



*High performance. Delivered.*

## *Newsletter de la práctica de salud de Accenture Latinoamérica*

### **Editorial**

*Por Daniel Ríos*

Estimado Lector:

El envejecimiento de la población, el crecimiento de las enfermedades crónicas y el encarecimiento de la atención están poniendo en jaque a los sistemas de salud.

La fragmentación de la atención impide tener una visión completa del paso del paciente en el sistema de salud y el resultado son acciones desordenadas y desordenadas que han sido frustrantes, tanto de la perspectiva de resultados clínicos, como contención de costos y satisfacción de pacientes.

Este artículo presenta el concepto de Care Management, un programa coordinado de atenciones de salud para las poblaciones más vulnerables. El programa se basa en integrar tecnología, contenidos basados en evidencia y gestión de salud. Se trata de acciones de relativamente bajo costo y alto impacto, donde el mayor valor se obtiene de la integración y coordinación de servicios, lo que hace a este programa particularmente atractivo .

---

**Daniel Ríos**

Socio responsable de la práctica de Health and Life Sciences para Latinoamérica Accenture

# Care management

## Introducción

La industria de la salud se encuentra en el centro de una tormenta perfecta: aumento de costos, mayor demanda de los consumidores, fragmentación de la atención, incremento de la complejidad de la atención, expansión demográfica, envejecimiento de la población, aumento de población con enfermedades crónicas, escasa adherencia a estándares de tratamiento, entre otros. Los financiadores de salud se encuentran en un dilema tratando de cumplir con las expectativas de sus afiliados, mantener la calidad del servicio y controlar los costos.

El costo médico está aumentando en todo el mundo como consecuencia de múltiples factores, incluyendo demográficos, las tecnologías emergentes y la creciente tendencia al consumismo.

Aproximadamente el 20% de la población de un plan de salud es responsable del 80% de los costos.

Entre el 12 y el 16% de la población típica de un plan de salud tiene alguna condición crónica; estos pacientes son responsables del 60% del gasto médico, primariamente por costos de internaciones, de consultas en servicios de emergencia y de complicaciones de su enfermedad.

Hasta ahora, las estrategias de contención del gasto médico han resultado insatisfactorias y frustrantes. En este contexto, el enfoque que ofrece *Care management* se presenta atractivo frente a las complejidades antedichas, transformando los problemas en oportunidades de mejora.

### Definición: integrando tecnología con la mejor evidencia disponible

*Care management* puede ser definido como un programa compuesto por gestiones coordinadas de salud y comunicaciones con poblaciones de pacientes con patologías crónicas o con predisposición a las mismas.

Este segmento representa hasta un 20% de la población de un financiador, e incluye:

- Insuficiencia cardíaca
- Asma
- Enfermedad coronaria
- Diabetes
- Obesidad
- Hipertensión
- Depresión
- Lumbalgia
- Tercera edad

*Care management* es una manera diferente de prestar cuidados a pacientes con un diagnóstico de patología crónica. A diferencia de otros programas, se enfoca en mantener a los pacientes lo más saludable posibles. Se utilizan tratamientos basados en la mejor evidencia disponible. Hay un fuerte acento en la educación del paciente y su propia responsabilidad en el cuidado de su salud. Ayuda especialmente a los pacientes a generar cambios en su estilo de vida y en aquellos en que la adherencia a los tratamientos es problemática.

*Care management* es un conjunto de componentes que actúan sinérgicamente en el continuo de atención, mejorando los resultados de salud y reduciendo los costos. El continuo de la atención incluye el mantenimiento del estado de bienestar, modificación de conductas de riesgo, cuidados agudos y cuidados crónicos. Estos componentes ayudan a los pacientes a tomar decisiones más informadas y mejoran la coordinación de servicios de los prestadores; reducen costos y mejoran los resultados clínicos; permiten que financiadores y prestadores trabajen en forma más integrada.

Los financiadores típicamente disponen de una vasta cantidad de datos de sus afiliados, de variadas fuentes. Tienen información de perfiles de utilización, datos financieros, datos de facturación de prestadores y hasta de resultados clínicos. Los programas de *Care management* utilizan herramientas informáticas que ayudan a los financiadores a integrar las informaciones financieras con clínicas. Combinando esta información con datos de farmacia y laboratorio se crea una visión longitudinal de la historia de salud del paciente.

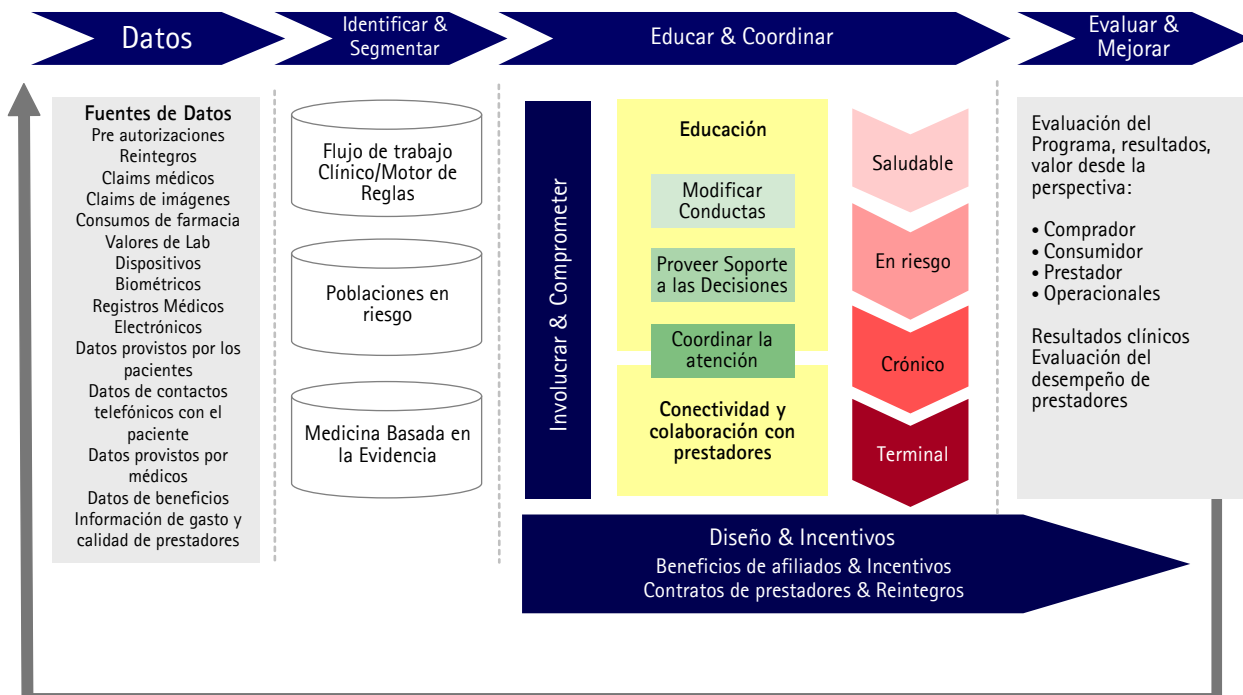
## Componentes

Un programa completo de *Care management* incluye múltiples componentes:

1. Identificar y segmentar: se trata de individualizar el riesgo de enfermedad de los afiliados a través del análisis de datos obtenidos de múltiples fuentes (facturación de prestadores, facturación de farmacia, datos de historia clínica, resultados de laboratorio, cuestionarios a pacientes, etc.). Esta información se integra a la información clínica disponible para después utilizarla para identificar pacientes y ofrecerles programas de bienestar u otras acciones. Se utilizan motores de reglas de negocio y técnicas de predictive modeling para la identificación, segmentación, clasificación y predicción de evolución de casos clínicos.
2. Localizar y comprometer: esto significa establecer un canal de comunicación bilateral con los pacientes. En esta modalidad los pacientes proveen información de su salud y reciben sugerencias y ayuda en la toma de decisiones. Esta actividad es realizada por un consejero de salud, típicamente una enfermera capacitada para eso. Algunas organizaciones

están adicionalmente ofreciendo servicios interactivos por Internet. Las atenciones son dirigidas por protocolos de práctica clínica basados en la última evidencia disponible. Herramientas informáticas de soporte de decisión ayudan a los consejeros en la gestión y el direccionamiento de los casos.

3. Programas de bienestar y prevención: son programas orientados a mantener a la población saludable. Se diseñan para abordar los factores de riesgo antes de que constituyan en un problema de salud. Estos programas están destinados a generar cambios en el estilo de vida e incluyen: control de peso y stress, nutrición, programas para dejar de fumar, entre otros. Se utilizan múltiples canales para llegar a las poblaciones en riesgo (contacto en el lugar de trabajo, asesoramiento telefónico, programas especializados en patologías).
4. Disease management: los programas de disease management se enfocan en enfermedades crónicas que tienen un alto costo por episodio de atención, utilizan servicios costosos y complejos a través de múltiples contextos de atención, tienen complicaciones prevenibles, suelen tener baja adherencia de los pacientes a



los tratamientos o que requieren tratamientos que no se encuentran disponibles en todas las comunidades. Los pacientes en programas de disease management tienen una disminución significativa de internaciones (hasta 60%) y una mejoría en la calidad de vida. El objetivo es atender tempranamente las necesidades de los pacientes y evitar los episodios agudos más costosos. Es un enfoque proactivo destinado a prevenir o reducir comorbilidad y mortalidad utilizando guías de práctica clínica que determinan el camino a seguir.

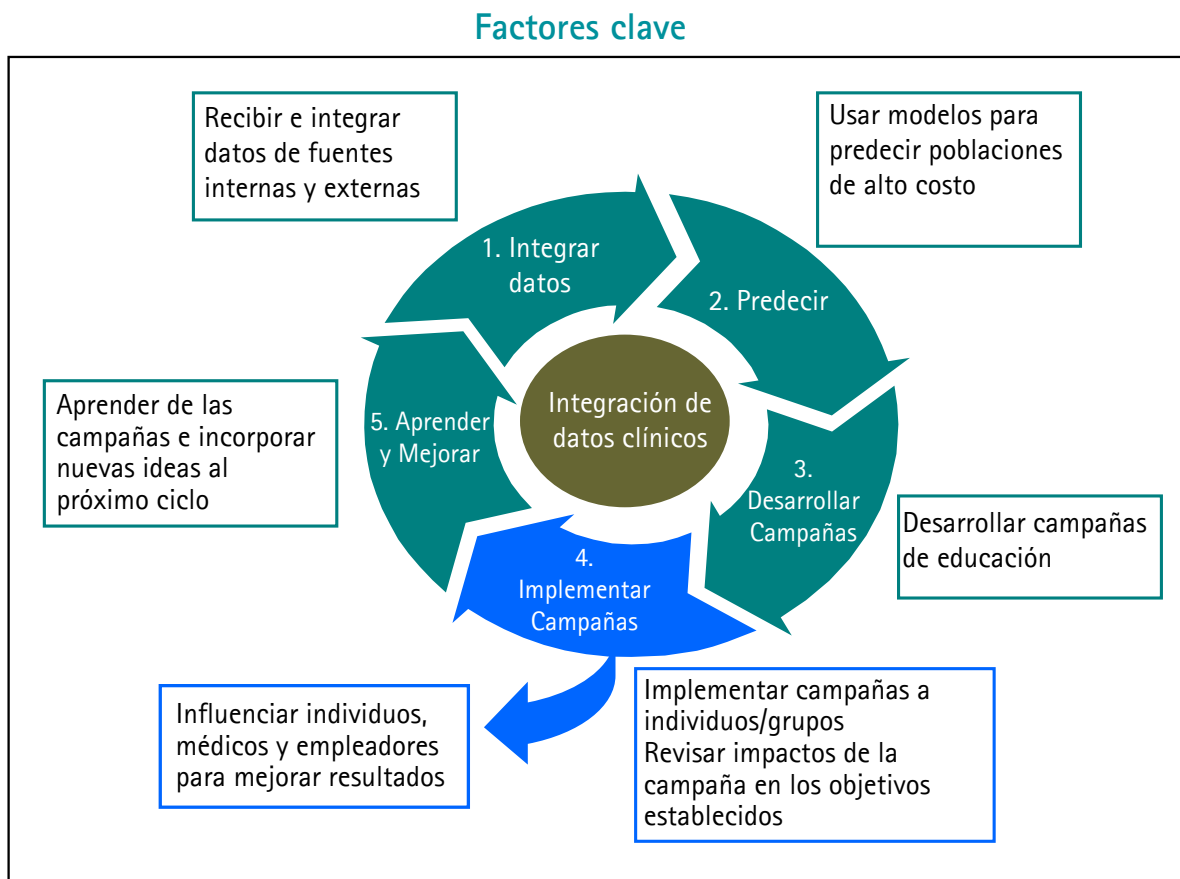
5. Coordinación de los cuidados: el foco es la gestión de utilización de recursos y la colaboración entre financiadores y prestadores. La visión longitudinal del paciente, junto con la información obtenida de cada interacción se utiliza para identificar tempranamente las necesidades de atención y coordinar los servicios, evitar duplicidades y mejorar la sinergia de los cuidados.

6. Medición de resultados: se refiere a la recolección de datos y medición de resultados de los programas implementados, junto con datos comparativos o benchmarks de mercado.

7. Gestión de prestadores: se trata de implementar estrategias de incentivos para alinear beneficios entre prestadores, pacientes y financiadores. Provee transparencia y herramientas a los pacientes para que puedan entender la diferencia entre prestadores, y así tomar decisiones informadas sobre su salud.

### Factores clave

Tener un enfoque de colaboración e integración es crítico. No basta con fijarse en "eventos" de salud o "episodios" de enfermedad; hay que entender lo que sucedió en el pasado y tratar de predecir qué puede ocurrir con la salud del paciente para hacer contribuciones que eviten recaídas. Esto requiere integrar la información en el continuo de la atención. Este enfoque proporciona mejores resultados y reducción de costos.



## Propuesta de Valor

Los planes de salud obtienen valor de los programas de *Care management* a través de múltiples mecanismos:

- Los procedimientos basados en reglas de negocio crean mayor consistencia en las atención de salud
- La capacidad de focalizar recursos en cohortes con mayor oportunidad de ahorros genera una reducción el costo médico entre 1 y 3% de toda la población de pacientes del plan de salud
- El mayor énfasis en acciones preventivas genera una población más sana, lo que contribuye a la disminución del costo médico
- Transparencia y mejor gestión de prestadores
- Alineamiento de incentivos de prestadores y pacientes
- Se producen reducciones del costo administrativo por eliminación de redundancias y mejor coordinación de servicios
- Posicionamiento más competitivo en el mercado; cambio en la imagen de marca

Los siguientes son resultados obtenidos por un programa de *Care management* en Estados Unidos.

*Adherencia al tratamiento y satisfacción de los beneficiarios:*

- Sólo el 20% de la población potencial identificada no participó por imposibilidad de entrar en contacto con ellos o negarse. Del 80% restante, el 90% ingresaron al programa.
- El 95% de las personas que ingresaron al programa recomendarían el mismo a otras personas.

*Reducción de costos de 1-3% por año:*

- Reducción de hospitalizaciones: 24% en poblaciones con enfermedad crónica.
- Reducción de cirugías: 20 a 40% de reducción apropiada de cirugías de pacientes en el programa.

*Mejores resultados clínicos:*

- Aumento en el uso de beta bloqueantes en pacientes con insuficiencia cardíaca
- Mejor control de pacientes diabéticos con determinaciones de microalbuminuria, lípidos séricos y retinoscopía.

### Caso de éxito: HAP

HAP (Health Alliance Partners) es una operadora de salud sin fines de lucro, basada en Detroit, Michigan. Cuenta con 560.000 beneficiarios y sus clientes son empresas de pequeño y mediano tamaño. Su facturación anual excede los 1.6 billones de dólares y cuenta con 830 empleados. Su web site es [www.hap.org](http://www.hap.org)

HAP solicitó que Accenture lo ayude a rediseñar sus programas de *Care management* y disease management. El primer paso fue identificar población con necesidades y que pudiera beneficiarse del contacto con los consejeros de salud. El segundo paso fue crear contenidos para las intervenciones y la gestión de los casos clínicos. El tercer paso fue crear la infraestructura tecnológica para identificar y clasificar los beneficiarios, soportar el flujo de trabajo y las métricas de desempeño del programa. El paso final fue establecer la metodología de medición. Los resultados obtenidos a un año fueron:

- 65% de reducción de admisiones
- 50% de reducción de visitas a salas de emergencia
- Compliance con la medicación que aumentó de 38% a 78%
- Reducción del costo médico de U\$S 0.53 pmpm

### Conclusiones

La adecuada gestión de salud requiere más que la suma de buenas voluntades de financiadores, prestadores y pacientes. El enfoque colaborativo es crítico; requiere integración, colaboración y el uso de nuevas herramientas y canales de comunicación. Ya no se trata de enfocarse en "eventos" de salud sino entender el estado de salud

## Acerca de Accenture

Accenture es una compañía global de consultoría en management, tecnología y outsourcing. Su objetivo fundamental es colaborar con sus clientes para ayudarles a hacer realidad la innovación que les permita convertir sus organizaciones en negocios de "High Performance".

Con profundos conocimientos en las distintas industrias, experiencia en procesos de negocios, amplios recursos con cobertura global y una probada trayectoria, Accenture pone a disposición de sus clientes la gente, las tecnologías y los conocimientos más adecuados para cada necesidad.

A nivel mundial la compañía cuenta con más de 170.000 profesionales en 49 países y en el ejercicio finalizado el 31 de agosto de 2007 logró una facturación de US\$19.70 billones.

Su página web es [www.accenture.com](http://www.accenture.com)

Para más información sobre cómo lograr un alto desempeño, contáctese con:

### Argentina

Marcelo Duerto  
[marcelo.v.duerto@accenture.com](mailto:marcelo.v.duerto@accenture.com)  
+ 54 11 4318 8534

Pablo Bonelli  
[pablo.bonelli@accenture.com](mailto:pablo.bonelli@accenture.com)  
+ 54 11 4318 8529

### Brasil

Andre Luiz Zottis  
[andre.l.zottis@accenture.com](mailto:andre.l.zottis@accenture.com)  
+ 55 11 5188 3494

### Chile

Daniel E. Rios  
[daniel.e.rios@accenture.com](mailto:daniel.e.rios@accenture.com)  
+ 56 2 337 7116

Alvaro Sandoval Trombert  
[alvaro.sandoval@accenture.com](mailto:alvaro.sandoval@accenture.com)  
+ 56 2 337 7116