharl@med.cornell.edu](mailto:mecharl@med.cornell.edu)

### COMENTARIO

La co-morbilidad es la regla, no la excepción (1). La co-morbilidad aumenta tanto por la mayor supervivencia a problemas concretos (sí, por ejemplo, los pacientes no mueren del primer infarto de miocardio aumenta la probabilidad estadística de que se añada la isquemia coronaria a otra enfermedad previa, o posterior), como por la mayor prevalencia de problemas (por ejemplo, al disminuir las cifras para definir hipertensión aumentamos tanto el número de pacientes hipertensos como de pacientes hipertensos con co-morbilidad). Se ha insistido mucho en la importancia de la co-morbilidad, pero a los médicos nos parece tan obvio que no la valoramos (2,3). De ahí la fácil aceptación de los programas de gestión de enfermedades y de casos, por profesionales, gestores y políticos, aunque se centren en sólo una enfermedad o en sólo una situación. Hay muchas falacias en torno a los programas de gestión de enfermedades y de casos, empezando porque nadie sabe exactamente qué son (4,5). En el trabajo comentado se destapa una más, la supuesta capacidad de control del gasto a base de controlar una sola entidad o una sola situación (aunque se ocupen de varias, siempre de una en una). Los autores demuestran que el gasto lo originan los pacientes con co-morbilidad, y que el gasto crece exponencialmente con la suma aritmética de enfermedades. Como siempre, las soluciones simples a problemas complejos suelen tener gato encerrado.

### Juan Gérvas

Médico general, Canencia de la Sierra, Garganta de los Montes y El Cuadrón

- (1) Starfield B. Threads and yarns: weaving the tapestry of comorbidity. *Ann Fam Med.* 2006;4:101-3.
- (2) Palomo L, Rubio C, Gérvas J. La comorbilidad en atención primaria. *Gac Sanit.* 2006;20(Supl 1):182-91.
- (3) Gérvas J, Santos I. A complexidade da comorbilidade. *Rev Port Clín Geral.* 2007;23:181-9.
- (4) Shojana KG, Grimshaw JM. Evidence-based quality improvement: the state of the science. *Health Affairs.* 2005;24:138-50.
- (5) Gérvas J. La gestión de casos (y de enfermedades), una organización vertical de los servicios sanitarios. *SEMERGEN.* 2005;31:370-4.