

BASES CONCEPTUALES DE LA MEDICINA INTEGRAL PREPAGADA (Modelo Kaiser, de California)*

JAIME ARIAS R.

Filosofía, objetivos y antecedentes

Tal vez resulta conveniente comenzar por la historia del Sistema Kaiser para entender más fácilmente su filosofía y la manera como ésta ha venido adaptándose a las circunstancias cambiantes de los esquemas de prestación de servicios de los Estados Unidos. La medicina norteamericana es y ha sido considerada el prototipo de la *medicina capitalista*, donde las leyes del mercado dictan las líneas de desarrollo de la práctica médica, el incentivo económico es de gran importancia y la libertad de ejercicio profesional, de organización, de financiamiento y de pago es altamente considerada y respetada.

Situémonos en los comienzos del siglo XX, antes inclusive de la Revolución Marxista de la Unión Soviética. La práctica de la medicina y su organización eran en esencia *individualistas*. "El primer grupo de práctica clínica fue la "Clínica Mayo", establecida en 1914 y el primer grupo que utilizó el sistema prepagado con éxito fue el de Ross-Loos, en 1929, sin que éstos hicieran impacto significativo en los patrones tradicionales de la profesión médica de un hombre, un paciente, una oficina y pago directo por el servicio" (1).

* Este artículo complementa los puntos de vista expuestos en la ponencia del Dr. Jaime Arias y permite darse cuenta de la solución allí sugerida. (Nota de la redacción).

Un joven cirujano, el Dr. Sidney R. Gardfield y otros colegas, que trabajaban asociados en la época de la depresión en 1933, desarrollaron un sistema de atención médica combinado para accidentes de industria y atención individual de salud, para 5.000 trabajadores que laboraban en la construcción de un acueducto en el desierto de Los Angeles, California. Gardfield cobraba mensualmente \$1.50 dólares al trabajador e igual cantidad a una compañía aseguradora. Los obreros, los empresarios, la compañía de seguros y los médicos estaban muy satisfechos con el "plan", que le daba seguridad de ingreso a los médicos y significaba una fuente de servicios segura, pronta, eficaz y de bajo costo para los trabajadores.

En 1938, Henry J. Kaiser y su hijo Edgar trabajaban en la construcción de un gran lago artificial en el Estado de Washington, para lo cual contaban con una comunidad de 10.000 empleados y sus familias. Ante la insatisfacción de los obreros con el sistema tradicional de servicios médicos de pago directo el Señor Kaiser invitó al Dr. Gardfield, para que con un pre-pago de 7 centavos al día y 25¢ adicionales por hijo, atendiera a esta comunidad.

En 1942, Henry Kaiser, trasplantó el programa de Gardfield a sus armadores de buques de guerra para la Segunda Guerra Mundial, localizados en California y Oregón y a sus siderúrgicas en Fontana, California. Los obreros del Señor Kaiser iban desde los 16 hasta los 80 años y presentaban toda clase de riesgos de salud y por ende riesgos económicos. La cantidad de obreros protegidos llegó en 1945 a 200.000, pero disminuyó notablemente al terminar la guerra.

La combinación de dos mentes geniales y decididas, la de un cirujano y la de un notable industrial hicieron posible que el programa continuara después de la guerra e inclusive se extendiera al público en general.

La primera crisis del nuevo plan resultó de la oposición de los médicos y de las asociaciones médicas que consideraron anti-ético este tipo de trabajo asociado. En 1943 la Corte Suprema de Estados Unidos falló en contra de la Asociación Médica Americana, por violar las leyes antimonopolio contra la Asociación de Salud de Washington, D.C. (2). Sólo hasta 1959 cesó la resistencia pasiva de los grupos médicos con una

publicación del Informe Larson (3) de la Asociación Médica Americana que apoyó firmemente a la *medicina prepagada integral, tipo Kaiser*.

Hasta 1946 el programa fué propiedad de "Gardfield y Asociados" y luego se constituyó en entidad sin ánimo de lucro. Continuaron algunos conflictos entre la administración del programa y los grupos médicos, hasta que se llegó a un firme compromiso que aceptaba que la atención médica era tres cosas: una profesión, una empresa y una responsabilidad social. Se aceptó que la atención del paciente es función exclusiva de los médicos pero que a su turno los empresarios mucho tenían que ver con la organización y operación del programa. Se trataba pues de una voluntad para aceptar riesgos y aceptar responsabilidad financiera.

En la actualidad la fundación Kaiser funciona separada e independientemente de las industrias Kaiser, que aún utilizan en muchos casos los programas médicos de la Fundación Kaiser. Las industrias Kaiser son más de 100 compañías con 60.000 empleados y venden más de 2.000 millones de dólares en productos cada año. Están localizadas en 24 países. La Kaiser tiene una serie de fundaciones que contribuyen a los programas de salud aquí descritos, de las cuales las más importantes son la *Kaiser Foundation Hospitals*, la *Kaiser Foundation Health Plan* y los *Permanente Medical Groups*, que son agrupaciones médicas.

En los últimos 20 años los conceptos del programa Kaiser se han expandido notablemente por el mundo; citamos programas en Perú, Taiwan, Venezuela, Argentina, Nigeria, Brasil y varios países en Europa. En la actualidad funcionan en Latinoamérica varios programas basados en el modelo Kaiser y posiblemente en el futuro próximo se extenderá con mayor rapidez la extensión de este modelo.

Aunque funcionan numerosos programas prepagados en los Estados Unidos, tales como el H.I.P. de New York con más de 1.500.000 afiliados, el Harvard Community Health Program, el programa de Rochester y muchos otros, en ese país desde comienzos de esta década han venido apareciendo los H.M.O. (Health Maintenance Organization), que son aplicaciones del sistema prepagado en todo el país y que constituyen una de las políticas de salud más importantes de ese país.

Filosofía del Sistema

Desde hace años se ha venido afirmando que el sistema de salud ideal es aquel que permite amplia cobertura y fácil accesibilidad; que es efectivo a costos razonables y controlados; que satisface a los pacientes asegurándoles atención integral a todos sus problemas de salud en forma continua; que satisface académica, personal y financieramente a los profesionales y personal que proveen los servicios y que no causa déficit sino superavit presupuestario.

Dentro del mundo capitalista o de economía de mercado el sistema tradicional de medicina individual con pago directo de servicios o el sistema de pago fijo a los profesionales por horas de servicio, presentan serios limitantes que les impide llenar las condiciones óptimas enunciadas antes para un sistema ideal de servicios médicos.

Algunas fallas del sistema tradicional individual de pago directo son: 1) Crecimiento exagerado de costos, 2) carencia de control de la calidad de los servicios, 3) atención fragmentada y discontinua del paciente, 4) bajos rendimientos de los servicios, 5) incapacidad de prever y proyectar las actividades médicas y por consiguiente los costos.

El sistema de contrato por servicios o por tiempo tiene casi todas las fallas anotadas antes y otras propias: 1) La falta de continuidad es aún mayor, 2) no siempre existen estímulos económicos para los profesionales, 3) los costos de generalmente mayores, 4) la proyección de actividades tampoco es adecuada a las reales necesidades, y algo más grave, 5) la relación médico-paciente se toma impersonal.

La filosofía central de la medicina integral prepagada se apoya en la combinación del concepto de seguro, basado en predicción de riesgos, y el de empresa de servicios con descentralización de sus unidades principales que se controlan entre sí y al tiempo se apoyan.

La M.I.P. es un modelo de prestación de servicios para operar dentro de un contexto político-económico capitalista, pero tiene características de responsabilidad social que redistribuyen internamente las contribuciones/beneficio del sistema entre organización-proveedores y usuarios y evitan el abu-

so económico de la “empresa de servicios” o “los profesionales” frente al paciente.

A pesar del excelente resultado financiero de los sistemas de medicina integral prepagados, éstos han sido concebidos preferencialmente para ser desarrollados por entidades *sin ánimo de lucro*, lo que no significa que también puedan funcionar con criterio de lucro.

La M.I.P. implica una serie de cambios significativos y difíciles al patrón tradicional de organización de los servicios de salud y a la práctica profesional médica y odontológica. Veamos en detalle esos cambios:

A. Empresa Privada con responsabilidad social

Aunque el sistema M.I.P. ha sido experimentado preferencialmente por la empresa privada, también puede operar dentro del sector público, si se maneja con un criterio empresarial, de alta eficiencia, efectividad y rentabilidad. Pero en el caso de M.I.P. la empresa privada (o pública) tiene compromisos sociales evidentes.

El sistema M.I.P. tiene la obligación de mantener a su población afiliada en el mejor estado de salud posible (lo cual también es conveniente para el MIP) y para lograr ésto, emplea los mecanismos de una medicina positiva y activa, que busca al paciente y que lo hace participar en el proceso de la atención a la salud, que trata de diagnosticar precozmente la enfermedad y prevenirla y que no se contenta con responder pasivamente a una demanda, sino que induce la propia demanda, cuando la intervención del sistema es más efectiva y de menor costo.

El sistema M.I.P. trabaja fundamentalmente con grupos de población, más que con individuos separados; si bien es verdad que el paciente es el centro de la atención del sistema, también resulta válida la importancia del grupo afiliado. Este concepto tiene singular importancia práctica, en la contratación de servicios con empresas o agrupaciones más que con individuos y la posibilidad de que instituciones de seguridad social y cajas sub-contraten la atención de grupos amplios de población y no de individuos. El concepto de una población amplia y definida asegurada en una unidad de tiempo es de vital importancia.

B. Atención Integral y Continua a la Población

La responsabilidad del programa para con la población afiliada es la de ofrecer "paquetes amplios de beneficios" y no servicios incompletos o específicos. Se busca con ésto la creación de un sistema suficiente, donde el paciente pueda encontrar todos los recursos y procedimientos necesarios para mantener un buen estado de salud y se evite de esta manera la *fragmentación* de los servicios, que obliga al paciente a buscar apoyo en diferentes lugares y organizaciones. Como complemento de la atención integral, existe el concepto de atención continua y oportuna; que significa que el paciente ingresa al sistema y éste vigila su estado de salud continuamente, se responsabiliza del diagnóstico precoz, la prevención, la atención primaria y referida, la hospitalización, etc. sin que ocurran soluciones de continuidad. La atención oportuna significa que el paciente tiene acceso al sistema en cualquier momento, cuando lo necesite.

La obligación de ofrecer paquetes amplios de servicios tiene un interés administrativo para las entidades que contratan o sub-contratan servicios con el "programa"; por ejemplo una empresa industrial, una empresa comercial o una institución de seguridad social, saben que se contrató el servicio global y no fragmentos de éste, como suele ocurrir, con detrimento de la calidad de la atención y aumento desmedido de los costos.

Cuando es necesario contratar por un lado la atención primaria médica, por otro los servicios odontológicos, en otro lugar la hospitalización, los Rx con otra entidad, y cada servicio especializado necesita un contrato, el resultado es lamentable no sólo para el paciente que se ve sometido a transitar un sistema complicado sino para los administradores del programa que no pueden coordinar todas las actividades.

Se ha afirmado "que la atención integral prepagada parece ser la llave maestra que emplea Kaiser para controlar la utilización de servicios" (5); el prepago permite un arreglo contractual que elimina el incentivo de los médicos para proveer procedimientos innecesarios y la presencia de servicios ambulatorios de consulta externa, elimina el incentivo económico de los pacientes hacia hospitalización innecesaria (5). Finalmente, es el médico individual el que posee la mayor

influencia en el costo de la atención, pues dentro de un esquema amplio de beneficios, "determina cuánto y qué clase de servicios médicos deben recibir los miembros". Los médicos de Kaiser tienen conciencia clara de este peligro y evitan el abuso en la utilización de servicios, pues este abuso o exageración no significa para ellos beneficio financiero adicional y no contribuye a mejorar la situación del paciente.

C. Libertad y Asociación de Práctica

De una parte el sistema M.I.P. profesa respeto por el ejercicio libre y privado de la medicina, pero en el ángulo opuesto ese ejercicio libre se lleva a cabo en forma asociada, a través de lo que se denomina un "grupo profesional" o "grupo de práctica".

La relación médico-paciente se sujeta a las normas científicas y éticas necesarias en cualquier sistema de atención a la salud; el médico obra con criterio científico libre, buscando la más efectiva acción médica sin limitantes frente a sus colegas o al "programa" fuera de los dictámenes de una organización efectiva que controla gastos innecesarios. Hace por el paciente todo lo que él libremente debe y puede pensar, pero no hace sino lo necesario.

La Asociación de los médicos (y los odontólogos) en un grupo que comparte responsabilidades y reparte sus utilidades es parte esencial del sistema. "La agrupación permite la presencia de los especialistas necesarios, hace más eficiente y económico el uso de locales y equipos, facilita la interconsulta y permite controlar la calidad de los servicios" (6).

La Asociación de los médicos (Group Practice) tiene dificultades, pues priman los intereses del grupo frente a los del médico individual y éste tiene que ceder y amoldarse a las exigencias colectivas. Pero la Asociación compensa con creces a los profesionales, que reciben como grupo una suma mensual fija equivalente al número de personas afiliadas al sistema y la reparte entre los miembros de la Asociación conforme a un arreglo interno.

Permite además la Asociación una mejor distribución del tiempo y el esfuerzo de los socios que facilita la mayor dedicación de éstos a actividades complementarias de tipo académico y profesional y hace más agradable el trabajo.

D. Separación y Autonomía de las Unidades Funcionales

Para que el sistema pueda ofrecer una atención integral y continua y para disminuir costos, es importante que cuente con los elementos básicos o unidades primarias de cualquier "plan de atención a la salud", esto es la organización de apoyo, los servicios ambulatorios y los servicios hospitalarios. En el M.I.P. existen estas unidades primarias pero actúan separada y autónomamente, apoyándose entre sí, porque este apoyo y coordinación a todos conviene, pero a la vez controlándose unas a otras, porque ese control también conviene a todos.

Desde el punto de vista organizacional esta conveniente separación permite el ejercicio de los "chequeos y balances" que hacen el sistema tan efectivo. Cada unidad tiene autonomía en su trabajo pero lo debe hacer bien, pues está sometido al control de las otras unidades. Como se verá adelante las relaciones entre las unidades se especifican por medio de contratos legales que implican derechos y causan obligaciones.

Un corolario importante de esta separación de las unidades primarias del sistema es el mutuo respeto y confianza que debe existir entre aquellas; particularmente es importante resaltar la relación entre médicos y administradores. Los profesionales tienen autonomía en sus decisiones científicas pero entienden y aceptan la importancia del rol de administrador, que tiene otro tipo de responsabilidades que contribuyen finalmente al éxito del programa.

E. Satisfacción de Usuarios y Proveedores

Los sistemas tradicionales de atención médica fallan en ofrecer satisfacción por igual a quienes dan y reciben el servicio. Como se desprende de los puntos conceptuales descritos antes, el sistema M.I.P. busca finalmente que tanto los usuarios (el paciente) como los proveedores (el médico, el odontólogo, la organización) resulten satisfechos. Uno de los motivos de éxito del Plan Kaiser, es sin duda que la población, que entra y sale libre y voluntariamente, se encuentra satisfecha con los servicios recibidos y hoy son cerca de 3 millones los miembros afiliados a este Plan. Los profesionales también demuestran satisfacción; hoy día en los seis principales grupos Kaiser trabajan 2.000 médicos asociados y cerca de 1.000 en

proceso de asociación, como candidatos, los ingresos de estos médicos son similares o superiores a aquellos de los profesionales trabajando en la práctica privada individual de tipo tradicional.

ESTRUCTURA Y OPERACION. "EL CODIGO GENETICO KAISER"

Se habla de la existencia de un "Código Genético Kaiser", planteado por el Dr. Ernest Saward (7), consistente en los siguientes principios:

- A. Grupo de práctica profesional.
- B. Integración de facilidades institucionales.
- C. Prepago.
- D. El reverso de la economía
- E. Afiliación voluntaria.
- F. Responsabilidad del médico.

Para otros autores (8-9) existen diferentes principios que el Dr. Saward no menciona, siendo los principales la medicina preventiva, el cubrimiento integral y el pago por "capitación" o por número de afiliados.

En la implantación de cualquier sistema M.I.P. que siga o se base en el modelo de Kaiser es necesario respetar esos "principios", claro está dentro de cierta flexibilidad para cada uno de ellos. El prepago es por ejemplo, una condición necesaria, que puede implantarse en muchas formas, pero que debe existir. Veamos con mayor detalle estos principios del código genético Kaiser y analicemos sus posibles variantes.

A. Grupo de Práctica Profesional

Consiste en la asociación legal y organizativa de uno o varios grupos de profesionales en forma multiespecializada, quienes se comprometen por contrato a atender una población definida (ambulatoria y hospitalariamente), atención por la cual reciben una suma pactada según el número de miembros afiliados, suma que el grupo reparte entre sus miembros de acuerdo a un esquema interno; entre más personas se afilian al programa, mayor el ingreso del grupo.

Los grupos suelen ser de médicos, pero también existen de odontólogos, con un patrón de organización un poco diferente. Los grupos son compuestos de socios, asociados y profesionales empleados por el grupo, que pueden optar como socios, según las normas reguladoras del grupo. El personal para-médico y auxiliar no participa de los privilegios del grupo y generalmente son empleados de éste o dependen directamente del "programa".

Existen algunos pocos ejemplos en que el sistema M.I.P. funciona con un esquema de contrato por horas o por actividades desempeñadas, dando a los médicos una bonificación cada año acorde con el volumen de afiliados del "programa". Este esquema no es el de Kaiser pero puede ser útil en etapas tempranas, si no es posible la asociación voluntaria de los médicos.

B. Prepago de los servicios

El prepago es uno de los principios esenciales de la llamada Medicina Integral Pre-pagada; es quizás la diferencia más simple pero más básica con la medicina tradicional de pago por servicios prestados o post-pago. Sin el mecanismo del pre-pago no puede funcionar el sistema M.I.P.

El pre-pago es una prima que paga semestral o anualmente el paciente* y que le permite "asegurarse" de que los servicios médicos le serán prestados cuando los requiera, cubriendo así sus riesgos de enfermarse para ese período de seis o doce meses. El "programa" o "plan" determina una cuota que se fija anualmente con estudios actuariales que calculan el riesgo de enfermar de la población, lo cual hace posible estimar el costo total de la atención a esa población en un año. La prima por paciente equivale a ese costo/paciente/año, con algunos ajustes financieros.

El prepago tiene ventajas para el paciente y para el sistema. Al paciente le evita la incertidumbre de cómo pagar gastos de salud, particularmente aquellos inesperados y altos como serían una operación costosa de urgencia y otros del estilo. Además, el prepago facilita el cálculo de los gastos anuales en salud de la familia.

* Generalmente quien paga es la empresa donde trabaja el paciente.

Para el "programa" es bondadoso el prepago por varias razones. En primer lugar facilita todos los cálculos financieros del año, permitiendo la elaboración de flujos de caja, presupuestos y en general toda la planeación financiera de la empresa. Otro aspecto es que el dinero recibido al principio del año puede ser manejado por la empresa en forma que genere intereses, los cuales pueden representar la "ganancia" financiera del plan.

Para el profesional el prepago ofrece ventajas sobre los sistemas de pago por servicios. No se requiere el mecanismo del cobro de cada servicio prestado al paciente que además de ser complicado es "molesto" para el médico o el odontólogo.

El profesional entiende que no va a recibir pago por el servicio específico que prestó, una consulta por ejemplo, sino por el número de personas afiliadas al "programa", entonces acepta responsabilidad no solo para la atención de enfermos, sino para la vigilancia del paciente sano. De aquí se deriva lo que Cecil Cufting (10) ha llamado "la nueva economía de la medicina" que él explica así: es paradójico que los médicos, odontólogos y hospitales luchan por mantener la salud de sus pacientes, cuando derivan sus ingresos precisamente de la enfermedad de aquellos. En el caso del prepago, tanto a los hospitales como a los profesionales les resulta mejor si el paciente está sano.

Este principio del código genético Kaiser, se complementa con otro muy importante: la *afiliación voluntaria*; si los pacientes saben que pueden ingresar y retirarse del "programa" voluntariamente (dentro de algunos límites) actúan con un sentido más crítico, exigiendo más por lo que pagan. Del otro lado de la moneda tenemos profesionales que son conscientes de que si no ofrecen servicios efectivos, el paciente puede retirarse del "programa" a la primera oportunidad, disminuyéndose así el volumen de afiliados, base del ingreso de los profesionales y hospitales. Este es el mejor mecanismo de evaluación del sistema.

C. Énfasis en la Prevención

Si al sistema le conviene que su población no se enferme, para evitar así gastos de recuperación de la salud, los procedimientos de diagnóstico precoz y medicina preventiva, adque-

ren relieve en el sistema M.I.P. Igualmente conviene recuperar la salud pronto cuando ésta se ha perdido. En estos sentidos, el programa debe ser lo más integral posible, para prevenir que el paciente no utilice los servicios tempranamente en algunos casos.

Tal vez pueda afirmarse que los procedimientos de “detección multifásica” y “prevención” por medio de inmunizaciones, educación, etc., son más y mejor empleados en los planes Kaiser, que en ningún otro sistema de atención médica.

D. Sistema Tarifario por “Experiencia Global del Grupo”

A diferencia de la mayoría de los planes de seguros que fijan la prima o cuota con base en la denominada “experiencia individual” o sea en el riesgo probable para cada afiliado, el sistema M.I.P. basa esa prima en la “experiencia de toda la población” (Community Rating), que significa “la misma tarifa a cualquier grupo o persona para el mismo servicio, sin tener en consideración la prospectiva utilización de servicios de ese grupo particular”(16)

Dentro de este marco tarifario, las personas de bajo riesgo compensan en parte a las de riesgo mayor, creándose un sistema de redistribución y de equilibrio. Este mecanismo permite una gran estabilidad a la población que sabe que paga igual suma por los servicios contratados; por razones similares estabiliza las finanzas del “programa” que podrían fluctuar bruscamente en caso de cambios de afiliación según grupos de riesgo.

E. Ingreso por Afiliación (per capita) (capitation)

Mencionamos como un quinto principio del Código Genético Kaiser, la forma como los profesionales y los hospitales perciben su ingreso. El mecanismo se denomina en inglés “Capitation” y en español podríamos llamar “ingreso según volumen de afiliados”, y significa que el “grupo médico” y en algunos tipos de contratos “los hospitales” reciben ingresos de acuerdo al número de personas afiliadas al “programa”, lo cual crea un estímulo en todo el sistema para atraer nuevos miembros o afiliados y mantenerlos ya afiliados, mediante un servicio efectivo que satisfaga al paciente.

El sistema tiene algunas complejidades financieras, por cuanto el grupo médico y los hospitales reciben un ingreso mensual basado en la población que *atienden*, pero al finalizar el año, reciben una nueva compensación, que no es cosa diferente que la distribución de “excedentes” o “utilidades” que se relacionan con el volumen o número de afiliados.

Podría pensarse que un grupo médico atendiera más y más pacientes sin aumentar concomitantemente el número de seis miembros; eso no ocurre pues existen normas que señalan cuántos profesionales se requieren según el número de afiliados. De todas formas el sistema de “ingreso según volumen de afiliados” ha sido un estímulo eficaz en el crecimiento de los “programas” y en la calidad de los servicios ofrecidos en los mismos.

Estructura del M.I.P. en Unidades Primarias

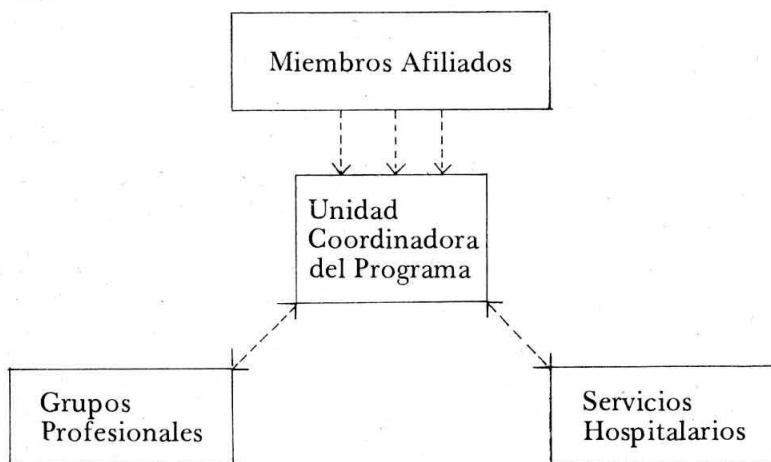
La estructura del modelo de atención integral Kaiser no fue preconcebida sino que obedece a una evolución que respondió a fuerzas legales, económicas, profesionales, sociológicas, técnicas y de otros tipos. Al estudiar la estructura del modelo Kaiser no podemos ignorar, cuándo nació y creció éste y bajo qué condicionantes y en qué tipo de sociedad ha acontecido ese crecimiento. Al proyectar un nuevo programa en una sociedad y organización político-económica diferente a la norteamericana, debe guardarse cautela y actuar con prudencia.

El modelo Kaiser o las variaciones que de éste pueda hacerse, no germinan con igual éxito en todo tiempo, lugar y circunstancia. Y si el trasplante es posible, éste debe ser antecedido de serios estudios de las limitantes que la situación particular impone.

Pero es cierto y así ha demostrado que muchos de los principios que constituyen el “código genético Kaiser” son válidos para una multitud de ambientes, siempre que se los adapte inteligentemente. Se corre el peligro en esas adaptaciones, de caer en los extremos de una copia textual de la estructura y operación del modelo, o de una adaptación parcial, que rompa el “código” completamente para crear un híbrido, que casi termina en el fracaso.

Insiste Scott Fleming, Vice-Presidente Ejecutivo de Kaiser Fund Plan y Kaiser Fund Hospitals que tres importantes aspectos de la estructura, son: *unificada* en organización, en financiación y en prestación de servicios (12). Pero esa "unidad" se alcanza a través de entes autónomos que son:

Los afiliados.
El programa (o plan) de salud.
Asociaciones profesionales.
Hospitales.



A. Afiliados

Los afiliados no hacen parte de la organización de servicios pero son el elemento más importante de cualquier sistema de atención médica. En el M.I.P. los afiliados se denominan *miembros* del programa y rara vez se los califica como pacientes, ya que estos miembros reciben servicios como personas sanas o como pacientes enfermos; se habla de paciente cuando el miembro se relaciona con el médico y no con el programa.

Como regla general el M.I.P. trabaja con "grupos de personas" más que con miembros o afiliados individuales, que también pueden inscribirse en el programa. Kaiser y otros programas trabajan principalmente con trabajadores y sus familias que se afilian a través de las respectivas empresas; estos

grupos de trabajadores representan el 87% del total de afiliados, el resto son personas que se inscriben individualmente o que deciden mantenerse en el programa al retirarse de su empleo.

En muchas de las empresas vinculadas con los programas se permite a los trabajadores y empleados optar por el M.I.P. en otros programas de atención médica.

En cuanto a la fuente de pago en M.I.P., en el caso Kaiser a más del 97% de los miembros, la empresa en que trabajan paga la totalidad o parte de los pagos correspondientes a la afiliación. En relación con la tarifa, existen algunos descuentos a empresas según el número de personas afiliadas, pero más interesante es la tarifa diferencial por unidad familiar. Ejemplo, el Plan Kaiser de Norte-California cobraba en 1971 mensualmente Col. \$188.00 a las familias de una persona, \$376.00 a las familias de dos personas y \$564.00 a las familias de tres o más personas (13).

Una pregunta que se formula frecuentemente cuando se proyecta iniciar un nuevo programa M.I.P. es la relacionada con el número ideal de miembros con que el programa debe comenzar. En el M.I.P. las economías de escala son esenciales, además de permitir mejores cálculos de los ingresos/egresos por concepto de riesgos. Uno a varios "casos" muy costosos pueden causar una catástrofe financiera a un programa muy pequeño en el volumen de sus afiliados, mientras que uno de amplio volumen, no le hace impacto.

La experiencia señala que grupos de población de 25.000 a 30.000 pueden manejarse separadamente, en lo que hace al grupo profesional particularmente, pero se puede iniciar un programa con 10.000 personas afiliadas siempre que se tomen medidas financieras derivadas de cuidadosos estudios actuales. Con volúmenes pequeños es necesario hacer arreglos especiales con hospitales y profesionales y someterse durante uno o más años a no obtener ganancias económicas.

B. Unidad de Coordinación del Programa

A esta unidad también se la llama Oficina de Plan, o de Planeación; en Kaiser corresponde a una de las fundaciones (K-Foundation Health Plan) y es en general de carácter no lu-

crativo. Podría afirmarse que tal unidad es el órgano crítico del sistema, en razón de que le corresponde el diseño del plan, la programación de actividades, la evaluación y control de la operación del sistema, el manejo administrativo y financiero y la contratación. Además tiene a su cargo otra función de importancia cual es la de inscribir los afiliados, recolectar los pagos de éstos y dirigir los miembros hacia el uso racional de los servicios. En algunos casos esta unidad provee locales al grupo médico, laboratorios, etc.

La forma de relación de la Unidad Coordinadora con el resto del sistema es mediante contratos o acuerdos. Con los miembros afiliados se firma un contrato de prestación de servicios, similar al de las compañías de seguros, por el cual el "programa" se compromete a "disponer" servicios; con los profesionales y con los hospitales se suscriben sendos contratos por los cuales éstos responden por la atención de grupos de población que se especifica.

C. Las Asociaciones Médicas

El tercer elemento del sistema son las Asociaciones o grupos de práctica, médicos, odontológicos, o una combinación de ambos. Son pocos los casos donde operan grupos odontológicos, por el carácter de estos servicios. En Kaiser los médicos están asociados en seis grandes agrupaciones denominadas K-P Medical Groups. Estas asociaciones suscriben un contrato de servicios ambulatorios primarios y de referencia con la Unidad Coordinadora del Programa, que los obliga, a atender continuamente a una población definida; el contrato puede incluir servicios de laboratorios, Rx, y otros, o estos servicios pueden ser suministrados por la Unidad Coordinadora. Una situación deseable es aquella en que el grupo médico puede comprometerse a la atención interna de los pacientes en los hospitales del programa, con lo cual se evita la acción frente al paciente de dos grupos médicos diferentes.

Existen algunos programas, como el Group Health Inc. de Minnesota, (14) donde los médicos son asalariados, alejándose este "plan" del "Código Genético Kaiser". Este tipo de arreglo es posible cuando resulta imposible establecer la asociación de médicos o en los comienzos del programa. De todas formas, para que se mantenga el incentivo, conviene repartir

un porcentaje de las utilidades con los profesionales, con base en el volumen de población afiliada.

En el caso de la "asociación", es importante una consulta jurídica y fiscal, para determinar cuál es el tipo de asociación apropiada al grupo y de acuerdo con la legislación del país y para estimar el impacto de cada tipo de asociación (sociedad de responsabilidad limitada, cooperativa, sociedad en comandita, etc.) en los impuestos tanto de la sociedad como de sus miembros.

La Asociación o grupo profesional se organiza con autonomía, designando una junta directiva renovable, un director, un fiscal, etc.; todas las decisiones importantes concernientes al grupo son discutidas ampliamente y definidas por éste. El grupo puede estar constituido por profesionales-socios, profesionales-asociados y empleados, como cualquier sociedad.

El grupo no tiene relaciones laborales con la Unidad Coordinadora, pero sí las tiene con sus empleados. Mensualmente aquella gira una partida establecida que el grupo utiliza para sus gastos, sueldos e inversiones. Al finalizar el año fiscal el grupo recibe otra partida adicional que resulta de una distribución acordada de las utilidades.

Las asignaciones a los miembros del grupo no son iguales, algunos de éstos pueden recibir un sueldo mayor, dependiendo este sueldo de varios factores, como son: antigüedad del socio, posición académica o profesional y otros factores acordados por el grupo en asamblea de socios.

Importante es anotar las acciones que el grupo puede realizar en favor de sus asociados. En primer lugar suscribe el grupo seguros de salud, enfermedad, retiro y otros para sus miembros; el número de días libres y de vacación es en estos programas más amplio, los socios pueden destinar un mayor número de días a las actividades académicas y otras ventajas derivadas de la asociación que se estudiarán adelante.

Finalmente, debe considerarse el tamaño y constitución del grupo. Existen amplios estudios sobre el número y especialidad de los profesionales que han de constituir el grupo en relación con el volumen y características de la población. El grupo ha de someterse dentro del contrato a ciertas normas

que la Unidad Coordinadora establece, con base en los estudios "actuariales" y de "recursos requeridos". La Tabla 1, nos señala cómo se distinguen profesionalmente los médicos de acuerdo a la especialidad, en uno de los grupos médicos Kaiser.

Debe observarse la inconveniencia de constituir un grupo basado exclusivamente en especialistas, ignorando la constitución de la demanda. En una población excesivamente joven, corresponde a los pediatras una mayor proporción que en una población de afiliados predominantemente adulta. Con frecuencia los internistas son asimilados a médicos generales, debido a la escasez de estos últimos en algunos países o a que no reúnen las calificaciones para ingresar al grupo.

Tabla 1
Southern California Permanente Medical Group
(Requerimientos de médicos por especialidad) (15)

DEPARTAMENTO	Por 100,000 Miembros	DEPARTAMENTO	Por 100,000 Miembros
Medicina Int/Gen.	34	Urología	2
Medicina General	10	Dermatología	2
Pediatría	15	Endocrinología	3
Obst-Ginec.	10	Oftalmología	2
Cirugía General	8	Medicina Física	1
Emergencia	2	Anestesiología	1
Ortopedia	3	Radiología	3
Neurología	1	Patología	1
Neurocirugía	1	Médico Adminis.	1
			100

D. Los Hospitales

La cuarta unidad primaria son los Hospitales o el Hospital, que mediante contrato con la Unidad Coordinadora se compromete a prestar los servicios propiamente hospitalarios (cuarto, dietética, enfermería, y uso de cualquier dependencia) para la población afiliada. Por lo general los servicios pro-

fesionales de médicos y cirujanos no se contratan con el hospital ya que son provistos directamente por la "Asociación de Médicos", que cuenta con las prerrogativas para usar el hospital. Como en el caso de los profesionales, el hospital participa con un porcentaje determinado, en la distribución final de excedentes cada año, o sea que también tiene el incentivo del "capitation".

Cuando comienza un programa pueden diseñarse otros tipos de contratos por "servicios prestados" y si es necesario estos servicios del hospital, pueden incluir el trabajo profesional de médicos diferentes a la asociación o grupo médico, lógicamente esta modalidad de contrato tiene desventajas financieras.

En el caso Kaiser, que hemos venido empleando como ejemplo, existe otra fundación, la K. Foundation Hospitals, que además de proveer los servicios anotados arriba, provee a los profesionales con las facilidades y equipos necesarios para su desempeño tanto ambulatorio, como dentro del hospital.

Operación del Sistema

Vistos los elementos primarios que constituyen la estructura básica de un sistema M.I.P., veamos ahora brevemente cómo funciona éste, o sea cómo se relacionan estas unidades primarias.

La modalidad de contratos entre la población de inscritos y la Unidad Coordinadora y entre ésta y las Unidades Profesionales y la Unidad Hospitalaria tiene por propósito *simplificar el proceso administrativo* y permitir un mayor control de la efectividad, calidad y costos de los servicios.

Cada Unidad tiene *autonomía en su campo* propio de operación; los médicos en su desempeño frente a los pacientes, los hospitales en los servicios que suministran, la Unidad Coordinadora en las relaciones financieras y la programación; sin embargo existe una armonía y coordinación entre estas unidades que se logra por medio de mecanismos de comunicación, control e información. Existe pues un sistema de "balance y control" que hace el sistema ágil y efectivo.

Se ha mencionado repetidas veces que el "código genético Kaiser" representa un modelo que en determinadas con-

diciones funciona bien, pero también se ha dicho que este código puede adaptarse a nuevas y cambiantes circunstancias. En la capacidad de saber adoptar este modelo radica el éxito de los nuevos programas.

Un aspecto cardinal del funcionamiento es el de la *planificación y programación* de todas las actividades que se llevan a cabo anualmente. Al tener poblaciones amplias, digamos de más de 10.000 afiliados, y realizar estudios epidemiológicos y actuariales se pueden determinar las necesidades de servicios de esas poblaciones y proyectar las actividades del año.

La experiencia de muchos programas o investigaciones sobre prácticas profesionales, permiten estimar el tipo y número de recursos necesarios para el año, (humanos, facilidades, equipos, suministros, drogas, etc.) y finalmente calcular los costos y realizar proyecciones financieras mensuales. Estos análisis fundamentan los aspectos financieros de los contratos, esto es, la prima que los afiliados deben pagar cada año, las transferencias al grupo o grupos profesionales, las transferencias a los hospitales, los costos administrativos, los costos de inversión, de mantenimiento, de depreciación, costos de financiamiento y el cálculo del excedente o superávit anual.

3. Ventajas del Sistema M.I.P.

Consideramos que este sistema de atención a la salud ofrece una serie de ventajas sobre otros sistemas tradicionales, ventajas que han sido destacadas en una serie de estudios (16) (17) (18) (19) (20), donde se comparan varios modelos, en términos de su eficiencia, efectividad, costo, beneficio y calidad de la atención.

Las ventajas pueden agruparse en seis categorías:

- A. Para los pacientes.
- B. Para las empresas afiliadas.
- C. Para los profesionales.
- D. Para los hospitales.
- E. Para la empresa/entidad de servicios de salud.
- F. Para la sociedad, en general.

A. Ventajas para los pacientes

1. Disponibilidad para encontrar en un solo lugar (o en pocos) todos los médicos generales y especialistas y los servicios técnicos adicionales (laboratorios, Rx).
2. Posibilidad de obtener atención programada o de urgencia las 24 horas del día todos los días del año.
3. La acumulación de toda la información médica del paciente en una sola historia clínica.
4. Facilidad en el proceso de referencia de pacientes, por razones administrativas, de costos y de vecindad de trabajo de los profesionales.
5. Seguridad de la calidad de servicios, ya que los conceptos, diagnósticos y tratamientos de cada médico son revisados por todo el grupo profesional.
6. Posibilidad (limitada) de escoger el médico y de mantenerse con el mismo profesional.
7. Simplicidad en los procedimientos lo cual disminuye la ansiedad de los pacientes.
8. Existencia de personal dedicado exclusivamente a la orientación e información de los pacientes.
9. El sistema prepagado, evita la preocupación del paciente al no tener que entregar gastos en cada encuentro con el sistema y le permite estimar mejor sus gastos médicos del año.
10. El sistema tiene mayor interés en los aspectos preventivos y positivos de la salud del paciente.

B. Ventajas para las empresas afiliadas

1. Satisfacción de los sindicatos con la prestación de un servicio integral.
2. La empresa puede proyectar sus gastos en la salud de empleados y familiares durante cada año fiscal.

3. Disminución de días de incapacidad pues el sistema evita el excesivo número de días de hospitalización y no fomenta la "incapacidad ficticia".
4. Existe una comunicación permanente entre la Unidad Coordinadora y las empresas afiliadas sobre el estado de salud de los miembros, organización de servicios, programas educacionales, en fábricas, etc.

C. Ventajas para los profesionales

1. Se dedican al ejercicio profesional exclusivamente sin preocupaciones administrativas, además ese ejercicio se lleva a cabo en las mejores condiciones técnicas, con acceso fácil a buenos equipos, etc.
2. Existe un constante estímulo académico dentro de la práctica asociada y al tiempo una motivación por la buena calidad de las actividades del grupo.
3. El acceso a otros profesionales para interconsulta es fácil.
4. Los servicios para médicos y auxiliares están disponibles en forma eficiente.
5. Se elimina la relación monetaria directa con el paciente, que a veces resulta incómoda.
6. Se asegura un ingreso económico estable y de nivel competitivo.
7. Se puede trabajar dentro de un horario organizado repartiéndolo entre los miembros del grupo el trabajo nocturno, hospitalario y de urgencias.
8. Hay tiempo disponible para educación continuada, docencia y descanso. No hay problema con las vacaciones, pues se prevén los reemplazos.
9. Existe un buen número de bonificaciones que cada grupo señala para sus miembros.

D. Ventajas para los hospitales

1. Permite aumentar el volumen de pacientes y por consi-

guiente de ingresos que se calculan anticipadamente cada año.

2. En la liquidación final de cuentas el superávit es repartido entre U. Coordinadora, U. Profesionales y Hospital.
3. Cuando el hospital tiene varios sistemas de servicios, uno de los cuales es el M.I.P., se crea una emulación conveniente entre ellos.

E. Ventajas para la entidad de servicios

1. El M.I.P. es un sistema controlado de manejo relativamente fácil.
2. La programación es factible dentro de aceptables límites de precisión.
3. Cuando el sistema es bien organizado y manejado comienza a producir superávit a los pocos años (dos-tres) de establecido, o aún antes; es pues un sistema "autofinanciado".
4. Los contratos con profesionales evitan relaciones laborales y otro tanto sucede con los acuerdos hospitalarios.

F. Para la sociedad en general

1. Se crea una situación de competencia y emulación, que sirve a todo el sistema nacional de atención médica, como ha sucedido en Estados Unidos con los H.M.O.
2. Se abren nuevas perspectivas para los servicios de salud, al ensayarse "otros" modelos de prestación de servicios.
3. Si se prueba que el sistema M.I.P. controla los costos de la atención médica, puede ocurrir por el mecanismo de mercado, una baja en la llamada "inflación de precios médicos".
4. Al crearse otro mecanismo de financiación de la atención a la salud, se liberan ciertos gastos subsidio, pudiéndose ampliar la cobertura general.

4. Limitaciones del Sistema M.I.P.

A. Para el paciente

1. La posibilidad de escoger el médico se limita al tamaño del grupo médico; la escogencia de hospital está totalmente restringida al, o los hospitales del programa.
2. En ocasiones la relación interpersonal médico-paciente es superficial o no existe, en gran parte debido al uso extensivo de personal auxiliar.
3. Debido a la gran carga de pacientes, el tiempo que el médico dedica al paciente es limitado y en ocasiones se presentan retardos en cumplimiento de citas.
4. El prepago puede debilitar en algunos médicos el incentivo de atender bien a los pacientes.
5. Como se tiende a que las facilidades (consultorios-etc.) estén centralizados, ésto puede causar incomodidades a algunos pacientes.

B. Para los profesionales

1. Algunos profesionales ganan más dinero en su práctica privada individual, lo cual los desalienta de participar en un sistema M.I.P.
2. El profesional pierde cierta libertad al someterse a las reglas y regulaciones del grupo, a más de estar siempre vigilado por sus colegas.
3. La práctica de grupo puede conducir a algunos de los médicos a una práctica superespecializada.
4. Se pueden crear roces o antipatías entre los miembros del grupo y profesionales fuera del grupo.
5. Cada miembro del grupo sufre los errores cometidos por el resto de los asociados.
6. Por el ánimo de actuar con la mayor eficiencia el ejercicio profesional se puede llegar a "mecanizar".

7. Por la índole del trabajo de grupo se pueden presentar fricciones entre los profesionales integrantes del grupo.
8. Puede resultar difícil provocar la salida de un socio no deseado por el grupo.
9. La aplicación de los criterios para repartir el dinero entre los socios puede producir diferencias en el grupo.
10. Ocurre con alguna frecuencia que a pesar del compromiso de los socios del grupo de trabajar exclusivamente para éste, algunos mantienen su actividad profesional fuera del programa.
11. Pueden presentarse diferencias o malas interpretaciones de los contratos con la Unidad Coordinadora.
12. El trabajo del grupo en el hospital puede causar diferencias con otros profesionales que simultáneamente trabajan en el hospital y no son miembros del grupo.

Nota: Buena parte de las ventajas y limitaciones señaladas arriba han sido tomadas del "Manual de Planificación de la Práctica de Grupo". Publicado por el Estado de New York en 1971 (21).

Conclusión

El Sistema de Medicina Integral Prepagado, que tiene en el plan Kaiser-Permanente un ejemplo importante, ha sido descrito en forma muy general. Se desprende de las ideas presentadas que se trata de un modelo de atención médica novedoso pero muy experimentado y aplicable dentro de una economía de tipo capitalista.

Dentro de una cierta simplicidad y mucha claridad de las relaciones de los elementos de una estructura del sistema, existe complejidad que muchas veces no se alcanza a entender en una primera aproximación a su estudio.

Esta complejidad comienza cuando se toma la decisión de establecer un programa. Son difíciles las investigaciones previas que se requieren para analizar la comunidad objeto del programa, las condiciones en que éste ha de llevarse a cabo,

los recursos disponibles y la forma de aplicarlos. También es difícil, más que complejo, el funcionamiento del sistema, sobre todo en las primeras etapas que demandan mucha comprensión de parte de los administradores, planificadores, profesionales y empleados.

Un área muy nueva aún es la odontología prepagada que funciona con un esquema diferente, pues en este tipo de patología es más importante la "prevalencia" que la "incidencia" de las enfermedades, combinando entonces los mecanismos y estrategias de intervención. Por estas razones y otras, lo dicho en esta descripción tiene aplicación a la odontología, pero dentro de ciertos límites.

Debe resaltarse un peligro latente: dadas las buenas posibilidades de obtener "ganancias" financieras puede desviarse el propósito del programa dando una prioridad al lucro, cuando el indiscutible valor del M.I.P. radica en la efectividad, calidad, satisfacción y control de costos de la atención médica. No puede olvidarse en ningún momento, que el principal objetivo de este modelo es *el paciente*.

Nota: Cualquier información adicional puede solicitarse por escrito a los doctores Francisco Yepes o Jaime Arias.

NOTAS

1. WILLIAMS, G. "Kaiser, what is it? Wow does it work? Why does it work?" Special Report. Modern Hospital. Vol. 116, No. 2 Feb. 1971.
2. A.M.A. vs. U.S., 317 US. 519 (1943).
3. LARSON, L. et al. Report of the Commission on Medical Care. J.A.M.A. Jan. 17. 1959.
4. PHELAM, J. et al. "Group Practice Prepayment: An Approach to Delivering Organized Health Services". Symposium on Health Care. Duke Univ. School of Law. 1970.
5. Report of the National Advisory Commission on Health Manpower (1967).
6. CUTTING, C. "Historical Development and Operating Concepts" Symposium on Kaiser Medical Care Program. 1971.

7. SAWARD, E. "The Relevance of Prepaid Group Practice to the Effective Delivery of Health Services". Office of Group Practice Development. DHEW, 1969.
8. KAISER, Industries Corporation "The Prescription for Health" in the Kaiser Story. 1968.
9. KAISER FOUNDATION MEDICAL CARE PROGRAM. Annual Report, 1960.
10. CUTTING, C. "Historical Developments and Operating Concepts" in A. Symposium on K-P Medical Care Program Ed. Somers N.Y. 1971 (ver 6).
11. A. Weisman. "Achieving a Balanced Membership in Health Plans". Group Health Ass. of America. 1960.
12. FLEMING' S. "Anatomy of the Kaiser-Permanent Program", in K-P-Simposio. Somers. Ed. N.Y. 1971 (ver 6).
13. A. Weissman y R. Anderson. "Characteristics of Health Plan Membership". K-P Simposio. Somers Ed. N.Y. 1971 (ver 6).
14. GROUP PRACTICE, N.Y. State Health Planning Commission 1971.
15. BOARDMAN, J. "Utilization Data and the Planning Process K-P Simposium. Idem. (ver 6).
16. DONABEDIAN, A. "An Evaluation of Prepaid Group Practice". Inquiry Vol. VI No. 3 (Sept. 1969).
17. KLARMAN, H. "Approaches to Moderating the Increases in Medical Care Costs" Medical Care, Vol. VII No. 3 (Mayo-Junio, 69).
18. KLARMAN, H. "Effect of Prepaid Group Practice on Hospital Use". Public Health Reports, Vol. 78 Nov. 1963.
19. DONABEDIAN, A. "A Review of Some Experiences with Prepaid Group Practice. Burean of Public Health Economics, Research Series No. 12. 1965.
20. MILTON, R. et. al. Health Insurance Plans Studies in Organizational Diversity. Los Angeles: UCSPH. 1970.
21. GROUP PRACTICE: Planning and implementing a community wide prepayment plan. N.Y. State Health Planning Commission. Sept. 1971.