

**Managed Prepaid
Health Care
in Latin America
And the Caribbean:
A Critical Assessment**

*Prepared for the
Agency for International Development
Health and Nutrition Division
Bureau for Latin America and the Caribbean*

The Group Health Association of America, Inc.

VOL III

**MANAGED PREPAID HEALTH CARE
IN LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN:
A CRITICAL ASSESSMENT**

**Submitted By
THE GROUP HEALTH ASSOCIATION OF AMERICA, INC.
SEPTEMBER, 1985**

**PREPARED UNDER COOPERATIVE AGREEMENT LAC # 000-A-00-4049-00
for the
AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT
BUREAU FOR LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN**

VOLUME III

527

MANUAL
PARA DETERMINAR
LA FACTIBILIDAD
DE UNA ORGANIZACION
PARA EL MANTENIMIENTO
DE LA SALUD

Por el

Dr. Paul Zukin

HEALTH
MANAGEMENT
GROUP, LTD.

528

**HEALTH
MANAGEMENT
GROUP, LTD.**

700 Blair Avenue, Piedmont, California 94611
TELEPHONE (415) 652-2770

**MANUAL
PARA DETERMINAR
LA FACTIBILIDAD
DE UNA ORGANIZACION
PARA EL MANTENIMIENTO
DE LA SALUD**

Por el
Dr. Paul Zukin

Elaborado para
Group Health Association of America, Inc.
624 Ninth Street, N.W.
Washington, D.C/ 20001

1985

529

Titulo del Original: Guide to the Assessment of Health Maintenance Organization (HMO) Feasibility by Paul Zukin, M.D., Health Management Group, Ltd.

Nota del Traductor: El concepto de Health Maintenance Organization (HMO) tiene un contenido más amplio que el literal de "Organización para el Mantenimiento de la Salud" utilizado en la carátula. No existe en español un termino generalmente aceptado para referirse a este tipo de organizaciones de derecho privado, que proporcionan atención médica integral a un grupo de suscriptores, los cuales se afilian en forma voluntaria bajo el sistema de prepago y que brindan la atención médica, al menos en parte, con servicios propios o administrados directamente. En el transcurso del texto, en consecuencia, el término HMO será traducido como Organizaciones de Prepago y Prestación Directa de Servicios de Salud (OPFDSS). Con variaciones en cuanto a la forma de organización, funcionamiento y financiamiento, existen en América Latina instituciones asistenciales similares, aunque no idénticas a las HMO de los Estados Unidos. Ejemplos en este sentido son, entre otros, las Instituciones de Medicina de Grupo en Brasil, las Mutualistas o Cooperativas Medicas de Uruguay, las Obras Sociales de Argentina y los Institutos de Salud Previsional de Chile.

I N D I C E

<u>Capitulo</u>		<u>Pagina</u>
1.0	RESUMEN	1-1/6
2.0	INTRODUCCION	2-1/3
3.0	DESCRIPCION DE DIVERSAS ESTRATEGIAS (O TIPOS) DE SEGUROS DE SALUD	3-1/30
4.0	AFROXIMACION A LA EVALUACION DE LA FACTIBILIDAD-- EL PROCESO Y SUS FASES	4-1/6
5.0	ANALISIS DEL SISTEMA EXISTENTE DE SERVICIOS DE SALUD	5-1/3
6.0	UNA NUEVA ORGANIZACION DE SERVICIOS DE SALUD: SU ENTORNO	6-1/4
7.0	FACTIBILIDAD JURIDICA: LEGAL/REGLAMENTARIA	7-1/13
8.0	EVALUACION Y PLANIFICACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD	8-1/12
9.0	FACTIBILIDAD DEL MERCADO	9-1/15
10.0	FACTIBILIDAD FINANCIERA	10-1/23
11.0	FACTIBILIDAD ORGANIZATIVA Y GERENCIAL	11-1/6
12.0	ADMINISTRACION DEL ESTUDIO DE FACTIBILIDAD	12-1/7

VOCABULARIO

BIBLIOGRAFIA

1.0 RESUMEN

Los programas de atención médica integral, financiados por el método de prepago, se han vuelto cada vez más populares en estos últimos años, evolucionando típicamente como mecanismos alternativos al sistema tradicional privado de pago por acto médico. En el uso común, al menos en los Estados Unidos, estos programas se conocen como las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud, o simplemente HMOs. Este manual para determinar la factibilidad de una organización para el mantenimiento de la salud (Organización de Prepago y Prestación Directa de Servicios de Salud: OPDSS) aunque aplicable en forma general, ha sido elaborada para ser usa da particularmente en países distintos de los Estados Unidos.

Las OPDSS se definen como organizaciones formales del sistema de prestación de servicios de salud que combinan las funciones financieras y de administración directa de servicios a los efectos de proporcionar servicios de salud integral a un grupo de afiliados vinculados voluntariamente a la institución a cambio de un pago fijo efectuado en forma previa. Su popularidad deriva de su habilidad para reducir los costos de la atención médica en forma significativa al tiempo que proporciona servicios de salud de carácter más integral que los que generalmente son proporcionados por el sistema tradicional de pago por acto médico. Mediante su énfasis en la prevención de la enfermedad y en el tratamiento temprano de los problemas de salud, más que en el tratamiento de las enfermedades avanzadas, las OPDSS tienen por meta el mantenimiento de la salud y de ahí su nombre en inglés.

A pesar de sus numerosas ventajas, las OPDSS no son siempre bien re cibidas. Estas organizaciones pueden ejercer una presión competitiva significativa sobre los proveedores de servicios de salud bajo el sistema tradicional de pago por acto y sobre las compañías aseguradoras que venden pólizas de seguros de salud. Asimismo, pueden amenazar los intereses no económicos del grupo médico que trabaja bajo la forma de pago por acto

532

médico debido a que las OPPDSS persiguen metas diferentes y utilizan métodos no tradicionales de financiar y prestar los servicios de salud.

Sin embargo, no todos los proveedores privados de servicios de salud tienen una posición antagónica a las OPPDSS. Cuando los hospitales existentes se encuentran subutilizados, las OPPDSS pueden proporcionar una fuente de pacientes. Más aún, los organismos gubernamentales (programa de seguro social y aún los Ministerios de Salud) pueden llegar a la conclusión de que las OPPDSS son mecanismos alternativos atractivos para lograr un funcionamiento más eficiente del sector privado y para reducir la duplicación de las plantas físicas, equipamientos y otros recursos afectados al sector salud. Pero quienes apoyan el desarrollo de las OPPDSS con mayor entusiasmo son los empleadores que, por ley o por contrato con sus trabajadores, están obligados a pagar los servicios de atención médica de éstos. Esto se debe a los ahorros de costos que generan estas organizaciones y al hecho que los empleadores conocen con anterioridad los costos de la atención médica.

Las OPPDSS son entidades empresariales que combinan los componentes de atención de salud (la estructura gerencial per se, médicos y plantas físicas para los servicios de salud) y estos componentes pueden ser amalgamados y relacionados entre sí en una variedad de mecanismos. A los efectos de establecer la factibilidad de una futura OPPDSS, es necesario demostrar si:

- . La OPPDSS puede ser creada y puesta en funcionamiento desde el punto de vista jurídico.
- . Se puede establecer una red para proporcionar los servicios de salud contratados que han sido objeto de convenio con los afiliados.
- . Existe un clima favorable y un mercado para la OPPDSS y sus servicios.
- . Se obtendrán recursos financieros suficientes para establecer y poner en funcionamiento la organización.
- . Existe o se puede crear una estructura organizativa adecuada para conducir en forma exitosa la institución.

Los factores que influyen o determinan la factibilidad de una OPPDSS están constituidos por la organización y características del sistema de servicios de salud del país, el lugar en que se instalará la OPPDSS que se propone crear, así como las consideraciones de carácter legal, reglamentario, institucional y económicas. Sin embargo, tiene particular importancia las necesidades y aspiraciones de la organización que propone el desarrollo de la OPPDSS. Estas determinarán en gran medida cómo la OPPDSS será organizada y operada.

Se ha sugerido que la determinación de la factibilidad de una OPPDSS se realice en fases. Estas son una evaluación preliminar seguida de un completo estudio de factibilidad. Suponiendo que la factibilidad ha sido establecida, entonces se llega a la fase de pre-implementación.

Los objetivos y las actividades de la evaluación preliminar y del estudio de factibilidad son:

- . Evaluación Preliminar--Identificación y análisis de las restricciones y oportunidades más importantes para desarrollar una OPPDSS considerando la situación del organismo que intenta crearla y otros factores relevantes desde el punto de vista ambiental. Esta fase determina si conviene o no proceder con un estudio completo de la factibilidad.
- . Estudio de Factibilidad--Tiene por objeto determinar si todos los componentes y aspectos esenciales de la OPPDSS a crearse están presentes o pueden ser reunidos y que las restricciones identificadas pueden ser superadas. En esta fase es necesario proporcionar evidencia de los siguientes aspectos:
 - Factibilidad Legal/Reglamentaria--Hay cuatro aspectos de esta factibilidad que deben ser establecidos: primero, demostrar que existe una autorización legal, o por lo menos que no existe una prohibición, que permita la formación y el funcionamiento de una OPPDSS; segundo, evaluar las restricciones o limitaciones que la autoridad pueda imponer sobre la OPPDSS; tercero, identificar cualquier otra limitación o barrera que pueda interferir o poner en peligro a la OPPDSS; y cuarto, tomando como base la evaluación jurídica, diseñar

534

una estructura organizativa para la OPPDSS a crearse que dará cumplimiento a los diversos requisitos de tipo legal y reglamentario. A los efectos de cumplir las tareas señaladas previamente, se requiere la identificación de leyes y códigos de seguros aplicables, de las restricciones que puedan oponerse a la propaganda y al ejercicio corporativo o grupal de la profesión médica, identificar las oportunidades de cooperación entre los sectores públicos-privados, evaluar los requisitos exigibles a los servicios de salud y explorar o identificar otras disposiciones jurídicas u otras restricciones legales.

- Factibilidad de la Prestación de Servicios de Salud--Se debe demostrar primero que: un paquete de servicios de salud puede ser establecido de forma tal de satisfacer las metas de la OPPDSS en forma competitiva dentro de los parámetros de costos prevalentes en el mercado; a continuación se debe demostrar que se puede diseñar y desarrollar un sistema de prestación de servicios de salud; luego, que la red de plantas físicas y equipamientos para la salud, los médicos y otros proveedores que producen los servicios pueden ser movilizados; finalmente, que se pueden desarrollar e implementar medidas aceptables o adecuadas destinadas a evaluar la calidad de la atención y a controlar la utilización de los servicios.
- Factibilidad del Mercado--La captación de una porción suficiente del mercado para asegurar la habilidad de la OPPDSS para satisfacer sus metas financieras y de otro tipo es un elemento crítico de su éxito. Debe demostrarse que existe, o que se puede desarrollar, un clima positivo para la OPPDSS y que los parámetros demográficos, económicos y de estado sanitario de la población así como que los recursos de atención en salud son tales que la OPPDSS puede alcanzar su punto de equilibrio dentro de un plazo aceptable. Esto requerirá el ser capaz de identificar en forma específica empresas o empleadores. Tengo entendido que empresas, empleadores u otras organizaciones están dispuestas a financiar la afiliación de un número adecuado de integrantes. Tanto el conjunto de servicios ofrecidos como el costo de estos servicios deberán ser competitivos con las opciones que en atención de salud se ofrecen por parte de

535

las compañías de seguros y de otros proveedores.

- Factibilidad Financiera--Para que una OPPDSS sea financieramente factible, debe demostrar su capacidad para obtener financiamiento adecuado para el desarrollo inicial así como para su funcionamiento, ser capaz de soportar un cierto grado de demandas financieras imprevistas (por ejemplo: relacionadas con modificaciones en el número de afiliados y/o los costos, etc.) y alcanzar el punto de equilibrio dentro de un plazo razonable, es decir cinco años. Para hacer esta determinación hay tres actividades esenciales. La primera es analizar el presupuesto y los costos proyectados del programa propuesto. En segundo término se deben proyectar a lo largo del tiempo los requisitos financieros. Finalmente, la fuente o fuentes de financiamiento y la gestión financiera en lo relativo al flujo de fondos debe ser especificado y también éstos proyectados a lo largo del tiempo.

Debido a que los requerimientos financieros dependen de las características de los servicios de salud y de los factores del mercado, es evidente que el análisis de la factibilidad de los diversos aspectos de la OPPDSS a crearse están interrelacionados y que las evaluaciones de los mismos deben ser conducidas en forma simultánea y con personal actuando en equipo.

- Factibilidad de la Estructura Organizativa y Gerencial--Existen diferentes formas de combinar los componentes de una OPPDSS y de establecer una organización operativa (éstas son discutidas en extenso en el transcurso del texto). Se debe poner considerable atención y cuidado en analizar los diversos modelos de las OPPDSS en el contexto de su capacidad para encajar perfectamente en las características únicas de la situación que se está evaluando. Este análisis debe incluir no solamente la determinación de cómo se estructuran e intercombinan los diversos componentes sino también determinar cómo debe ser administrada o manejada la organización de forma tal de asegurar de la mejor manera posible un funcionamiento sin contratiempos y armonioso y una estructura de características tales que sea flexible al cambio y al crecimiento.

Finalmente, una palabra sobre la conducción o administración de la propia determinación de la factibilidad. Las OPPDSS son organizaciones complejas, y la evaluación de su factibilidad es un desafío importante. Los numerosos factores que deben ser considerados requieren un enfoque lógico y planificado, utilizando para la determinación personal capacitado y con experiencia. Una buena forma de conseguir esto, es estableciendo equipos de evaluación en cada una de las áreas más importantes--jurídica/reglamentaria, servicios de salud, mercadeo, financiamiento y organización/manejo gerencial. Antes del comienzo de las actividades se deben establecer las especificaciones para cada uno de los equipos. Cada especificación debe contener los objetivos de la evaluación; las fechas de comienzo y finalización de las tareas; los productos finales que son esperados; la composición del equipo y la asignación de tiempo; los recursos requeridos; las limitaciones y los supuestos sobre los que se desarrolla la propuesta de evaluación, la metodología; y el plazo para el cumplimiento de las actividades y las metas intermedias y finales a cumplir.

2.0 INTRODUCCION

En la década pasada las Organizaciones de Prepago y Prestación Directa de Servicios de salud (OPPDSS) han logrado una presencia creciente en los Estados Unidos. También se las encuentra con frecuencia creciente en otros países donde existe el ejercicio privado de la profesión médica.

Existen numerosos problemas con el sistema tradicional de servicios de salud de carácter privado y financiado por el método de pago por acto. Por ejemplo, el pago por acto médico tiende a fragmentar la atención médica y a concentrar fundamentalmente los esfuerzos en el tratamiento de las enfermedades. Los costos de la atención se controlan en forma imperfecta y en consecuencia se incrementan en un ritmo alarmante.

Para superar algunos de estos problemas se han desarrollado sistemas de prepago que están unidos a la prestación de los servicios de salud. Esto ha supuesto una reestructura de la atención médica poniendo mayor énfasis en la prevención de la enfermedad y en la promoción de la salud a los efectos de mantener la salud, de ahí que estos sistemas se hayan denominado organizaciones para el mantenimiento de la salud, o simplemente HMOs.

Una OPPDSS es un sistema formalmente organizado de prestación de servicios de salud que combina las funciones de financiamiento y de prestación de los servicios y que provee atención médica integral a un grupo de afiliados que se enrolean en forma voluntaria a cambio de un pago fijo efectuado con anterioridad.

Debido al aumento de los costos de la atención médica en los Estados Unidos, el Gobierno Federal ha presionado vigorosamente la extensión de las OPPDSS como una alternativa al sistema de servicios de salud tradicional. Al principio existió apoyo gubernamental de carácter financiero para desarrollar las OPPDSS. Sin embargo, desde 1981, el sector privado ha asumido ese rol. A los efectos de reglamentar y controlar diversos aspectos

tos de la creación y del funcionamiento de las OPDSS, se ha elaborado un conjunto extenso de leyes y decretos. Estos instrumentos jurídicos, además de establecer los requisitos de carácter financiero y jurídico, norman el contenido del programa de servicios de salud, el rol del consumidor en la organización incluyendo la formulación de políticas en la misma y, en alguna medida, las actividades de mercadeo de la organización.

En otros países, cuyos sistemas de servicios de salud difieren del de los Estados Unidos y donde el entorno legal, reglamentario, institucional, socio-cultural y político también difiere de aquél, los requisitos para crear y poner en funcionamiento una OPDSS pueden no ser los mismos que los de los Estados Unidos.

Una OPDSS debe ser considerada, además de un programa de servicios de salud, una entidad empresarial. Para ser viable, cualquiera sea la asistencia que pueda recibir durante su desarrollo, la OPDSS debe probar su capacidad para volverse auto-suficiente en un plazo razonable, digamos cinco años o menos. Asimismo, debe ser capaz de competir con otros proveedores de servicios de salud y de ofrecer un programa de servicios básicos en forma continuada que sea aceptable a la población que intenta servir.

En cualquier país existe una variedad importante de servicios de salud ofrecidos a la población. Estos comprenden tanto las entidades públicas como privadas, así como varias opciones de atención médica. Para determinar la factibilidad de una OPDSS en un país en particular, es necesario primero comprender el estado de salud y las necesidades sanitarias del área a ser servida, la organización de los servicios de salud en su referida área y la forma en que dichos servicios se financian. Quién paga por qué servicios, cuándo y bajo qué circunstancias.

Se ha hecho referencia anteriormente a que una OPDSS es fundamentalmente una actividad del sector privado, sin perjuicio de que algunas de

estas instituciones atienden a pacientes que son de responsabilidad del sector público y cuyo prepago proviene de fondos públicos. A los efectos prácticos, la OPPDSS está comprendida dentro del concepto de seguros de salud que, en términos generales, es un mecanismo de financiamiento de servicios privados de atención médica. En consecuencia, a los efectos de proporcionar un entorno de antecedentes relevantes para la evaluación de la factibilidad de una OPPDSS, el próximo capítulo describirá diversas estrategias de seguros de salud. Esto incluirá un análisis detallado de los modelos organizacionales de las OPPDSS, explorando la relación entre tres elementos esenciales que conforman una institución de este tipo--hospitales, médicos y el "plan" u organización que se hace responsable de la gestión de la entidad y que es la que establece relaciones contractuales con una población definida a ser servida.

Este manual para evaluar la factibilidad de una OPPDSS está dirigido fundamentalmente a localizaciones diferentes de los Estados Unidos. El capítulo final proporcionará asistencia a los planificadores de una OPPDSS para analizar la factibilidad de una institución de este tipo a crearse desde diversas perspectivas: primero, comprendiendo el sistema de salud existente; luego, analizando el clima favorable o no hacia la creación de nuevas organizaciones de servicios de salud, identificando y analizando los factores jurídicos, legales y reglamentarios, el programa de servicios de salud a ser ofrecido, los factores financieros y de mercadeo del programa; y finalmente, seleccionando la estructura organizativa y gerencial más adecuada para la OPPDSS a crearse. Como consecuencia de lo anterior debe determinarse el grado de riesgo existente y, basado en todas esas consideraciones, se debe arribar a una decisión sobre "proseguir o no proseguir" con el esfuerzo de creación de la nueva institución.

El proceso de determinación de la factibilidad se divide en varias fases, cada una apoyándose en la terminación exitosa de la fase precedente. Estas fases se describirán en detalle especificando los tipos de recursos humanos necesarios para completar las diversas tareas.

3.0 DESCRIPCIÓN DE DIVERSAS ESTRATEGIAS (O TIPOS) DE SEGUROS DE SALUD

Mientras muchos lectores de este manual tendrán una buena comprensión o conocimiento de los seguros de salud, otros pueden no tenerlo. Para proporcionar una base común para el entendimiento y la comparación, empezaremos por una discusión general de las varias formas de seguros de salud y sus características esenciales incluyendo los mecanismos alternativos de financiamiento.

Una buena forma de conceptualizar el seguro de salud es pensar en él en términos de un espectro o rango. A la extrema derecha del mismo está el seguro por indemnización del sector privado. En la zona intermedia existen varios tipos de acuerdos que relacionan el prepago con el sistema de prestación de servicios de salud, así como también la prestación de servicios de atención médica bajo los esquemas de seguridad social. En la izquierda se encuentra el sistema financiado y organizado por el sector público para la prestación de servicios de salud tal como el Servicio Nacional de Salud de Gran Bretaña. Estos diferentes tipos de seguros de salud se discutirán a continuación en mayor detalle.

3.1 Seguros por Indemnización o Riesgo (Reembolso por terceros)

Este tipo de seguro constituye básicamente un mecanismo para transformar en conocido un riesgo financiero desconocido. Son ejemplos de este tipo de seguros aquellos que reparan las pérdidas financieras debidas a incendios, robos, o por el costo de enfermedades. En el caso de los seguros de salud, uno compra una póliza de seguros por la cual paga un monto específico de dinero. Cuando se requieren servicios de salud, la compañía de seguros paga la totalidad o parte de la factura extendida por los servicios recibidos de acuerdo a lo establecido en la póliza respectiva. En esta situación, el "seguro" se refiere solamente a un mecanismo para financiar la atención en salud. Típicamente tiene poco o nada que ver con la organización, el funcionamiento y el costo del sistema de servicio de

salud así como tampoco guarda ninguna relación con la satisfacción o no de las necesidades de salud de la población asegurada.

Los seguros por indemnización o riesgo constituyen mecanismos para pagar el costo de determinados servicios en el sistema de prestación tradicional de pago por acto médico. Las compañías de seguros que proporcionan esta cobertura son generalmente compañías privadas así como también lo son aquéllas que proporcionan los servicios de salud. Este es el tipo de seguro de salud que predomina en los Estados Unidos, el cual en forma preponderante está atendido por el sector privado de atención médica. Desde el momento en que hay tres agentes o tres partes participando del mecanismo--el paciente, el proveedor de servicios y la compañía de seguros que reembolsa por el costo de la atención--esta forma de seguro de salud también es llamada seguro de reembolso por terceros.

Una ventaja del seguro de reembolso por terceros radica en que proporciona a los asegurados la libertad de elegir su propio médico y el servicio en el cual desean ser tratados. Algunas de las desventajas consisten en que puede ser una forma excesivamente cara de cobertura y a menudo tiende a presentar situaciones de abuso o de sobreutilización (costos elevados) y de baja calidad de la atención.

Asimismo, tiende a proporcionar una atención episódica más que integral o continua, debido a que no existe un sistema planificado y organizado de servicios de salud.

Se pueden utilizar una serie de mecanismos en el seguro de reembolso por terceros para reducir los costos, la utilización y el riesgo.

Siempre que sea posible los asegurados son incorporados en el programa en grupos, o sea no individualmente. Esto proporciona algunas disminuciones de costos en la administración del programa. El principal beneficio de la afiliación grupal sin embargo, radica en que amplía la mezcla de la población cubierta y por lo tanto reduce las chances de incorporar

al seguro un numero apreciable de personas enfermas que muy probablemente realicen demandas importantes de atención médica. En términos de seguros, se refiere a esta situación como la de reducir la "selección adversa".

El hacer participar a los asegurados en forma parcial en el financiamiento de los servicios que demandan, es otra de las medidas que se pueden tomar para reducir los costos y la utilización. Esto puede ser logrado de varias formas, como por ejemplo mediante "deducibles" o mediante "copagos". El asegurado puede tener que pagar un monto específico por cada servicio consumido cubierto por este seguro en forma previa a que la compañía de seguro se haga cargo de la diferencia. Alternativamente, el costo de la atención puede ser dividido entre el asegurado y la compañía de acuerdo a una fórmula preestablecida--por ejemplo: el asegurado paga un 20% y la compañía de seguros el 80% restante. Muchas pólizas de seguro proporcionan un cobertura completa de los costos por encima de determinado monto para algunas "enfermedades catastróficas" específicas tales como el cáncer.

Algunos programas de seguros de salud establecen límites superiores al monto que la compañía de seguros está dispuesta a cubrir, expresado tanto en términos monetarios y/o en el número de servicios permitidos. Por ejemplo, algunas pólizas pagarán hasta 365 días de atención hospitalaria por año, mientras otras pueden limitar este beneficio a 50 o 100 días de hospitalización por año. Debe considerarse además que no todas las pólizas de seguro de salud cubren servicios tales como atención odontológica, lentes o tratamiento siquiátrico.

En general, los patrocinadores de los seguros de reembolso por terceros son compañías de seguros de carácter comercial, organizaciones filantrópica sin finalidad de lucro o un organismo gubernamental. El monto cobrado por la póliza determina los servicios de salud que se proporcionarán y el grado de coparticipación del asegurado en el pago de los servicios por él recibidos.

540

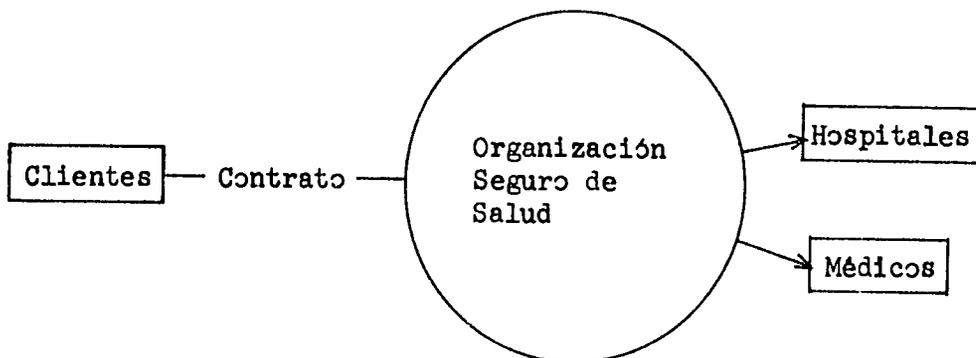
Muchos programas de reembolso por terceros dan cobertura a los servicios proporcionados a un paciente cuando éste se interna en un hospital, pero no cubren el pago de los mismos servicios si éstos son proporcionados como parte del tratamiento ambulatorio.

A pesar de éstas y otras desventajas, el reembolso por terceros es una forma muy popular de seguro de salud en aquéllas situaciones en que el ejercicio privado de la medicina es preponderante. Aunque las compañías comerciales de seguros comúnmente venden este tipo de pólizas no hay ninguna razón para que un organismo gubernamental no pueda servir de tercer componente o "intermediario financiero" entre el consumidor y el proveedor. Más aun, es posible que el intermediario financiero participe en el establecimiento de normas y que controle la utilización de los servicios de tal forma que algunos controles en lo referente a costos, utilización y calidad son posibles.

Blue Cross en los Estados Unidos y el seguro de salud ofrecido por la American International Life Insurance Company en muchos países son ejemplos del seguro por indemnización o riesgo, o sea del seguro del reembolso por terceros. Las interrelaciones entre el consumidor, la agencia o compañía de seguros y los proveedores de servicios se muestra en forma gráfica en el Modelo O.

MODELO 0

- Características:
- * La "Organización Seguro de Salud" establece relaciones contractuales con los clientes.
 - * Los Médicos y los Hospitales constituyen entidades separadas, generalmente privadas.
 - * La "Organización Seguro de Salud" paga las facturas por servicios de salud de sus clientes.



3.2 Pre pago de un monto fijo por persona ligado a la prestación de Servicios Integrales de Salud

Una crítica seria y frecuente que se efectúa en relación a los seguros por indemnización o riesgo (reembolso por terceros) consiste en que éstos favorecen el desarrollo de sistemas de prestación de servicios de salud fragmentarios, lo que resulta frecuentemente en una excesiva construcción de hospitales y una superespecialización del cuerpo médico. Esta última tiene como resultado el pago de honorarios más elevados correspondiente a servicios brindados por especialistas, el consumo de mayor cantidad de servicios hospitalarios que los estrictamente necesarios y la tendencia a tratar síndromes o síntomas dentro de los límites de una especialidad.

51

Frecuentemente se responsabiliza de estos problemas a la forma de pago a los proveedores de los servicios de salud. De acuerdo con la concepción original o inicial, el seguro por indemnización o riesgo, es decir, el de reembolso por terceros, fue designado para cubrir los costos de la atención hospitalaria y no los demás componentes de los servicios de salud. Aunque la cobertura brindada por este tipo de seguros ha sido ampliada aunque sea parcialmente a lo largo del tiempo, la mayoría de los programas de reembolso por terceros se concentran en el tratamiento de enfermedades y pueden no cubrir la prestación de servicios preventivos de salud.

La tradicionalmente desorganizada red de médicos ejerciendo en forma independiente se presenta como un laberinto confuso, inconveniente, caro y frecuentemente inaccesible a aquéllos que demandan los servicios de salud. Incapaz de identificar o de localizar una puerta de entrada adecuada al sistema, muchos consumidores confían en su propio criterio de acceso y éste frecuentemente no es el más apropiado.

Tratando de responder a estas dificultades, surgieron las organizaciones de prepago y prestación directa de servicios de salud (denominadas en Estados Unidos, Health Maintenance Organizations o HMO). Es más apropiado conceptualizar una OPFDSS como un sistema más que como una organización o entidad. Sin embargo, a diferencia de los sistemas fragmentarios de prestación de los servicios de salud, el sistema de la OPFDSS proporciona una atención integral donde esta claramente especificada las competencias y responsabilidades de cada uno de sus componentes.

La característica que diferencia más claramente las OPFDSS de los sistemas existentes de prestación y financiamiento de servicios de salud es la combinación de un mismo sistema organizacional de los componentes de prestación y de financiación de los servicios. Este enfoque combinado coloca a los proveedores de servicios de salud en una situación de riesgo financiero por los servicios que proporciona. En los programas tradicio-

nales de prestación privada de atención, los proveedores comúnmente son pagos por terceros con quienes no tienen ninguna relación organizacional. Típicamente, los seguros de reembolso por terceros no establecen un límite a la cantidad total de recursos financieros disponibles para pagar por la atención de salud y, en consecuencia, no colocan a los proveedores de servicios en la situación de riesgo financiero.

3.2.1 El Concepto de una OPFDSS

Al estar organizadas como un sistema, las OPFDSS agrupan dentro del mismo los diversos elementos del sistema de prestación de servicios de salud en una forma lógica, cohesiva y eficiente. En contraste con la fragmentación del sistema tradicional de pago por acto médico, las OPFDSS proporcionan servicios de atención integral a sus afiliados 24 horas al día siete días por semana. El acceso a los servicios en forma oportuna está garantizado por un contrato. Los problemas de salud son manejados en forma efectiva con énfasis en médicos de medicina general o del primer nivel de atención que guían a los afiliados a través de las varias fuentes o niveles de atención. Al tener un conocimiento cuantificado de las necesidades y de las demandas, las OPFDSS pueden planificar en forma más apropiada los recursos que requerirán para brindar una atención completa.

Las OPFDSS producen sus economías más importantes a través de la reducción en la utilización hospitalaria. Al enfatizar la prestación de servicios ambulatorios y un uso apropiado de sus hospitales, se produce un ahorro de un 20% o más comparado con los costos del sistema tradicional de pago por acto.

La discusión que se presenta a continuación de diversos modelos alternativos de OPFDSS mostrará que los médicos pueden ser compensados en estas organizaciones o sistemas en una forma muy variada incluyendo sueldos, pago por listado, pago por acto médico, bonificaciones, etc. Los hospitales, por otra parte, casi siempre son pagos en la forma tradicional, es decir,

a través de la facturación por paciente con los descuentos que pudieran corresponder por volumen, pronto pago, tarifas preferenciales, etc.

3.2.2 Como solucionan las OPFDSS los problemas comunes

De acuerdo con Zeltén, "las OPFDSS reubican el flujo de servicios a través del sistema de atención de salud. El combinar en una sola organización las dos funciones de organización y prestación de servicios y de financiamiento, hace que los proveedores de los servicios sean más responsables desde el punto de vista financiero. Al alejarse del sistema de pago por acto, la OPFDSS permite una mayor coincidencia entre los objetivos de los proveedores y los de los consumidores. El tener que limitarse a una cantidad total fija de fondos de la cual debe extraerse el dinero necesario para financiar los servicios de salud de la población general, crea un incentivo natural en los proveedores para que se preocupen en mayor medida tanto de los costos como de la eficiencia de sus propias acciones y de las acciones de sus colegas." 1/

El programa de servicios de salud de las OPFDSS pone énfasis en brindar una atención continua e integral. Se hacen todos los esfuerzos posibles para reducir las hospitalizaciones innecesarias debido a que la atención hospitalaria es el principal componente de costos de la atención de salud. Bajo el sistema de seguros tradicionales, los costos por atención hospitalaria pueden insumir más del 75% del costo total. En una OPFDSS bien conducida, los costos hospitalarios generalmente se sitúan por debajo del 50% de los gastos totales y pueden llegar a ser tan bajos como una tercera parte de los mismos. Muchos programas de seguros de salud tradicionales limitan la cobertura de los servicios ambulatorios. Esto tiene

1/ Zeltén, Robert A. "Issues Paper No. 3--Alternative HMO Models," University of Pennsylvania, processed, 1979. El artículo de Zeltén ha contribuido en una forma preponderante al desarrollo de este capítulo y por lo tanto se reconoce y se agradece el uso de este material.

como efecto el incrementar el costo de la atención así como el de impedir la accesibilidad oportuna a la misma. Las OPFDSS en cambio, facilitan el uso de los servicios ambulatorios y de esa forma incrementan la accesibilidad al sistema y al mismo tiempo reducen los costos.

Un requisito importante de cualquier sistema de seguros de salud es su habilidad para producir datos estadísticos básicos sobre utilización de servicios y sobre costos. Las OPFDSS, al ser un sistema altamente plnificado y organizado, generan datos útiles para medir los resultados de su gestión tanto en lo que se relaciona con la satisfacción de las necesidades de servicios de salud de sus afiliados como en lo que se refiere a la eficiencia de su funcionamiento. Al contar con una población perfectamente definida, con necesidades conocidas y con un patrón de utilización de servicios, la OPFDSS es capaz de predecir el tipo y los niveles de servicios que deberá proporcionar así como los recursos necesarios para ello con un grado bastante importante de exactitud.

Una de las preocupaciones que se han expresado en relación con estos programas se refiere a la incertidumbre sobre si los afiliados recibirán una atención de salud adecuada. Los médicos y los hospitales recibirán su pago independientemente de que se proporcionen o no servicios. Puede existir por lo tanto, un incentivo para que estos proveedores no actúen diligentemente en la prestación de los servicios de forma tal de incrementar sus ganancias financieras.

Este problema ha sido enfocado de diversas maneras. El Programa de Atención Médica de la Kaiser-Permanente, por lejos la OPFDSS más grande en el mundo, ha insistido permanentemente en que a sus potenciales afiliados les sea ofrecido por lo menos una fuente alternativa de seguro de salud de forma que tengan una opción. Más aún, los afiliados a Kaiser tienen la oportunidad de transferirse a una cobertura de seguros competitiva por lo menos una vez al año si se sienten insatisfechos con la organización. Otra técnica para resolver el problema antedicho es la de proporcio

nar a los afiliados un mecanismo de participación en algunas decisiones que se relacionan con la prestación de los servicios, con las plantas físicas en que éstos se prestan, etc. En los Estados Unidos, la participación limitada de los afiliados es ahora obligatoria para una OPPDSS que desea obtener el apoyo y la aprobación del gobierno federal. El establecimiento de relaciones funcionales entre la OPPDSS y las facultades de medicina o sus programas de capacitación continuada son otras formas de mantener la calidad de la atención. Conjuntamente, todas estas medidas tienen a mantener "honesto" el programa.

3.2.3 Modelos Diversos de OPPDSS

En los Estados Unidos, la ley del gobierno federal sobre las OPPDSS y las disposiciones reglamentarias diferencian tres modelos de este tipo de instituciones, según la forma de organización del cuerpo médico; el modelo de staff, el modelo grupal y el modelo de la asociación para el ejercicio profesional independiente (APEPI). Sin embargo, existen otras formas de clasificar a las OPPDSS, fundamentalmente de acuerdo a la organización de sus servicios asistenciales; como por ejemplo, tendríamos las instituciones que son propietarias o controlan sus propios hospitales y aquellas que contratan con terceros los servicios de internación. 1/

Tomando en primer término lo relativo a los médicos, en resumen, las tres formas de organización son:

- . El Modelo de Staff: Los profesionales de salud, incluyendo los médicos, son empleados de la institución y generalmente reciben su pago bajo la forma de sueldo. A los efectos de complementar su propio cuerpo de funcionarios (por ejemplo, interconsultas a especialistas), la OPPDSS puede realizar contratos con recursos externos y éstos generalmente reciben su remuneración bajo

1/ La presentación de diversos modelos de OPPDSS sigue en líneas generales el esquema sugerido por Zeltin, ob. Cit.

la forma de pago por acto o bajo la forma de un pago por hora trabajada.

- Modelo Grupal: Los médicos de la institución ejercen su profesión en algún tipo de organización grupal médica--una corporación, una asociación, etc.--y constituyen a esos efectos una entidad jurídica, separada de la OPPDSS.
- Modelo de la Asociación para el Ejercicio Profesional Independiente (APEPI): Esta asociación también constituye una entidad jurídica diferente de la OPPDSS, comúnmente una corporación o una asociación. La OPPDSS contrata con la APEPI y ésta a su vez realiza contratos con cada uno de los médicos en forma individual a efectos de proveer servicios de salud a los afiliados de la OPPDSS. La organización de los servicios entre la APEPI y los médicos definen las condiciones bajo las cuales los médicos proporcionarán sus servicios incluyendo aspectos tales como la compensación o remuneración, la accesibilidad garantida de los afiliados de la OPPDSS a los servicios, la evaluación de la calidad de la asistencia, etc.

Tomando en consideración tanto las formas organizativas de los médicos como de los hospitales, hay ocho configuraciones organizativas que abarcan prácticamente la totalidad de las OPPDSS ya sea en Estados Unidos, Corea del Sur, Brasil, Argentina o cualquier otro sitio.

El análisis se refiere solamente a la relación entre los tres elementos esenciales de una OPPDSS--los hospitales, el cuerpo médico y el plan u organización aseguradora que es quien entra en relación contractual con los afiliados, por ejemplo, la población a ser servida. Mientras que en la organización aseguradora o plan puede realizar contratos con fuentes externas para proveerse de servicios administrativos tales como procesamiento de datos, servicios actuariales, etc., el análisis no se referirá a estas relaciones contractuales. Por lo tanto, los ocho modelos presentados distinguen a las OPPDSS de acuerdo a la organización de los servicios asistenciales. Más aún, la selección de un modelo sobre otro tendrá repercusiones importantes sobre el aspecto legal, el financiero así como el de mercadeo como se hará notar más adelante en este manual de factibili-

dad.

En relación con la vinculación con los hospitales, las OPDSS pueden dividirse en dos grupos: aquéllas que son propietarias o controlan sus propios hospitales y aquéllas que contratan los servicios de internación con terceros. Aunque generalmente los contratos se realizan con hospitales privados (con o sin finalidad de lucro), se pueden también establecer convenios con hospitales públicos. La capacidad para controlar el acceso de los afiliados al hospital y para controlar el funcionamiento de éste es crítica para el éxito de una OPDSS, de aquí que muchas instituciones de gran volumen insistan en ser propietarias de sus propios hospitales siempre que ésto sea posible.

En los primeros dos Modelos a ser discutidos, la OPDSS es propietaria o controla sus propios hospitales. En los Modelos III y siguientes hasta el Modelo VIII, la OPDSS contrata los servicios de internación con hospitales que son propiedad o controlados por terceros.

Los Modelos I a IV difieren de los cuatro siguientes en el sentido que los médicos, ya sea que se organicen como staff o en forma grupal, se integran en un conjunto único para servir exclusivamente a los afiliados de la OPDSS. En los primeros momentos o en los primeros años de una OPDSS, será necesario contratar servicios adicionales hasta que el cuerpo de afiliados de la institución sea lo suficientemente amplio como para servir de apoyo a tales servicios (comúnmente de especialistas) prestados con servicios propios sobre la base de la dedicación a tiempo completo.

Los próximos dos Modelos, el V y el VI, también se basan sobre la organización grupal de los médicos; sin embargo, en estos casos los médicos han establecido previamente una organización para el ejercicio grupal de la profesión con la forma de remuneración de pago por acto y es esta organización la que contrata con la OPDSS para proporcionar los servicios de los profesionales.

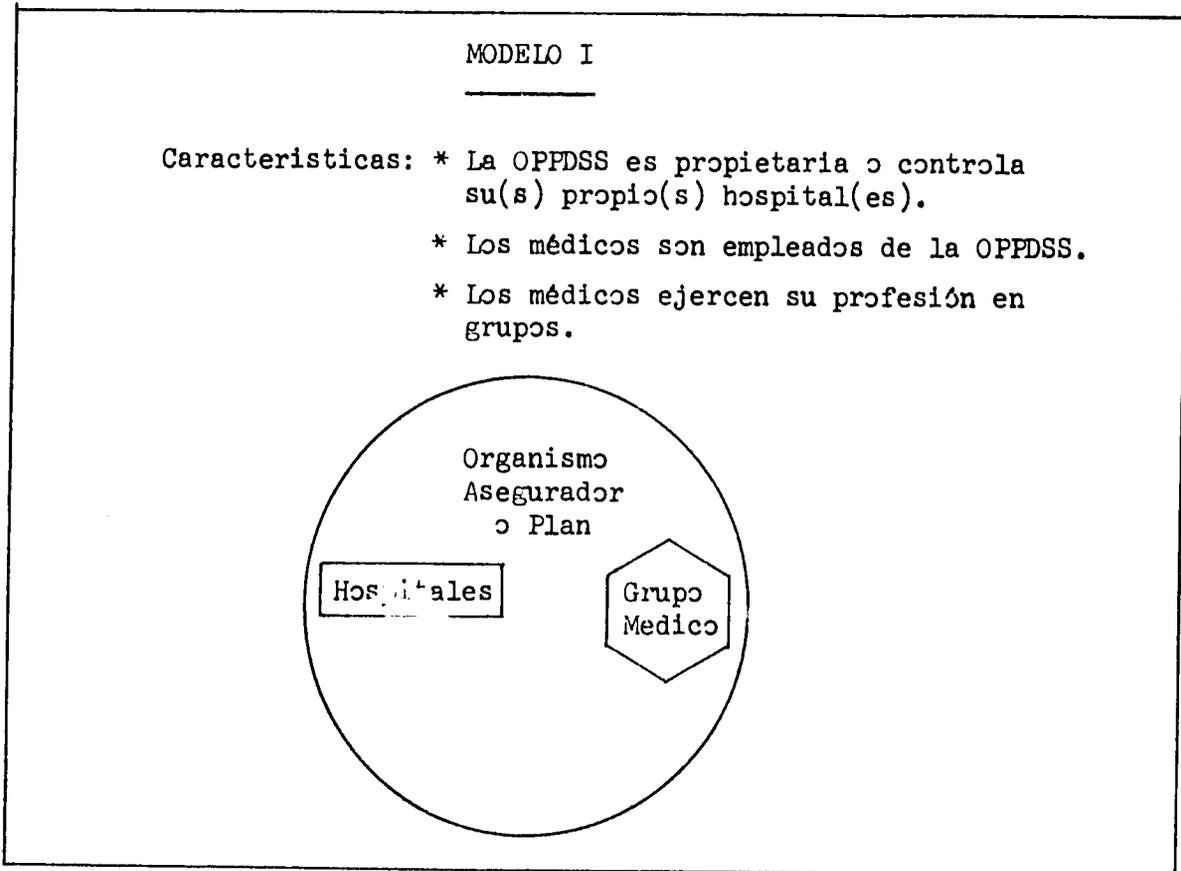
Finalmente, los Modelos VII y VIII, se refieren a distintas formas de organización con el factor común de que los médicos ejercen su profesión desde sus propios consultorios.

3.2.3.1 Modelos I y II: la OPFDSS es propietaria o controla sus hospitales

Modelo I

En el Modelo I, la OPFDSS es una organización altamente integrada, propietaria o que ejerce el control de sus propios hospitales y que emplea a los médicos como funcionarios de la organización integrándolos como staff. Dependiendo de su tamaño y ubicación, los afiliados de la OPFDSS pueden recibir los servicios en uno o más lugares geográficos. Generalmente, solamente los afiliados de la institución tienen acceso al sistema.

La relación entre la organización aseguradora, el hospital y el cuerpo médico puede ser ilustrada de la forma siguiente:



553

Este modelo presenta varias ventajas. La OPPDSS controla en forma directa los recursos y el funcionamiento de la institución incluyendo los diversos aspectos de la atención médica. Puede producir y utilizar estimaciones bastantes aproximadas de los requerimientos de camas hospitalarias y de otros recursos que va a necesitar para atender a su población dado que conoce el tamaño y la composición de ésta y que puede predecir los requerimientos que dicha población efectuará el servicio. Este modelo favorece la continuidad y la coordinación de la atención a través de un grupo de profesionales estable que constituyen el staff de la organización y que proporcionan servicios a los afiliados tanto de carácter ambulatorio como de internación.

El uso de un número único de identificación del afiliado hace posible el compilar una historia clínica completa para cada afiliado que incluya tanto los servicios ambulatorios como los de internación.

Los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico son compartidos por los pacientes ambulatorios e internados, y en consecuencia se obtiene eficiencia y disminución de costos y se evitan o reducen las duplicaciones de servicios. Asimismo, al ser capaces de igualar los recursos necesarios con la demanda estimada, se reduce o se elimina la posibilidad de adquirir o incorporar costosa tecnología médica que resulta subutilizada o de construir plantas físicas que excedan las necesidades de la población a atender.

Conceptualmente, en muchos aspectos este modelo es similar a un servicio de salud público, aunque opera sobre la base del derecho privado.

SAMCIL, una institución de prepago de gran tamaño en San Pablo, Brasil, es un ejemplo de Modelo I.

En muchos países los hospitales privados, además de ofrecer tratamientos en forma individual bajo el sistema de pago por acto, emplean médicos a sueldo y realizan contratos con distintas industrias para propor-

cionar servicios a sus empleados. La conversión de este tipo de organizaciones a una OPFDSS puede ser relativamente simple.

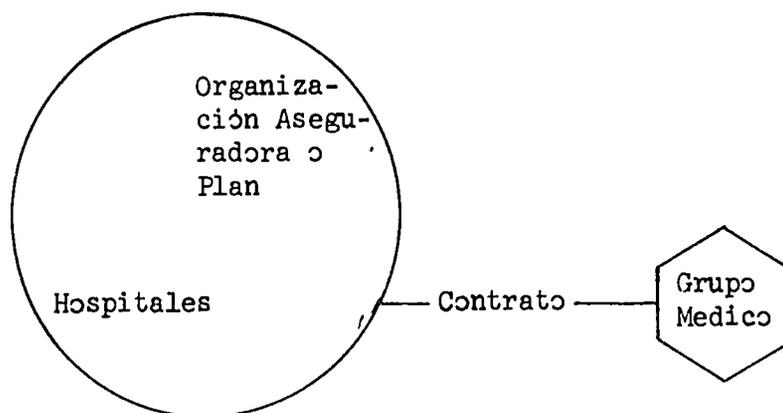
Modelo II

Las OPFDSS de tipo II también son propietarias o controlan sus propias plantas físicas hospitalarias. Sin embargo, mientras que en el Modelo I los médicos eran empleados de la institución, en el Modelo II forman organizaciones grupales las que se organizan tanto como asociaciones, como corporaciones. El grupo médico realiza un contrato con la organización aseguradora o plan por el cual se compromete a proporcionar todos los servicios médicos necesarios a los afiliados de la OPFDSS. Si se presenta la necesidad de requerir una interconsulta de uno de los afiliados con un médico externo al grupo, el grupo médico, o sea la organización jurídica que agrupa a los médicos, contrata estos servicios y paga por ellos como parte de sus obligaciones para con la OPFDSS.

En una institución típica del Modelo II, el grupo médico negocia sus contratos con la OPFDSS sobre la base del pago por listado (por afiliado), por ejemplo: estableciendo un monto específico por afiliado por periodo de tiempo.

MODELO II

- Características:
- * La OPFDSS es propietaria o controla su(s) propio(s) hospital(es).
 - * Los médicos son miembros (o constituyen) una persona jurídica separada.
 - * Los médicos ejercen su profesión en grupos.
 - * La organización de los médicos establece una relación contractual con la OPFDSS.



La OPFDSS denominada Kaiser-Permanente Medical Care Plan, la institución de este tipo de mayor tamaño en los Estados Unidos, es un ejemplo de las instituciones tipo II. Otro ejemplo de instituciones de este modelo, está constituido por una OPFDSS organizada hace muchos años en Córdoba, Argentina. Paradojalmente, la representación esquemática del Modelo II tal cual como es presentada puede inducir a interpretaciones erróneas. En Kaiser-Permanente, los hospitales y las otras plantas físicas son personas jurídicas distintas y separadas de la organización aseguradora o plan. Anualmente, ésta realiza contratos con el hospital para que proporcione servicios de internación a sus afiliados. Como generalmente los consejos directivos de la organización aseguradora o plan y del hospital están integrados por las mismas personas, a los efectos prácticos ambas entidades pueden ser consideradas esencialmente como una misma organiza-

ción.

Qué factores influyen en la organización del cuerpo médico en estos modelos? En primer término debe considerarse el tamaño de la OPDSS. Se requiere una masa de afiliados lo suficientemente grande a los efectos de servir de base para un grupo médico que se vincula a la institución sobre la base del sistema del listado (pago por afiliado por período de tiempo). En segundo término, debe considerarse que, manteniendo constantes los demás factores, los médicos en general prefieren conducir por sí mismos sus propios asuntos. Al organizarse en grupos tienen mayor participación en la formulación de políticas de atención médica de la organización y también tienen mayor peso en la negociación con la OPDSS sobre las condiciones laborales en que va a ser prestado el servicio.

Aunque generalmente es ventajoso para una OPDSS ser propietaria o controlar sus propias plantas físicas, también existen algunas barreras en este sentido, la principal de las cuales es el tamaño de la población afiliada. Por ejemplo, basados en el supuesto de 1.6 camas por cada 1.000 afiliados y en una utilización de 500 días de internación por cada 1.000 afiliados, el correcto y eficiente funcionamiento de un hospital de 200 camas requeriría una población afiliada de 125.000 personas.

3.2.3.2 Modelos III-VIII: La OPDSS contrata los Servicios Hospitalarios

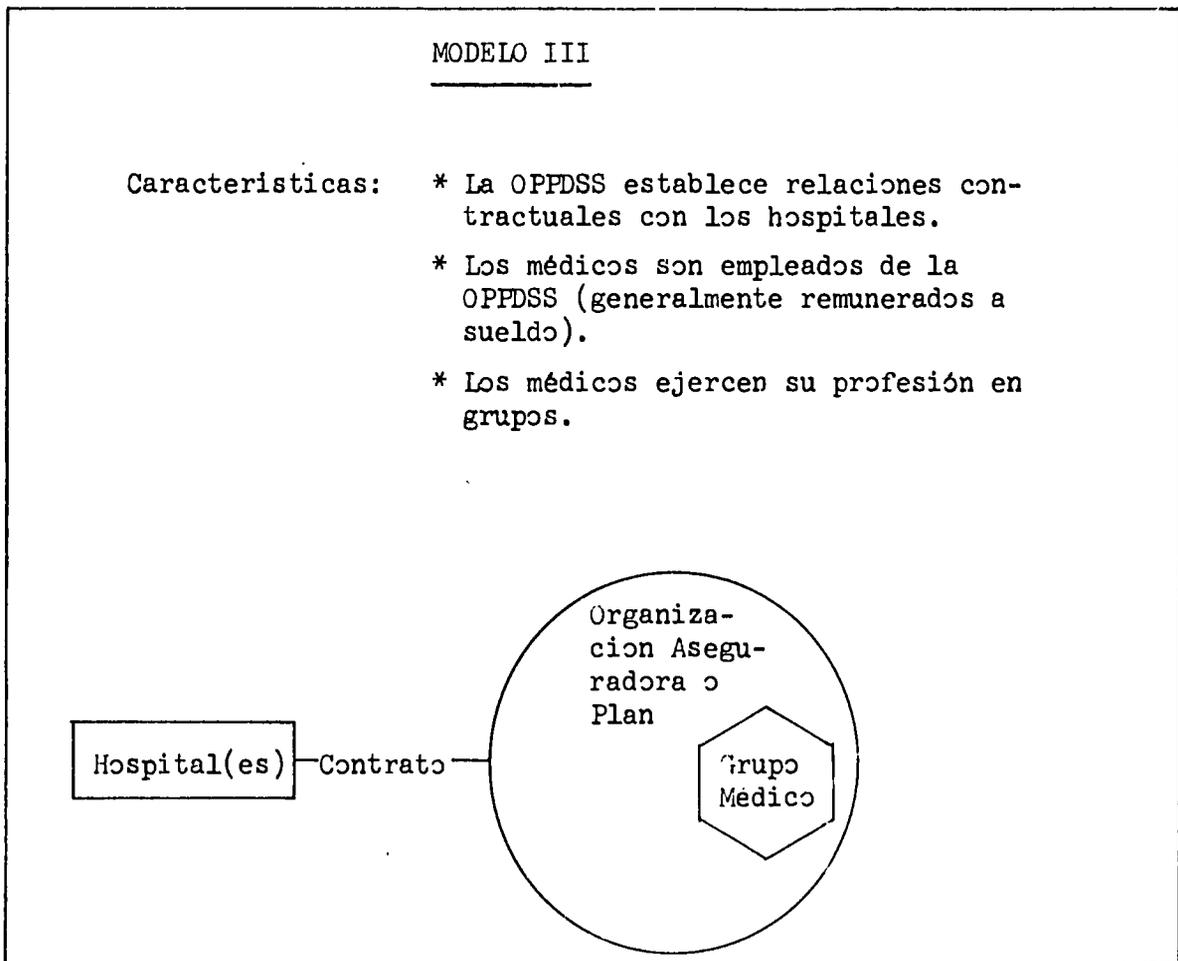
Al no contar con sus propios hospitales, estas instituciones realizan acuerdos con hospitales públicos o privados para proporcionar servicios a sus afiliados. Estos acuerdos o relaciones contractuales se pueden realizar sobre la base de la facturación por el servicio hospitalario, por el reembolso de costos o por un monto negociado de acuerdo a una fórmula previamente acordada.

Muchos factores influyen sobre el tipo de acuerdo a celebrar con el servicio de internación. Los más importantes entre éstos son el tamaño de la OPDSS, las necesidades del hospital, la estructura organizativa de

la OPDSS y su vinculación o relación con el hospital y con la comunidad.

Modelo III

Este modelo es esencialmente similar al Modelo I o de staff donde la OPDSS establece vinculaciones contractuales con hospitales de la comunidad para que éstos brinden servicios de internación y probablemente también de carácter ambulatorio. Relativamente fácil de organizar, el Modelo III es mostrado en forma gráfica a continuación:

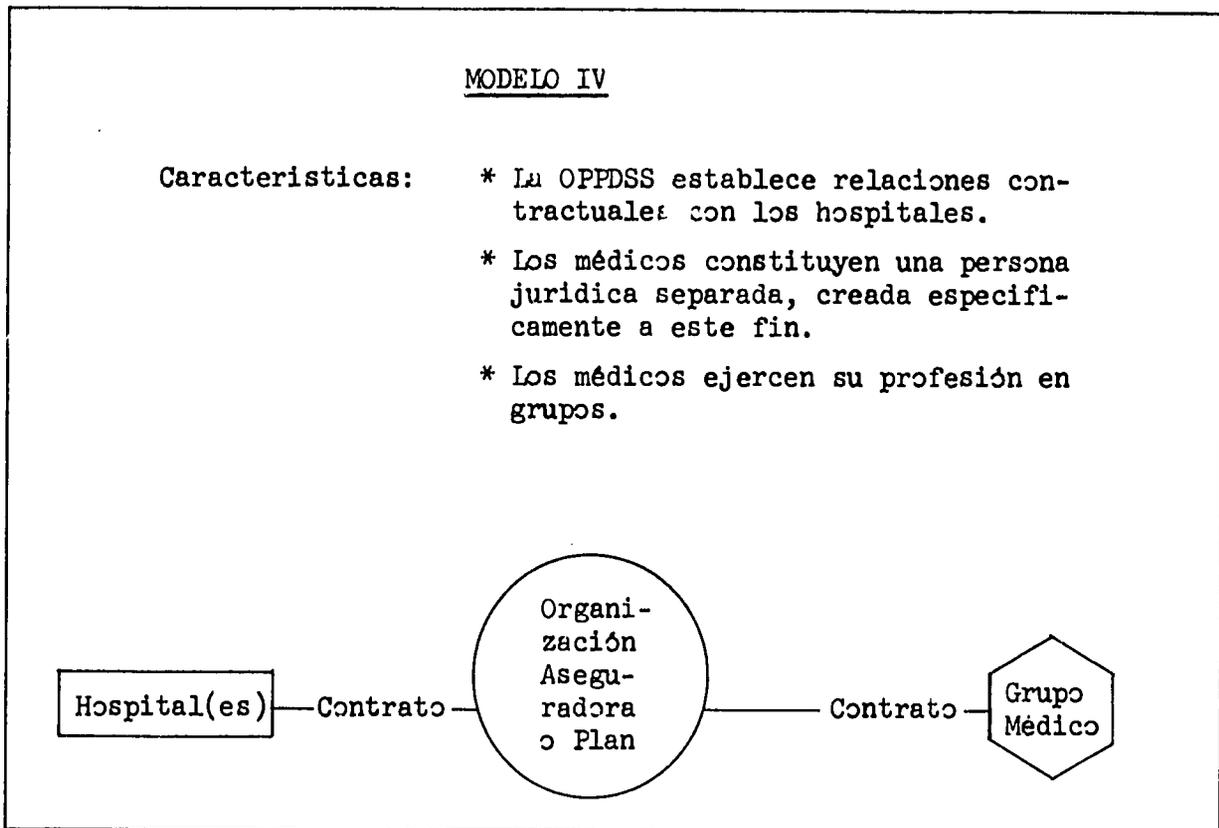


Modelo IV

Los Modelos III y IV son similares con la excepción que en el Modelo IV los médicos no son funcionarios de la organización aseguradora o plan

como en el Modelo III, sino que se organizan como un grupo que constituye una persona jurídica separada de aquélla. Generalmente el grupo médico limita sus servicios a los afiliados de la OPDSS con excepción por supuesto, de los servicios de urgencia a los no afiliados.

La estructura organizativa del Modelo IV se muestra a continuación:

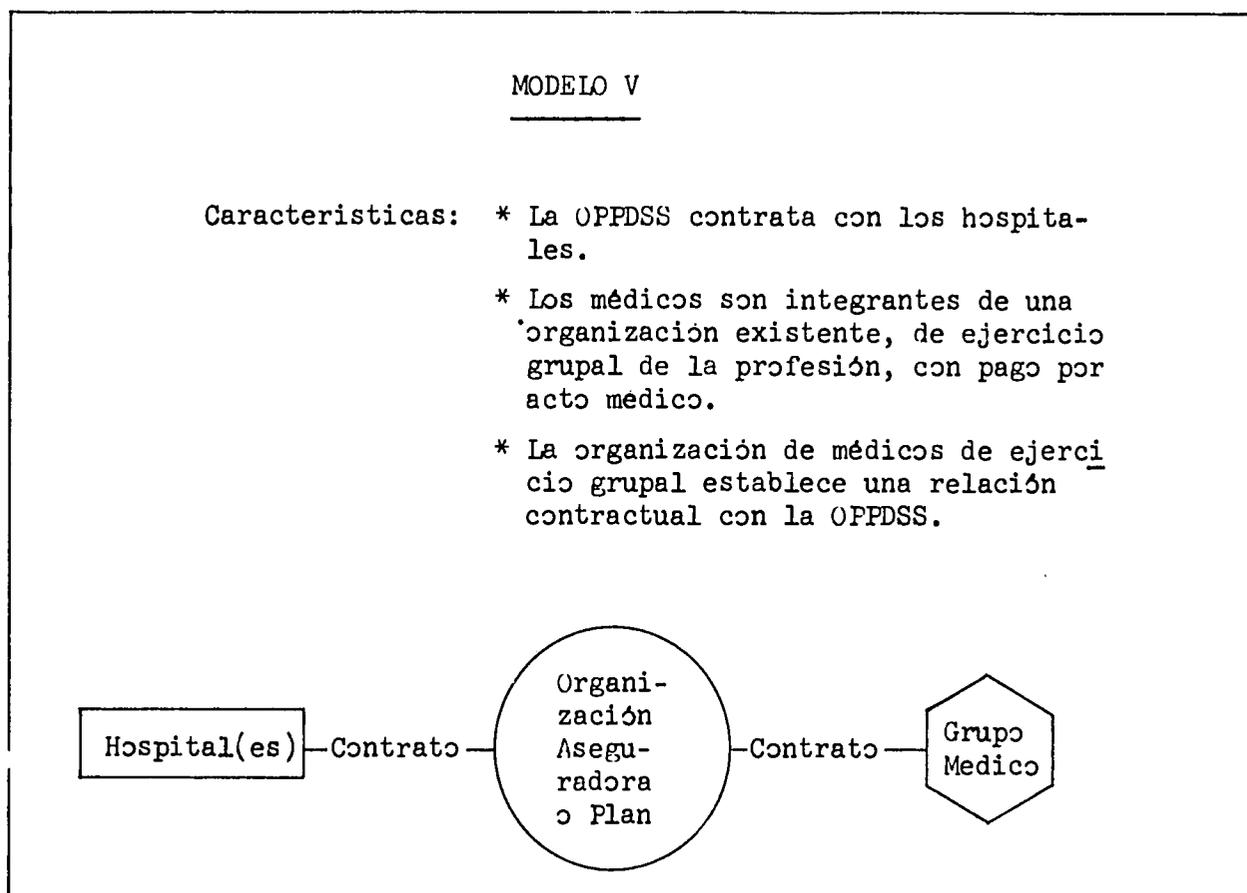


Al negociar la contratación de servicios hospitalarios, la OPDSS prepara en primer término una lista de condiciones. Por ejemplo, éstas pueden incluir especificaciones en relación a las tarifas máximas a ser cobradas, acuerdos para no requerir exámenes de radiología y de laboratorio a los pacientes que se ingresan, si estos han sido realizados previamente por la OPDSS poco tiempo antes de la internación, autorización a los médicos debidamente calificados asociados a la OPDSS para que ejerzan dentro del ámbito del hospital.

559

Modelo V

En el Modelo V, mostrado a continuación, la OPPDSS contrata los servicios profesionales médicos con un grupo médico organizado bajo la forma tradicional de pago por acto.



En relación con las ilustraciones de los Modelos IV y V, se puede notar que ambas son idénticas. Sin embargo, en el Modelo IV, con la finalidad de proporcionar atención médica bajo la forma de prepago se forma una nueva organización médica del tipo de la organización grupal, mientras que en el Modelo V los servicios médicos son proporcionados por un grupo ya existente, organizado bajo la forma tradicional de pago por acto, generalmente constituido por médicos de diferentes especialidades.

Existe una diferencia en el grado de compromiso con el concepto de atención médica prepaga entre los dos tipos de organizaciones grupales médicas. En el Modelo IV, el compromiso es total. En el Modelo V, la atención de los afiliados a la OPDSS constituye apenas una pequeña parte del trabajo general del grupo. A pesar de las diferencias en el compromiso con el concepto de prepago, puede ser ventajoso para una OPDSS recientemente creada vincularse con un grupo médico existente pues esto no requerirá la organización de un nuevo grupo.

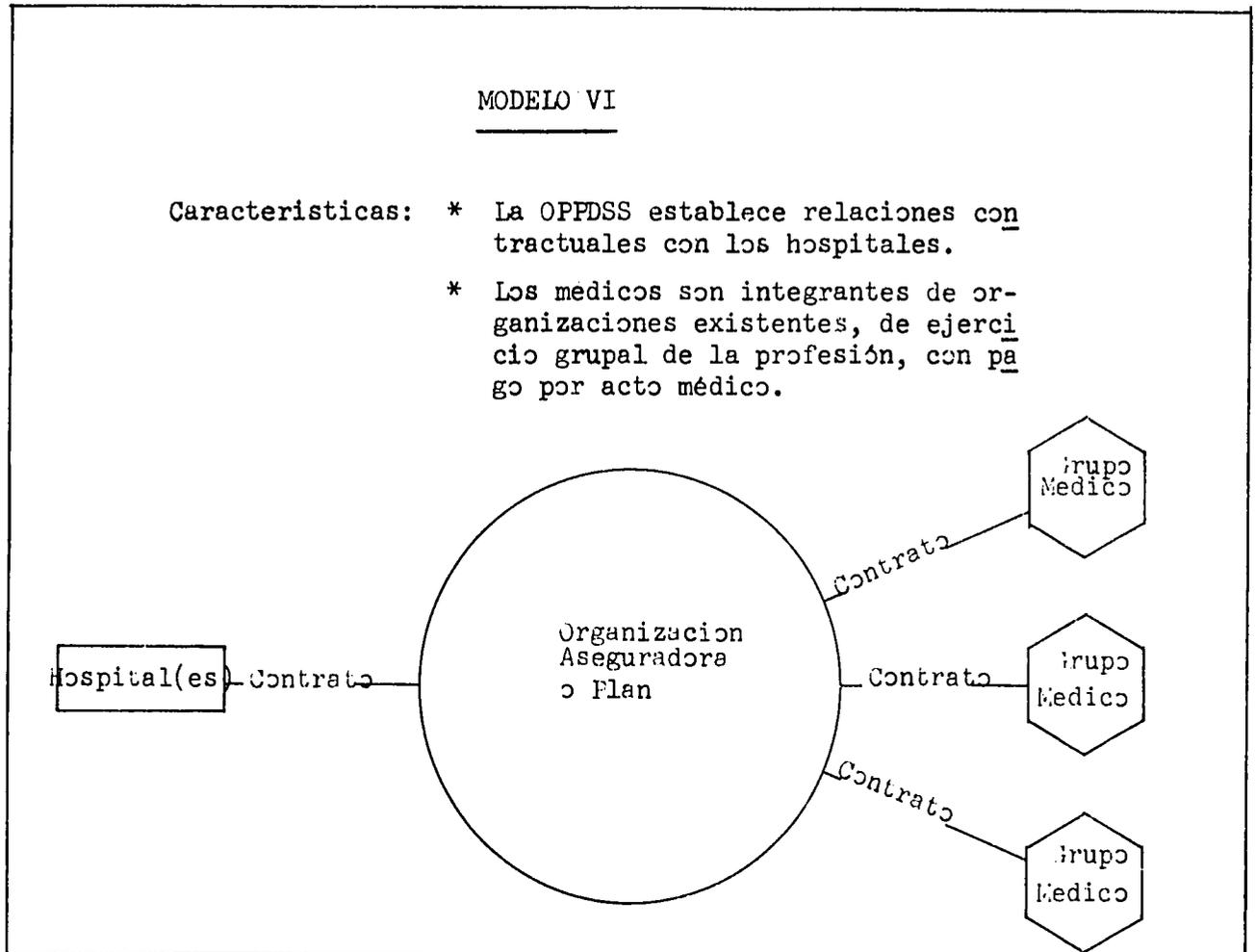
Modelo VI

En aquellas situaciones en que la OPDSS actúa sobre un área demasiado amplia para ser atendida por un solo grupo de médicos o donde es deseable utilizar grupos constituidos por médicos de una sola especialidad, se establece una red de organizaciones grupales médicas. Este modelo se muestra en el cuadro siguiente.

Generalmente se encuentra el Modelo VI en áreas urbanas de gran tamaño donde la OPDSS no cuenta con un número suficiente de afiliados para atenderlos a todos en una única planta física. Sin embargo, este modelo puede ser también usado en áreas rurales, utilizando para ello pequeños grupos médicos.

MODELO VI

- Características: *
- * La OPDSS establece relaciones contractuales con los hospitales.
 - * Los médicos son integrantes de organizaciones existentes, de ejercicio grupal de la profesión, con pago por acto médico.



Este modelo puede presentar mayores dificultades de organización y funcionamiento que algunos de los otros modelos debido a que cada grupo médico es independiente y los distintos grupos no están relacionados entre sí.

Modelos VII y VIII: Los Médicos ejercen su profesión en sus propios consultorios

Los Modelos VII y VIII representan formas de OPDSS comúnmente conocidas como asociaciones para el ejercicio profesional independiente ("APEPI") o programas "de listado abierto de profesionales". En ambos casos, los médicos ejercen su profesión en sus propios consultorios y no en grandes grupos de profesionales. El término "asociación para el ejercicio profesional independiente o individual" es de uso interno en los Estados

Unidos y se refiere estrictamente sólo al componente médico de una OPPDSS. La APEPI es una entidad o asociación profesional separada legalmente o con personalidad jurídica distinta de la OPPDSS. Proporciona un mecanismo por el cual los médicos que ejercen bajo la forma tradicional de pago por acto participan o pueden participar en un programa de prepago aunque bajo ciertas condiciones de control. Estas condiciones hacen que comúnmente los médicos deban estar de acuerdo en:

- . Someterse a las políticas, reglamentos y normas de la APEPI.
- . Dar cumplimiento a los criterios de calidad de la atención establecidos por la APEPI.
- . Aceptar como pago total por los servicios proporcionados la compensación acordada en el contrato entre la APEPI y terceros.
- . Aceptar en forma total o parcial el riesgo financiero incurrido por proporcionar servicios de salud a afiliados de la OPPDSS dentro de un presupuesto fijo.

La APEPI es una forma bastante complicada de modelo de la OPPDSS que requiere relaciones contractuales individuales con cada médico participante así como vínculos contractuales con los hospitales y con los afiliados a la OPPDSS. Mientras que la APEPI es la organización que realiza y es responsable por los acuerdos celebrados con los profesionales y en consecuencia por la prestación de los servicios a los afiliados de la OPPDSS, con cierta frecuencia los jefes de la organización aseguradora o plan de la OPPDSS absorben algunas de esas funciones y realizan los pagos a los proveedores de servicios, supervisan el funcionamiento de los proveedores y controlan la utilización de los servicios.

Hay variaciones considerables entre las distintas APEPIs en lo que se refiere a qué médicos establecidos en una comunidad pueden participar en la misma. Aquéllas en las que cualquier médico debidamente habilitado es aceptado en la asociación son conocidas como los programas de "listado abierto de profesionales".

Los médicos que aceptan participar en una organización del tipo del Modelo VII generalmente ya están establecidos en una comunidad ejerciendo su profesión bajo la forma de práctica privada, ya sea con carácter individual o en pequeños grupos generalmente constituidos por médicos de la misma especialidad. La elegibilidad para participar en la asociación puede variar desde el panel abierto amplio a formas más restrictivas donde sólo se admiten grupos limitados tales como el staff médico de un determinado hospital.

Aunque generalmente son incluidas en la categoría de las APEPIS, de hecho no hay una asociación profesional para el ejercicio independiente o individual en el Modelo VII. En este modelo, cada médico establece una relación contractual directamente con la OPPDSS. El contrato establece las responsabilidades de cada una de las partes y la forma de compensación del médico. Generalmente, los médicos son retribuidos por el mecanismo del pago por acto. Sin embargo, los médicos participan del riesgo financiero de la organización aseguradora porque acceden a que se fije una cantidad determinada de dinero la que es presupuestada para pagar los servicios profesionales a proporcionar a los afiliados. Si esa suma se usa en su totalidad, los proveedores participantes del acuerdo, es decir los médicos que contrataron con la organización, son aún responsables por seguir proporcionando los servicios contratados sin un pago adicional.

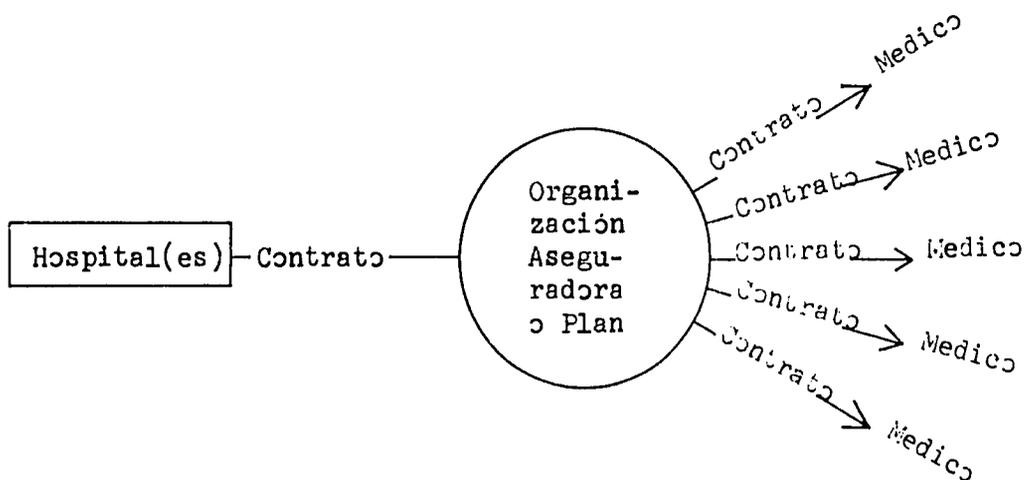
En el Modelo VII, así como en los Modelos V y VI, los médicos que ejercen en forma privada tradicional bajo el pago por acto médico, acuerdan incorporar algunos pacientes prepagos dentro de su grupo general de pacientes. Comúnmente estos pacientes, provenientes de una OPPDSS, son una pequeña fracción de la clientela total del médico. El Modelo VII generalmente constituye una organización débilmente estructurada y en la cual las comunicaciones entre los jefes de la organización aseguradora o plan y los médicos participantes difícilmente alcanza un buen nivel. Sin embargo, para que el funcionamiento de este modelo sea exitoso, debe existir una adecuada supervisión de la calidad de la asistencia prestada así como

de la utilización de los servicios.

Ambos modelos de ejercicio privado individual (Modelos VII y VIII) tienen varias ventajas sobre otros modelos. En primer termino, permiten que los médicos participen en un programa de prepago del tipo de las OPPDSS mientras que al mismo tiempo continúan con su ejercicio profesional tradicional. En segundo termino, la aceptación por el mercado de estos modelos de OPPDSS puede ser mayor que la de otros modelos, dado que los potenciales afiliados de la organización no necesitan cambiar de médico al vincularse a la organización.

MODELO VII

- Características:
- * La OPPDSS establece relaciones contractuales con los hospitales.
 - * Los médicos ejercen la profesión en forma tradicional, generalmente en sus consultorios particulares.
 - * Cada médico se vincula contractualmente con la OPPDSS.

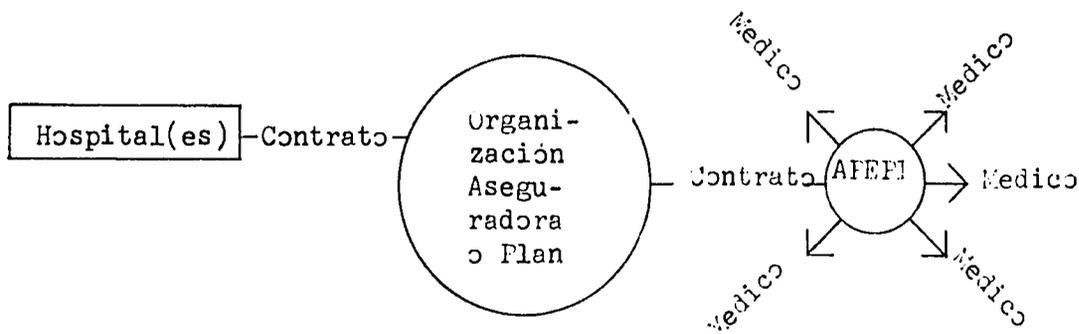


563

El Modelo VIII, que se muestra a continuación, difiere del Modelo VII por cuanto los médicos en éste pertenecen a una organización independiente, que es la Asociación para el Ejercicio Profesional Independiente. La OPPDSS establece relaciones contractuales con la APEPI y ésta, a su vez, con cada uno de los médicos participantes. En esto se diferencia del Modelo VII por cuanto en éste cada médico se vincula directamente con la organización aseguradora o plan. Aunque organizados en forma distinta los Modelos VII y VIII son desde el punto de vista operativo muy similares.

MODELO VIII

- Características:
- * La OPPDSS establece relación contractual con los hospitales.
 - * Los médicos ejercen la profesión en forma tradicional, generalmente en sus consultorios particulares.
 - * La OPPDSS establece un vínculo contractual con una organización de médicos que será llamada Asociación Para el Ejercicio Profesional Independiente (APEPI).
 - * Cada médico se vincula contractualmente con la APEPI.



3.3 Atención Médica por la Seguridad Social

Por lo menos la mitad de los países del mundo tienen algún tipo de programa de seguro de enfermedad o de beneficio por maternidad incluido dentro de los programas de seguridad social. En términos generales éstos son programas de transferencia de dinero. También son frecuentes los programas de compensación por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales.

La prestación directa de servicios de salud por organizaciones asistenciales de propiedad del gobierno o de la seguridad social se encuentra con frecuencia en los países de América Latina así como en otras partes del mundo, por ejemplo: Grecia, Turquía y Birmania. La amplitud de los servicios de salud proporcionados por la seguridad social y los porcentajes de su costo que son financiados por el trabajador asegurado y por la seguridad social varían en forma considerable en los distintos países.

En América Latina los programas de salud de la seguridad social tienen configuraciones y esquemas organizativos muy variados. Asimismo varía la elegibilidad para participar en el programa y también la cobertura o amplitud de los servicios proporcionados.

Algunos países han integrado los servicios de salud de la seguridad social con los de los Ministerios de Salud. En un país (Panamá) existe más de una forma de integración entre los servicios de salud de la seguridad social y otros servicios públicos de salud.

A los efectos de dotarlas de mayor flexibilidad en sus programas de atención de salud, muchas organizaciones de seguridad social fueron dotadas de mayor autonomía y establecidas como organismos "paraestatales" o cuasi-gubernamentales. Estos establecimientos pueden funcionar bajo normas y reglamentaciones diferentes de aquéllas que se aplican a los Ministerios de Salud o a otras entidades de carácter gubernamental. Los salarios pagos al cuerpo profesional pueden superar aquéllos que se pagan en

el Ministerio de Salud y en general en estas organizaciones puede existir una mayor voluntad de colaboración con los recursos del sector privado--médicos, servicios de salud y OPDSS--en la prestación de servicios de sa lud a sus beneficiarios.

3.4 Servicio Nacional de Salud (Sector Público)

En muchos países, particularmente en aquellos con una filosofía política socialista, es política de gobierno asegurar a los ciudadanos el acceso a todos los aspectos de los servicios de salud del país sin un costo o un pago directo o con un pago muy pequeño en el momento de prestación del servicio. Existe una variedad importante de atención bajo este sistema general y los distintos modelos están determinados en una medida importante por el grado de tolerancia que existe hacia el sector privado de atención de salud. Los modelos referidos pueden clasificarse dentro de dos conceptos generales:

- . Un sistema de atención de salud completamente naciona lizado.
- . Un sistema "mixto" de atención de salud.

3.4.1 Sistema de Atención de Salud completamente nacionalizado

Las características de un sistema de esta naturaleza son: la atención en salud es un derecho que se pone a disposición de la totalidad de la población; el gobierno es propietario y responsable de la administración directa de prácticamente todas las instalaciones para prestar servicios de salud (tal es el caso de China y Rusia); el gobierno emplea a los proveedores de servicios de salud así como al staff de apoyo sobre la base de un sueldo; los pagos por acto médico no están permitidos y los servicios de salud se financian por parte del gobierno con fondos de rentas generales.

Este concepto tiene la ventaja de ser un sistema de atención de sa-

lud organizado y coordinado que proporciona una cobertura universal. Sin embargo, una de sus mayores desventajas es el conflicto que se crea desde el punto de vista de la filosofía socio-política en aquellos países en los que existe también un sector privado. El gobierno de estos países generalmente encuentra dificultades para implementar esta alternativa debido a que solamente un sector de la economía es nacionalizada. Claramente, esta propuesta será vigorosamente resistida por los médicos del país, por otros segmentos del sistema de servicios de salud y por aquellos ciudadanos que se oponen a una economía totalmente socializada.

3.4.2 Sistema "Mixto" de Servicios de Salud

Las características de un "sistema mixto de servicios de salud" son: la atención en salud es un derecho que debe ser puesto a disposición de todos los habitantes, como por ejemplo accesibilidad universal a los servicios de salud; los servicios de salud se financian por un impuesto especial con o sin una contribución a partir de rentas generales; la atención primaria es proporcionada por grupos o paneles de médicos de medicina general y la población selecciona el panel o grupo de médicos de medicina general que prefiere para recibir los servicios (las personas se registran en una lista para obtener su atención del panel que hayan elegido); los médicos de medicina general incluidos en los paneles proporcionan servicios a la población sobre una base contractual (no son empleados del gobierno); los médicos de medicina general son pagos por capitación, es decir de acuerdo al número de personas que se hallan registradas en su listado para obtener los servicios de salud a partir de este panel o grupo; la atención hospitalaria es proporcionada por hospitales públicos; y finalmente, no se excluye la existencia de un sector de práctica privada de la profesión bajo el sistema de pago por acto así como tampoco se excluye la presencia de hospitales privados o de farmacias privadas.

Un elemento fundamental de este sistema "mixto" es la libertad que proporciona para reestructurar los servicios de salud y expandir, cambiar

en forma significativa la productividad del sistema de servicios de salud sin recurrir a la socialización de la atención médica. De forma específica, este sistema "mixto" tiene la ventaja de proporcionar el derecho al acceso universal a la atención dentro de un sistema de servicios de salud organizado para proporcionar servicios adecuados, integrados, que posibilitan alcanzar la meta de la continuidad de la asistencia. Existe en el mismo responsabilidad por la prestación de los servicios y los costos son predecibles y controlables. Además, los médicos retienen su status independiente así como la posibilidad de poder realizar práctica privada de su profesión.

Para que la implementación de un sistema mixto sea exitosa, debe ser aceptable para la mayoría de los consumidores y de los proveedores, debe ser manejable en cuanto a su funcionamiento y gestión, y debe ser accesible al rango mas amplio posible de usuarios. El sistema de servicios de salud debe ser organizado, no solamente para proporcionar un mejor acceso al primer nivel de atención, sino también para asegurar que todos los niveles de atención se integran e interrelacionan en forma adecuada.

Gran Bretaña es un ejemplo de país con un sistema nacional de salud mixto. Las OPDSS pueden encajar perfectamente en estos sistemas y, de hecho, al presente están siendo creadas en Gran Bretaña.

4.0 APROXIMACION A LA EVALUACION DE LA FACTIBILIDAD--EL PROCESO Y SUS FASES

Las razones para crear una OPPDSS y la clientela o grupo que promociona el desarrollo de este programa difieren en los diversos países. Los factores que influyen en este aspecto incluirán la organización del sistema de servicios de salud existente en el país, la filosofía socio-política predominante en el país en general y en la región en particular en la que se propone establecer la OPPDSS, así como también consideraciones de tipo legal o jurídicas, reglamentarias, institucionales y económicas. Sin perjuicio de todos estos factores, la mayor importancia debe ser atribuida al cliente de la futura organización.

Este cliente puede ser una empresa de carácter comercial, uno o más médicos, un hospital, o una entidad relacionada con el estado. Las características del cliente y sus necesidades y aspiraciones determinarán en gran medida cómo se organiza y cómo funciona la OPPDSS.

Cualquiera sea el cliente, se deben cumplir determinadas fases en el desarrollo de una OPPDSS, cada una de las cuales debe basarse en la terminación exitosa de la fase anterior. Estas fases y las principales tareas que la componen son presentadas a continuación.

Fase I--Evaluación preliminar para:

- . Determinar los intereses y las necesidades del cliente en relación a la creación de la OPPDSS
- . Proporcionar al cliente un panorama general de las OPPDSS incluyendo:
 - Una orientación general;
 - Los componentes esenciales requeridos--hospitales y otros servicios médicos, profesionales médicos, la "organización aseguradora o plan" o sea la entidad que organiza y efectúa la gestión del programa de prepago, los recursos financieros y de otro tipo necesarios;
 - Las posibles interrelaciones entre los diversos componentes de la organización, incluyendo los

distintos tipos de acuerdos que se pueden realizar para asegurarse la obtención de los servicios de los profesionales médicos;

- Una estimación al menos aproximada, de la población que se requiriera para operar el programa y de la amplitud y las características de los servicios de salud a ser proporcionados;
 - Las consideraciones de tipo jurídico, legal, reglamentario e institucional y las limitaciones mas obvias que encontrara la futura organizacion;
y
 - El desafio del mercado.
- Decidir, sobre la base de la evaluación preliminar de las principales limitaciones y de las principales oportunidades para desarrollar una OPPDSS, y considerando la situación del cliente y los factores del entorno en el que está ubicado, si proceder o no a realizar un estudio completo de factibilidad.

La realización de esta evaluación preliminar lleva normalmente entre una y tres semanas, incluyendo la preparación de un informe con los principales hallazgos, conclusiones y recomendaciones. El tiempo requerido variará con la complejidad de la situación y con la facilidad con que se pueda obtener cada ítem de información necesaria. La tarea, para esta fase de evaluación de una OPPDSS fuera de los Estados Unidos, generalmente es desempeñada por un equipo integrado por un médico y un especialista en financiamiento de servicios de salud, ambos con experiencia en el campo internacional y en el campo específico de las OPPDSS.

Fase II--Estudio de Factibilidad para:

- Determinar si todos los aspectos esenciales y los componentes del programa propuesto de servicios de salud se encuentran presentes o pueden ser creados o conseguidos, y que las limitaciones identificadas en la fase anterior pueden ser superadas:
 - Establecer que el prepago de los servicios de salud, o sea el financiamiento de los mismos mediante una cuota mensual o periódica previa es permisible desde el punto de vista legal, identificar la autoridad que autoriza la creación y el funcionamiento de una OPPDSS, si es que existe, y determinar la forma societaria de la futura OPPDSS;

- Otras fuentes de financiación que permitan financiar cualquier tipo de deficit que pudiera presentarse; y
 - Penetración probable del mercado y bajo qué circunstancias se realizará o se obtendrá la misma (por ejemplo: diferentes niveles de costos versus diferentes conjuntos o paquetes de servicios).
- . Establecer la amplitud de los servicios a ser proporcionados y diseñar el sistema de prestación de servicios de salud de la futura OPDSS.
 - . Diseñar el plan de penetración del mercado y proporcionar los criterios para determinar si la OPDSS tiene un mercado que la haga factible.
 - . Determinar la capacidad de la OPDSS para alcanzar el equilibrio económico-financiero en un periodo razonable de tiempo así como para alcanzar su autonomía desde el punto de vista financiero.

La fase II consiste en la recolección y el análisis de datos esenciales y en la estimación del éxito potencial del programa propuesto. Suponiendo que al final de la misma se llegue a una decisión de "seguir adelante", el producto de esta fase será un diseño preliminar de la OPDSS así como de su sistema de servicios de salud, los cuales deben ser consistentes con las metas y con los objetivos de la OPDSS y dar cumplimiento a los requisitos de carácter jurídico; asimismo deberá obtenerse como producto un listado de los beneficios (tipo y amplitud de los servicios de salud) a ser ofrecidos a los afiliados; una estimación del costo por persona, o por familia, por mes y una proyección de las fuentes de financiamiento para cubrir los costos proyectados basada en la estimación del tamaño de la población a ser servida, la cual se obtendrá de la investigación del mercado; una estrategia y un plan para penetrar el mercado y finalmente un plan financiero.

Esta fase normalmente requiere hasta tres meses de trabajo en el lugar en que se desarrollará la organización, más un mes adicional para preparar y presentar el informe con las conclusiones. A los efectos de desempeñar las diversas tareas que la componen, generalmente se necesitará el personal profesional que se menciona a continuación, todos con experiencia previa en instituciones del tipo de las OPDSS: un médico clínico/administrador, un especialista financiero con orientación y experiencia previa en materia estadística de los servicios de salud, un especialista en planifi

cación de campañas de penetración de mercado por parte de organizaciones de prepago de atención médica, un especialista en el manejo de la organización aseguradora o plan y un administrador de servicios de salud. Es posible que un individuo pueda cubrir más de un área de las mencionadas, reduciendo en consecuencia el personal necesario. Asimismo no se requerirá la presencia de todos los especialistas en el lugar de trabajo durante la totalidad del período de evaluación.

Fase III--Pre-Implementación

Suponiendo que como resultado del estudio de la Fase II se determine que el programa es factible, seguirá entonces la Fase III o de pre-implementación, la cual insumirá aproximadamente entre cuatro y seis meses. En la Fase III, se determinan con mayor precisión y se realizan los acuerdos necesarios para obtener los diversos componentes del programa. Asimismo se obtienen las soluciones más adecuadas para superar las limitaciones de carácter jurídico o de cualquier otra naturaleza. Para cumplir con estos objetivos es necesario:

- . Obtener la persona jurídica de la nueva OPFDSS de acuerdo con la forma societaria que se haya determinado en la Fase anterior;
- . Identificar un grupo de afiliados con el que se pueda iniciar el programa, desarrollar una estrategia de afiliación e iniciar el programa de captación de afiliados;
- . Crear el grupo médico o buscar y obtener otro tipo de acuerdo con el cuerpo médico y desarrollar un cronograma para el comienzo de la prestación de servicios;
- . Crear un grupo financiero que permita atraer y reunir los fondos financieros necesarios;
- . Identificar los servicios de salud (plantas físicas) que serán usados y establecer un grupo gerencial que se encargue de la gestión de los servicios de salud y del funcionamiento del programa;
- . Desarrollar un plan operativo y un presupuesto para los primeros doce meses de funcionamiento;
- . Desarrollar los sistemas gerenciales y de apoyo, tales como contabilidad, control interno, sistemas de funcionamiento e información, historias clínicas, etc.;
- . Seleccionar y contratar a los funcionarios y establecer los programas de capacitación; y finalmente

- Coordinar la acción de los diversos grupos encargados de la captación de afiliados, de los servicios médicos, del funcionamiento financiero, y de la gestión gerencial de la organización para asegurar el comienzo del funcionamiento del programa en una fecha predeterminada.

Fase IV--Implementación

Se requerirán entre doce y dieciocho meses.

Fase V--Evaluación y Revisión de acuerdo a la necesidad

5.0 ANALISIS DEL SISTEMA EXISTENTE DE SERVICIOS DE SALUD

Para determinar si un programa del tipo de las OPDSS puede encuadrarse dentro del sistema de servicios de salud de un país y cómo puede lograrlo, primero es necesario entender dicho sistema. El análisis del mismo comienza con una descripción general, identificando los problemas y los aspectos conflictivos que puede presentar el sistema, la política general del país en materia de atención de salud, los diversos componentes del sistema de servicios de salud y su financiamiento y el rol de las diversas entidades públicas, privadas e internacionales que participan en la prestación de servicios de salud.

Aunque una OPDSS se preocupa de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, su tarea primaria es el tratamiento de las enfermedades. Es en esta actividad donde se destinarán la mayoría de los esfuerzos y de los recursos. Por lo tanto, al analizar el sistema existente de servicios de salud, se debe prestar particular atención a los proveedores de atención médica y a los servicios de carácter curativo, identificando qué segmentos de la población tienen acceso a qué tipo de servicios y bajo qué condiciones.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (la AID) y otras agencias relacionadas a la salud han desarrollado protocolos para la evaluación sistemática del sector salud. Este aspecto está por fuera de los términos de referencia de este documento. Alcanza con decir, que se debe usar un enfoque organizado a los efectos de detallar y evaluar las actividades de atención de salud de todas las características de proveedores de tal manera que el mosaico o patrón de cobertura de los servicios pueda ser correctamente identificado. El resultado de esta tarea se transforma en un elemento clave para definir qué grupos de la población pueden llegar a ser servidos por una OPDSS. En cualquier país, los grupos con mayores probabilidades serán aquellos que son elegibles o tienen el derecho de recibir

servicios de salud financiados en una alta proporción directamente por las empresas donde trabajan o a través de seguros de salud del tipo tradicional y que reciben servicios predominantemente a través del sector privado. A los efectos prácticos esta población es la constituida por el sector industrial en las áreas urbanas. De hecho, este grupo forma un porcentaje muy importante de los afiliados a las OPDSS en el mundo entero.

Retornando al análisis del sistema existente, se presenta a continuación una lista de los principales tópicos que deben ser considerados:

- . Descripción general, características del sistema--contradicciones y problemas
- . Política de salud--explícita e implícita
- . Financiamiento de los servicios de salud
- . Proveedores de servicios de salud en el sector público
 - Ministerio de Salud
 - Servicios provinciales y regionales de salud
 - Servicios municipales de salud
 - Organizaciones especiales, por ejemplo: de agua potable y saneamiento
 - Otros
- . Seguridad Social
- . Sector privado
 - Servicios de salud (plantas físicas), con y sin finalidad de lucro
 - Profesionales médicos
 - Servicios odontológicos
 - Medicamentos y productos farmacéuticos
 - Organizaciones profesionales, sindicatos y asociaciones
 - Organizaciones industriales
 - Seguros de salud comerciales
 - Organismos de caridad, por ejemplo: servicios de salud relacionados con misiones religiosas o con

fundaciones, etc.

- Otras organizaciones relacionadas con la salud
 - Organismos internacionales, por ejemplo: WHO, UNICEF, UNFPA, USAID
 - Universidades
 - Cruz Roja
 - Servicios no estatales, apoyados por la comunidad

6.0 UNA NUEVA ORGANIZACION DE SERVICIOS DE SALUD : SU ENTORNO

La rapidez del desarrollo científico y de la innovación tecnológica en el campo médico ha hecho avanzar los servicios de salud a tal grado de efectividad que ha creado una demanda muy amplia y creciente de sus beneficios. Sin embargo, acompañando a estos avances técnicos y científicos ha ocurrido también un crecimiento muy importante en el costo de los servicios de salud. En consecuencia, mucha gente está preocupada por su incapacidad (presente o potencial) de pagar los servicios de salud que necesiten. Aun en aquellos países donde los servicios de salud son al menos en forma teórica proporcionados a través del sector público o de programas de seguridad social, el nivel y la calidad de esos servicios puede no ser satisfactorio desde el punto de vista de los standards aceptados generalmente. Para llenar el vacío consiguiente, en aquellos lugares donde es permitido, aparecen y aun proliferan servicios privados de salud.

De una manera preponderante, en el mundo entero, ha sido el movimiento sindical el que ha presionado por mejores salarios, pensiones y atención médica. A través de la negociación sindical-empresarial, los sindicatos han negociado en forma exitosa la obtención de seguros de salud cubriendo un amplio espectro de cobertura. En su inicio, los beneficios estaban limitados a los empleados y eran bastante restringidos en cuanto al tipo de servicios ofrecidos. A través de los años, los beneficios se han ido extendiendo para cubrir a los dependientes y asimismo se ha ampliado el rango de los servicios ofrecidos. Sin embargo, la amplitud de los servicios por sí misma no ha sido uno de los aspectos mayores de controversia. Por el contrario, la búsqueda se ha dirigido fundamentalmente a encontrar mecanismos que permitan financiar los costos de los servicios que ya están disponibles a la comunidad. Concomitantemente, la preocupación por los costos de la atención médica ha sido compartida por muchos ciudadanos de clase media, no necesariamente miembros de un sindicato, que podrían ser excluidos de ciertos servicios debido a que el precio de los mismos les resultaría inalcanzable.

La atención médica financiada bajo la forma de prepago, generalmente proporcionada por un grupo médico tanto en los Estados Unidos como esencialmente en todos los demás continentes, ha surgido como una respuesta a estas preocupaciones. Las organizaciones industriales encuentran que estos programas son satisfactorios porque se limitan los costos de los beneficios de salud que proporcionan a sus empleados y al mismo tiempo les permite un conocimiento previo de los mismos. Siempre y cuando se mantengan o mejoren la accesibilidad y la calidad de los servicios, los consumidores también hallan satisfacción en este tipo de organizaciones debido a que no hay sorpresas desagradables desde el punto de vista de los costos o de los precios a cobrar.

Sin embargo, existen sectores de la comunidad que pueden resistir, y a veces en forma por demás agresiva o pública, la creación de organizaciones de atención médica financiadas bajo la forma de prepago. Frecuentemente, el cuerpo médico organizado está en contra de este concepto. La principal preocupación que motiva esta oposición es el fenómeno de la competencia o competitividad, es decir, el concepto representa una amenaza directa de carácter financiera al régimen vigente del ejercicio privado de la profesión, ya sea en su forma pura o a través de grupos financiados mediante el sistema de pago por acto.

El control sobre la atención brindada a los pacientes es otra fuente de preocupación para el cuerpo médico organizado. Muchos médicos temen que la medicina prepaga limite las opciones de tratamiento u otras medidas terapéuticas con la finalidad de disminuir los costos, probablemente bajo la dirección de un no médico, y que en consecuencia se le niegue al paciente una atención adecuada.

Otro de los aspectos controvertidos por el cuerpo médico es el concepto de la libertad de elección del paciente para seleccionar su propio médico, que puede estar limitado en algunos de los sistemas de prepago. En casos extremos aun el agrupamiento de médicos para constituir grupos, asocia

531

ciones o corporaciones para prestar atención médica, puede no serle permi tido a los médicos, o puede ser fuertemente inhibido por el cuerpo médico organizado.

Como resultado de éstas y otras limitantes, el entorno en el cual se intenta crear una nueva organización de servicios de salud puede ser difi cil en ciertas circunstancias.

Para que una OPDSS sea factible, se debe tener conocimiento de cual quier situación insatisfactoria (como las enunciadas en los párrafos pre- cedentes) y se debe identificar cualquier problema o amenaza potencial que represente la nueva institución al status quo. El ejercicio grupal o corporativo de la profesión y el prepago de los servicios de salud deben ser aceptables desde el punto de vista jurídico. Debe existir asimismo un grado suficiente de aprobación (de la nueva organización) por parte del cuerpo médico organizado, a los efectos de permitir el funcionamiento del programa, probablemente con algunas limitaciones sin embargo, como resul- tado de algunas restricciones o trabas. El cuerpo médico posee influen- cia política y puede ser capaz de forzar la aceptación de algunas condi- cionantes, tales como el requisito de que un programa de prepago de ser- vicios de salud, diseñado para brindar cobertura a los afiliados que pa- gan una suma periódica, deba obligatoriamente permitir a sus afiliados la libre elección de médico, entre todos aquéllos que participan en el pro- grama; puede asimismo exigirse que un porcentaje mínimo de los médicos ra dicados en la localidad acuerden su participación en el programa; o que el mismo sea puesto bajo el control de los médicos; o finalmente, que la captación de afiliados se limite a aquéllas personas que están por debajo de un determinado nivel de ingresos.

La posición del estado es también un factor crítico. La misma puede variar desde una aceptación básica, con o sin condiciones previas, a una posición de apoyo activo desde el punto de vista financiero o en otros as pectos incluyendo la promoción de legislación que facilite el estableci-

miento de este tipo de organizaciones y/o la voluntad de cooperar con el sector privado en establecer un programa del tipo de las OPFDSS. Cuando se ofrece apoyo por parte del estado, es frecuente que éste sea acompañado por requisitos de tipo legal o jurídico, y de tipo técnico, que deben ser cumplidos (éstos pueden referirse al paquete de servicios o beneficios a ser proporcionados a los afiliados, al nivel de precios cobrados a los mismos, al nivel de la participación de los usuarios en el funcionamiento y dirección de la organización, a las prácticas de penetración del mercado, etc.) y estas condiciones previas pueden ser o no aceptables para aquéllos que proponen el desarrollo del programa.

Además del cuerpo médico organizado y del estado, hay otros grupos que juegan un papel decisivo en la potencialidad de crear una OPFDSS. Estos son fundamentalmente las organizaciones industriales que pagan la mayoría de los costos del programa y las organizaciones sindicales que deben aceptar el programa, ya sea como la única fuente de atención médica para sus empleados o integrantes del sindicato o al menos una opción a ser ofrecida a aquéllos que tienen derecho a beneficios de servicios de salud.

Una conciencia creciente de las necesidades no satisfechas en muchas naciones ha ayudado a estimular la celebración de diversos acuerdos entre los componentes del sector privado de servicios de salud así como a establecer relaciones funcionales de carácter limitado entre los sectores público y privado. Para que en un país exista un clima positivo o apropiado para el desarrollo de un programa del tipo de las OPFDSS, debe haber una movilización de los diversos elementos que se requieren para crear una organización de este tipo, así como una educación del público en general en lo que se relaciona con la factibilidad, las ventajas y la naturaleza del programa. Si uno juzga por la historia del movimiento de las HMO en los Estados Unidos, este proceso puede requerir un plazo de muchos años.

7.0 FACTIBILIDAD JURIDICA: LEGAL/REGLEMENTARIA

La determinación de la factibilidad jurídica de una OPPDSS a crearse puede ser facilitada si se establecen criterios específicos y si se determinan las tareas específicas necesarias. (Ver Birch and David Associates, Inc., en relación a los aspectos jurídicos relacionados con la factibilidad de la OPPDSS en los Estados Unidos. 1/)

Se deben cumplir cuatro objetivos principales en un estudio de factibilidad jurídica. En primer término, se debe establecer qué autoridad legal esta encargada de permitir la creación y el funcionamiento de una OPPDSS. En segundo término, se deben evaluar las limitaciones que dicha autoridad puede establecer en relación a la OPPDSS a crearse. En tercer término, se deben identificar cualquier otro tipo de limitaciones o barreras que pueden afectar negativamente la creación de una OPPDSS. En cuarto término, tomando como base la evaluación jurídica, se debe identificar la forma societaria y desarrollar la estructura organizacional que dará cumplimiento a los diversos requisitos de carácter jurídico.

En los Estados Unidos han habido una serie de cambios importantes en el entorno jurídico, relacionados con la creación y el funcionamiento de los grupos médicos financiados bajo la forma de prepago y de otros tipos de OPPDSS. Algunas de las decisiones más importantes son mencionadas más adelante en este texto debido a que los aspectos controversiales a las que ellas refieren son similares a aquéllos que pueden ser encontrados en otros países.

Retrocediendo unos cincuenta años, las asociaciones médicas en los Estados Unidos se oponían en forma vigorosa a las organizaciones de atención

1/ Birch y Davies Asociados, Inc., "Manual de Factibilidad de una HMO", Office of Health Maintenance Organizations, Department of Health and Human Services, Contract No. 282-79-0076 SH, 1980.

médica financiadas bajo la forma de prepago y empleaban una serie de tácticas destinadas a prohibir o al menos a limitar la aparición de estos programas. Por ejemplo, a los médicos que trabajaban en organizaciones de prepago, se les negaba su integración en las asociaciones médicas locales así como en la Asociación Médica Americana. De esta forma se les prohibía en forma efectiva a algunos médicos, la habilitación para completar sus post-gradúos al impedirseles rendir los exámenes correspondientes o se les impedía trabajar como médicos en determinados hospitales comunitarios en los cuales el pertenecer a la asociación médica local era un requisito indispensable. Asimismo se argumentaba por parte de algunas asociaciones médicas locales que las organizaciones empresariales que brindaban asistencia médica bajo la forma de prepago violaban la ley que se oponía al ejerccio corporativo de la profesión médica. La base de la argumentación radicaba en la posibilidad de que una corporación controlada por no médicos interfiriera con la relación médico-paciente y la preocupación consistía en que la lealtad primaria de los médicos no fuera para con el paciente sino para con la organización empresarial.

La estrategia inicial del cuerpo médico organizado en la década de los 30 y los 40 fue la de oponerse al surgimiento de las OPFDSS calificán^{do}las de una forma no ética de ejercicio de la profesión. Se emplearon a este fin tres formas de ataque: se intentó restringir el ejercicio profesional, se creó y puso en funcionamiento un programa de seguro de salud promocionado por el cuerpo médico (Blue Shield) para detener o eliminar el surgimiento de las OPFDSS y por último se promovió la aprobación de una serie de leyes estatales de carácter netamente restrictivo. Sin embargo, como resultado de una serie de decisiones jurídicas, estas tácticas fracasaron.

Se han presentado varios casos en los Estados Unidos que giran alrededor de la regla de "common law" que prohíbe la práctica corporativa de la profesión médica. La norma seguida generalmente se basa en la consideración de aspectos de interés público, de las leyes que restringen la habi-

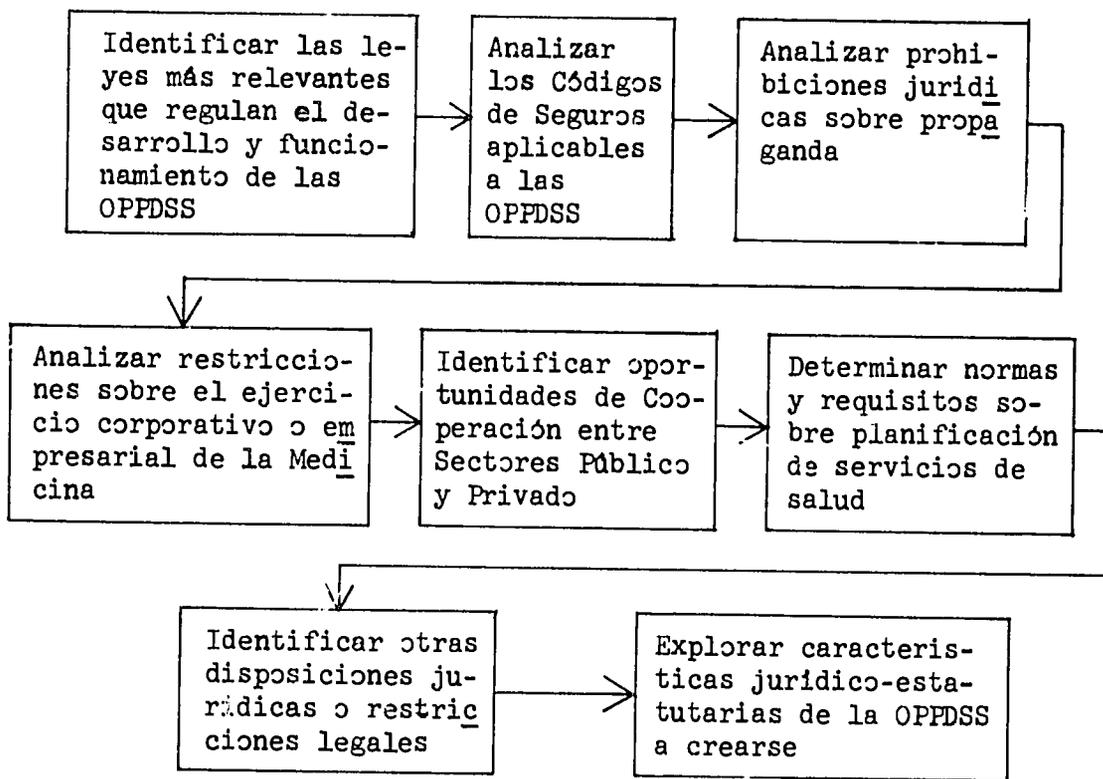
585

litación para el ejercicio de la profesión y de standards o normas de actuación profesional. En los comienzos, se hizo una distinción entre los programas de servicios grupales de salud organizados para la venta de servicios de profesionales medicos al publico con finalidad de lucro, diferenciándolos de aquellos programas de servicios de salud que brindaban servicios de profesionales médicos a sus afiliados sin finalidad de lucro. Más recientemente, la mayoría de los estados han aprobado leyes que permiten el establecimiento y el funcionamiento de las OPPDSS, en las cuales se establece específicamente que un programa de servicios de salud debidamente autorizado no debe ser considerado como que ejerce la profesión médica, independientemente de que tenga o no finalidad de lucro.

Además de los aspectos recientemente anotados, hay otros tópicos que requieren el análisis jurídico. Estos incluyen leyes relativas a la creación y al funcionamiento de una OPPDSS, a su forma societaria o estructura organizativa, y al cumplimiento que la OPPDSS debe hacer de las disposiciones que regulan los seguros en general, la propaganda médica, etc. El análisis de estos tópicos debe ser estructurado de acuerdo a las tareas tal como se muestra gráficamente en el Esquema 7.1. Esta estructura facilita asimismo la documentación y la preparación del informe de la factibilidad jurídica. Aunque en el mismo las distintas tareas se muestran como una secuencia de pasos sucesivos, es de hacer notar que varias de esas tareas pueden ser desempeñadas en forma simultánea.

ESQUEMA 7-1

PRINCIPALES TAREAS NECESARIAS PARA REALIZAR UN ESTUDIO DE LA FACTIBILIDAD JURIDICA DE UNA OPPDSS



7.1 Identificación de las leyes más importantes que regulan el desarrollo y el funcionamiento de las OPPDSS

Habiendo identificado previamente las disposiciones jurídicas bajo las cuales la OPPDSS debe funcionar, se deben analizar las limitaciones o restricciones emergentes de las mismas. Estas disposiciones jurídicas generalmente están contenidas en leyes que faciliten o permitan específicamente la creación de este tipo de entidades, leyes que regulen el ejercicio de la profesión en forma empresarial así como la prestación de servicios hospitalarios con el mismo carácter y otro tipo de disposiciones legales.

En los Estados Unidos, donde la política del estado ha sido la de favorecer el desarrollo de las OPPDSS, ha aparecido a nivel nacional y estatal legislación que facilita la creación de este tipo de instituciones y las apoya. Estas leyes determinan las condiciones bajo las cuales se puede obtener apoyo financiero y de otro tipo. Asimismo, especifican los servicios que deben ser proporcionados por la OPPDSS así como establece determinados requisitos en cuanto a la organización y funcionamiento de la institución.

Aparte de los Estados Unidos, algunos otros países tienen legislación que facilita la creación de las OPPDSS. Muchos, sin embargo, tendrán disposiciones jurídicas que regulan el funcionamiento de empresas médicas o de servicios de salud, o que regulan el funcionamiento de otras entidades que en esencia constituyen organizaciones asistenciales de prepago. Estas leyes deben ser identificadas y evaluadas.

Si no existen disposiciones legales que faciliten la creación de este tipo de instituciones, el próximo paso es identificar y evaluar otros mecanismos legales que pueden ser usados para justificar la creación de una OPPDSS. Estas pueden incluir varios tipos de antecedentes--jurídicos, de funcionamiento o administrativos. Por el contrario, en algunas circunstancias puede ser suficiente el obtener certificados o documentos emi-

tidos por las autoridades competentes en los que se establezca que la OPPDSS a crearse no ha sido desautorizada. Sin embargo, esta última eventualidad es una fuente de autorización menos segura para proceder a la creación de la institución.

7.2 Analizar los Códigos de Seguros Aplicables a las OPPDSS

Existen varios tipos de códigos de seguros que pueden afectar a una OPPDSS. Sin embargo, la primera consideración debe ser la de determinar si estos códigos son aplicables a la nueva institución, y en el caso de serlo, determinar de qué manera.

Pueden encontrarse prohibiciones referidas al funcionamiento de la totalidad del programa de prepago (este fue el caso en Corea del Sur hasta muy recientemente) o pueden encontrarse prohibiciones referidas a algunos de sus componentes y no a la totalidad. Puede encontrarse asimismo que se requiere un nivel específico de reservas financieras y esto puede impedir de hecho que una pequeña OPPDSS comience a funcionar. Reglamentaciones referidas a la práctica comercial, a la publicidad, a las prácticas de mercadeo o a otras formas de participación financiera permitida a los aseguradores, pueden ser encontradas en los códigos de seguros y requerirán el análisis respectivo.

7.3 Analizar las prohibiciones jurídicas sobre publicidad

En la mayoría de los países occidentales, la publicidad sobre servicios médicos ha sido dificultada y en algunos casos prohibida a través de leyes que regulan el ejercicio de la profesión médica. Sin perjuicio de lo anterior, recientemente esta prohibición ha sido diluida en los Estados Unidos, en Inglaterra y en otros países. Sin embargo, la publicidad sobre servicios médicos no es permitida en muchos países. El grado de prohibición varía desde términos absolutos hasta disposiciones que permiten la propaganda de servicios médicos por parte de organizaciones pero no por parte

de los profesionales actuando individualmente. Antes de desarrollar una estrategia de penetración del mercado, es imperativo que la futura organización considere las reglamentaciones a la publicidad.

7.4 Analizar las restricciones sobre el ejercicio corporativo o empresarial de la Medicina

Este tema ha sido tratado previamente. Se pudo lograr en primer término, un entendimiento muy claro sobre las distintas formas societarias o modelos de OPPDSS, y lo que cada una de éstas puede o no puede hacer en relación a la vinculación contractual o al empleo de médicos (y de otros profesionales) de tal forma que la OPPDSS a crearse actúe dentro de la ley. Esto puede significar que algunos de los modelos propuestos de OPPDSS no son posibles en un lugar determinado, y por lo tanto, se limitan las formas organizacionales entre las que pueden optar los organizadores.

7.5 Identificar oportunidades de cooperación entre sectores público y privado

Particularmente en América Latina, pueden existir oportunidades para la creación de una OPPDSS basada en un hospital, por ejemplo: los Modelos I y II, a efectos de brindar servicios a usuarios pagos por el Ministerio de Salud o por el sistema de seguridad social. Esto puede resultar en ahorros para el sector público al obviarse la necesidad de construir plantas físicas donde no existen instituciones públicas apropiadas y al mismo tiempo puede beneficiar a los hospitales privados asegurándoles un determinado nivel ocupacional. Este sistema puede ser apreciado en la actualidad en Panamá y sin duda existe también en otros lugares.

Puede que se requiera una variedad importante de leyes y reglamentos que faciliten o permitan establecer relaciones contractuales entre los sectores público y privado. Asimismo, es probable que se requiera una serie de reglamentaciones específicas relacionadas con las formas de los contratos, las normas operativas, etc.

7.6 Determinar normas y requisitos sobre planificacion de servicios de salud

La mayoría de los países requieren permisos especiales para construir y poner en funcionamiento un hospital privado. El otorgamiento de estos permisos generalmente está supeditado a disposiciones sobre construcciones de edificios con finalidades específicas en distintas zonas de la ciudad, (plan regulador municipal), con la demostración de responsabilidades financieras por parte de los organizadores de la institución, así como con el cumplimiento de las disposiciones que requieren que el personal que trabaje en el hospital esté debidamente habilitado. Asimismo, frecuentemente existen códigos que regulan el diseño y la construcción de los hospitales, el equipamiento posible y los requisitos en cuanto a personal, sin mencionar una diversidad de inspecciones estatales a ser realizadas en forma previa y posterior a la habilitación. En general, los hospitales públicos aunque bajo disposiciones más simples, pueden también enfrentar un proceso de habilitación bastante difícil.

Pueden existir también reglamentaciones en relación a la creación de nuevas plantas físicas, o a la ampliación o mejoramiento de las existentes, con la finalidad de contener los costos o de equilibrar de una manera más adecuada la asignación de los recursos, por ejemplo: para reducir los gastos en plantas físicas y en servicios curativos y transferir los recursos resultantes dándole un mayor apoyo al nivel primario de atención o a la atención primaria de salud. Es probable que se exija la demostración de que la nueva planta física es necesaria desde el punto de vista asistencial y en esos casos es probable que se deba obtener un "Certificado de Necesidad". Una disposición de esta naturaleza, aplicable en los Estados Unidos y sus posesiones también puede ser encontrada en naciones tan diversas como Nueva Zelanda e Israel. Es interesante notar que en los Estados Unidos, en un esfuerzo para ampliar la cobertura por las OPDSS, el Estado ha aprobado legislación referida al Certificado de Necesidad para las plantas físicas a ser usadas por las OPDSS que es menos limitante

que aquella que regula otro tipo de instituciones.

Otra categoría de reglamentos que pueden afectar la factibilidad de una OPPDSS, es aquella que se refiere a la habilitación de los profesionales para ejercer la profesión. En algunos países, el aspecto controversial se centra en el rol de la "nurse Practitioner" (enfermera con rol asistencial ampliado) o con otros profesionales de la salud que podrían desarrollar algunas actividades asistenciales generalmente limitadas en su ejecución al cuerpo médico. En aquellos casos en que la OPPDSS intente utilizar personal auxiliar de salud para brindar servicios asistenciales generalmente reservados al cuerpo médico será importante identificar si existen antecedentes y si existen reglamentos que normaticen el uso de este tipo de personal incluyendo la necesaria supervisión por parte de un médico. El uso de la "nurse practitioner" por las OPPDSS es muy amplio en los Estados Unidos y ha resultado en ahorros significativos. A los efectos de establecer una plantilla de personal asistencial adecuado, la OPPDSS a crearse debe identificar los requisitos jurídicos que regulan el uso de las diversas categorías del personal de salud.

7.7 Identificar otras disposiciones jurídicas o restricciones legales

La mayoría de los aspectos controversiales que pueden afectar la factibilidad jurídica de una OPPDSS ya han sido discutidos. Sin embargo, existen otro tipo de preocupaciones. Una que puede constituirse en un problema real es la que se refiere a la habilitación de trabajo del personal no nacional. Mientras que la mayoría de los empleados de una OPPDSS provendrán del país en el cual ésta se establezca, puede ser deseable obtener los servicios de algunos especialistas claves provenientes de otros países, los cuales necesitarán un permiso de trabajo y una habilitación especial.

Otro requisito puede ser el que la OPPDSS posea un seguro que la proteja contra posibles juicios de mala práctica médica o de daño personal.

Al reconocer estas disposiciones y restricciones, la OPPDSS sera capaz de completar en forma exitosa los aspectos juridicos del estudio de factibilidad y de planificar en forma adecuada el desarrollo y el funcionamiento del proyecto.

7.8 Explorar las características juridico-estatutarias de la OPPDSS a crearse

La Seccion 3.2 (de este manual) ha detallado las diversas relaciones que pueden existir entre los principales componentes de una OPPDSS, asi como las distintas formas organizativas resultantes de aquellas. Estas interrelaciones, asi como las características organizativas que se derivan de ella, tienen una serie de consecuencias de caracter juridico y contractual. Por ejemplo, si se propone emplear a los médicos de la institucion como personal en relacion de dependencia, esta practica puede ser violatoria de disposiciones que regulan el ejercicio empresarial de la medicina, mientras este puede no ser el caso si lo que se propone es una organizacion del tipo de la APEPI o del tipo del ejercicio grupal de la profesion. La responsabilidad de la OPPDSS en una situacion de mala practica asistencial puede tambien variar en el grado de responsabilidad y en el costo del seguro, segun el tipo de relacion que se establezca entre la institucion y su cuerpo medico. Dependiendo de la forma estructural que adopte la APEPI, y de las reglas que ella misma establezca en relacion a la incorporación de medicos a la asociación, se podria estar contraviniendo las disposiciones que regulan la no formacion de trust o monopolios o aquéllas que regulan la falta de competitividad en un determinado mercado. Mas aun, el tipo de vinculacion entre los medicos y la OPPDSS puede hacer variar sustancialmente la aceptacion o el rechazo por parte de la asociacion medica hacia la totalidad del proyecto, y en consecuencia la accion que esta asociacion tomara en favor o en contra del desarrollo del mismo.

Mientras que en los Estados Unidos hay una separacion muy tajante entre aquellos medicos que integran los servicios de salud del sector publi

co y aquellos que trabajan en el sector privado, en la mayoría de los países esta es la situación más común. Lo más frecuente es que los médicos trabajen para el Ministerio de Salud o los Servicios de la Seguridad Social y que al mismo tiempo ejerza en forma privada su profesión. El grado de tolerancia de la práctica privada de la profesión en los diversos países varía. Frecuentemente, aunque no en la totalidad de los países, el médico atiende en forma privada en su consultorio solamente a pacientes de carácter ambulatorio, mientras que la atención hospitalaria o de internación es proporcionada en servicios públicos.

Esta mezcla de ejercicio público y privado de la profesión médica tiene algunos aspectos no deseables. Con frecuencia el médico trabaja para los servicios públicos en la mañana y en el principio de la tarde, dejando esta actividad tan pronto como sea posible para concurrir apresuradamente a su consultorio o clínica privada. Esta práctica tiende a perjudicar los servicios públicos. Al menos en teoría, una OPDSS que atienda tanto a pacientes del sector público como del sector privado, puede resultar en una utilización más efectiva del cuerpo médico.

El análisis que antecede señala la necesidad de analizar los requisitos jurídicos así como las limitaciones aplicables a cada uno de los modelos organizacionales posibles para identificar aquellos que son o no son factibles en una circunstancia determinada. Este análisis facilitará el diseño de una organización que tenga la estructura deseable, que de satisfacción a los diversos requisitos jurídicos y que posibilite la realización de acuerdos contractuales entre los principales componentes de la misma.

Hasta este punto hemos enfocado la evaluación de la factibilidad jurídica en el supuesto de que la OPDSS a crearse se halla en la fase conceptual o de desarrollo. Con mucha mayor frecuencia, una entidad específica, que ya está prestando servicios de salud, posiblemente proporcionando alguno de ellos bajo la forma de prepago, puede considerar la reorganización de su estructura organizacional y de su funcionamiento para conver

tirse en una OPPDSS. El análisis jurídico en este caso se debe centrar en primer termino, en la revisión del sistema operativo existente de esa organización a los efectos de determinar si el mismo es consistente con los requisitos jurídicos (o de otro tipo) de tal forma que le permita operar como una OPPDSS. En segundo termino, sera necesario identificar los potenciales conflictos o problemas que puedan surgir entre la situación existente y aquella que se requeriria para satisfacer los requisitos jurídicos, organizativos, de los servicios de salud y de caracter operativo referente a una OPPDSS. En tercer termino, sera necesario preparar un plan de actividades para resolver estos conflictos y problemas en un plazo determinado.

7.9 Lista de items a verificar para determinar la factibilidad jurídica

La siguiente es una lista de items que deben ser verificados cubriendo los diversos topicos a ser considerados en la determinación jurídica de una OPPDSS.

- . De ser necesario, se han identificado los instrumentos jurídicos que permitiran la creación y el funcionamiento de una OPPDSS?;
- . Existe una estructura organizativa para la OPPDSS que sea compatible con las leyes aplicables?;
- . La OPPDSS sera capaz o le estara permitido promocionar (publicitar) sus servicios de acuerdo con las disposiciones legales existentes?; en caso negativo, cómo podrá la OPPDSS efectuar el mercadeo de sus servicios?;
- . Sera necesario obtener un certificado de necesidad para construir, ampliar o reformar las plantas físicas de servicios de salud que se requeriran para el funcionamiento de la OPPDSS?; en caso positivo, puede la institución obtener dicho certificado?;
- . Existen limitaciones para que la OPPDSS realice el ejercicio de la profesion médica como una empresa?; en caso positivo, qué impacto tendrán esas limitaciones en la estructura y en el funcionamiento de la institución?;

515

- Existen cualquier tipo de impuestos o tasas que sean a plicables a una OPFDSS, o a sus principales componentes, que puedan poner en riesgo la factibilidad financiera de la institucion ?; y
- Existen otro tipo de disposiciones legales, reglamen-
tarias o administrativas o antecedentes de caracter ju
ridico aplicable que pueda afectar en forma adversa la
factibilidad de la OPFDSS a crearse?

8.0 EVALUACION Y PLANIFICACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Existen dos actividades principales que deben ser realizadas para evaluar la factibilidad de prestar servicios de salud en una OPDSS a crearse. Estas son el diseñar los servicios de salud y el sistema de prestación de los mismos y en segundo término, determinar si es posible desarrollar una red de proveedores para producir los servicios en la forma en que fueron especificados.

La mayoría de las OPDSS dividen sus servicios en dos grupos: un núcleo de servicios básicos que se proporcionan a todos los suscriptores/afiliados/socios y un grupo suplementario que se pone a disposición de aquellos que están cubiertos bajo pólizas especiales. El Esquema 8-1 contiene un listado de los beneficios (servicios) básicos y complementarios de carácter opcional que se requieren en los Estados Unidos a efectos de obtener la habilitación del gobierno federal. Aunque no necesariamente relevante o aplicable a todos los lugares distintos de los Estados Unidos, esta lista puede ser considerada un modelo útil y un programa deseable de servicios a ser alcanzado.

El diseñar los servicios de salud y un sistema de prestación de los mismos, requiere un proceso lógico e integral de planificación. Existen varios de estos procesos disponibles. El enfoque que se describe en este manual se sugiere como un modelo que ha probado ser útil.

En realidad, el crear una OPDSS requiere planificar subsistemas que componen la organización: mercadeo, producción, recursos humanos y finanzas.

En una organización de prepago y producción directa de servicios de salud, las funciones incluidas en el concepto de mercadeo son:

- . Evaluar el estado de salud de la población, las necesidades de atención y las demandas correspondientes, y determinar los servicios que obligatoriamente deben ser prestados por disposiciones de diversas autoridades.

ESQUEMA 8-1REQUISITOS DE SERVICIOS BASICOS PARA OBTENER LA HABILITACION POR EL GOBIERNO DE LOS ESTADOS UNIDOS Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE CARACTER OPCIONAL 1/

Para obtener la habilitacion (o reconocimiento oficial) del gobierno federal, una OPDSS debe proporcionar a todos sus afiliados un nucleo de servicios basicos:

- . Servicios Profesionales Médicos (incluyendo servicios de consulta y de interconsulta por medico.
- . Internacion hospitalaria
- . Servicios de policlinica y otros servicios ambulatorios
- . Servicios de urgencia o emergencia necesarios desde el punto de vista medico.
- . Servicios de salud mental (o siquiaticos), de caracter evaluativo o de intervencion en situaciones criticas, en policlinica y de corta duracion (minimo 20 consultas).
- . Tratamiento medico y servicios de interconsulta para alcoholistas o drogadictos
- . Servicios diagnósticos de laboratorio; servicios de radio diagnostica y radio terapeutica.
- . Servicio de salud a domicilio
- . Servicios preventivos de salud (incluyendo exámenes de audición y vista en niños hasta los 17 años).

Asimismo, la OPDSS puede proporcionar servicios de salud complementarios a la totalidad o parte de sus afiliados:

- . Internacion en hospitales de mediana y larga estadia
- . Servicios de oftalmologia no incluidos como servicio básico
- . Servicios odontológicos no incluidos como servicio básico
- . Servicios siquiaticos y de salud mental no incluidos como servicio básico.
- . Fisioterapia prolongada y servicios de rehabilitacion.
- . Medicamentos recetados y proporcionados por la OPDSS como parte de la atencion brindada tanto en su servicio básico como complementario.
- . Aparatos ortésicos y protésicos
- . Equipamiento médico permanente

1/ Federal Register, Vol. 44, No. 44, No. 139, Wednesday, July 18, 1979. 42, CFR, Subpart A, 110.102.

el surgimiento de las OPPDSS y por último se promovió la aprobación de una serie de leyes estatales de carácter netamente restrictivo. Sin embargo, como resultado de una serie de decisiones jurídicas, estas tácticas fracasaron.

Se han presentado varios casos en los Estados Unidos que giran alrededor de la regla de "common law" que prohíbe la práctica corporativa de la profesión médica. La norma seguida generalmente se basa en la consideración de aspectos de interés público, de las leyes que restringen la habi-

8-3

des (servicios básicos y complementarios)

- Decidir qué tipos de servicios, plantas físicas y programas de atención darán satisfacción a esas demandas y necesidades en una forma práctica, posible, aceptable y con adecuado costo-efectividad.
- Diseñar las actividades para promocionar la utilización del programa de salud y de sus servicios.
- Considerar el efecto que el precio (cobro por los servicios) tendrá en la utilización del programa y de sus servicios (demanda efectiva), teniendo en cuenta la competencia en el mercado.

El subsistema de producción incluye todas aquellas actividades que eventualmente finalizan en la producción de servicios de salud a efectos de satisfacer las necesidades o los requerimientos de los afiliados de la OPPDSS. Producción, en este caso significa la secuencia de actividades que deben ocurrir en forma oportuna en el lugar adecuado, y con el ritmo y cadencia necesarios para producir los resultados deseados. Para una OPPDSS, la producción incluye el diseño, la ubicación y el funcionamiento de plantas físicas; la elaboración de programas de mantenimiento de los edificios y equipos; la obtención del transporte, comunicaciones y otros elementos de la infraestructura; el disponer de almacenes y de proveedores de bienes y servicios; la obtención asimismo de diversos tipos de servicios profesionales y no profesionales necesarios--en suma, todas las acciones que son necesarias a los efectos de proporcionar atención de salud a la población a ser servida. En esencia éste es el sistema de prestación de servicios de salud de la OPPDSS.

El subsistema de recursos humanos se centra en los aspectos del personal-evaluación de las necesidades y, por lo tanto de la plantilla del personal, las cuales se obtienen a partir del subsistema de producción. Este subsistema incluye las proyecciones de las necesidades de personal especializado; la capacitación y la captación de dicho personal; la evaluación de su actuación; el diseño de sistemas de premios e incentivos; el establecimiento de las condiciones laborales; etc. En el caso de una OPPDSS, la organización y las interrelaciones entre el cuerpo médico y la

585

599

institución es un elemento clave determinante de la forma en que se establece y en que funcionará la institución.

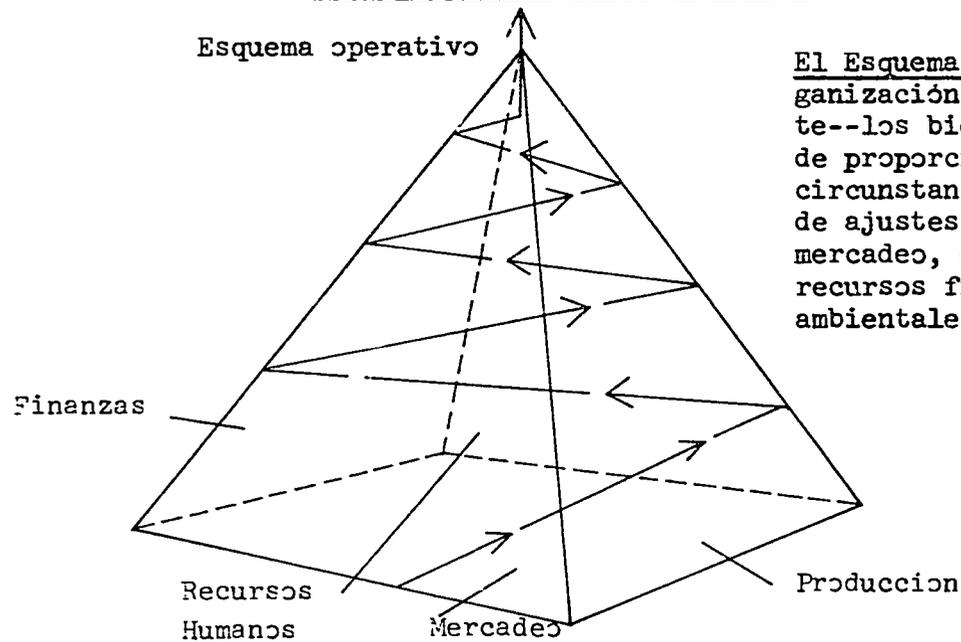
Las finanzas, o sea el cuarto subsistema, tiene relación con las fuentes de fondos, tanto de capital como fondos corrientes, y con su interrelación; con el uso de los fondos, incluyendo los controles de gastos; y con el costeo de las plantas físicas y de los servicios.

En suma, un subsistema, el de mercadeo, determina las necesidades a ser cubiertas y cómo se da satisfacción a esas necesidades, mientras que los otros tres subsistemas se diseñan de forma tal que en los hechos estas necesidades se vean cubiertas. La planificación se transforma en un proceso de integración de los cuatro subsistemas, de tal forma que éstos se juntan en un fin común que es el "esquema operativo" de la institución. El Esquema 8-2 proporciona una representación gráfica de este concepto, es decir "pirámide de planificación".

Los cuatro subsistemas raramente se interrelacionan en una forma clara y precisa en cualquier tipo de organización. En una OPDSS lo que se necesita es siempre más que lo que la organización puede proporcionar. Aun si la institución tiene las plantas físicas y equipos para satisfacer todas las necesidades de sus afiliados, probablemente no tendrá la totalidad del personal necesario. Y aún si tuviera todos los recursos humanos necesarios, probablemente no fueran suficientes los recursos financieros.

En el proceso de planificar los servicios de salud para una OPDSS, se deben ajustar las metas deseables a la realidad concreta que se enfrenta. Esto significa que deben establecerse prioridades. La organización debe ser capaz de satisfacer las necesidades de algunos de sus pacientes, pero probablemente deba ignorar otras porque no tiene la capacidad de producción o todos los recursos humanos o todos los recursos financieros que serían necesarios.

LA PIRAMIDE DE PLANIFICACION 1/



El Esquema Operativo--Lo que la Organización puede ejecutar realmente--los bienes y servicios que puede proporcionar; a quién; bajo qué circunstancias--luego de una serie de ajustes a las realidades del mercadeo, de la producción, de los recursos financieros y de factores ambientales.

ESQUEMA 8-2

8-5

CRITERIOS POLITICOS Y FACTORES AMBIENTALES

- Físico
- Socio-culturales
- Económicos
- Jurídico-reglament.
- Tecnológicos
- Políticos

MERCADEO

- Evaluación de necesidades
- Amplitud de servicios
- Promoción de servicios
- Impacto de los precios

PRODUCCION

- Planta Física
- Operaciones
- Mantenimiento
- Transporte
- Comunicaciones
- Apoyo logístico

RECURSOS HUMANOS

- Evaluación de necesidades
- Plantilla de Pers.
- Capacitación
- Captación de Pers.
- Evaluación
- Incentivos/Premios
- Condiciones Laborales

FINANZAS

- Fuente de Fondos: Capital Operativo
- Uso de fondos
- Control de fondos
- Presupuestación

1/ Adaptado de Adizes A. y Zukin P. Un Enfoque Gerencial de la Planificación de Salud en los Países en Vías de Desarrollo - Health Care Management Review 1977; 19-28

601

Al determinar la factibilidad de la prestación de servicios de salud por parte de una OPPDSS, el equipo encargado de hacerlo debe comenzar con el subsistema de mercadeo al pie de la pirámide mostrada en el Esquema 8-2, sobre la izquierda y desplazarse hacia la derecha a través de la produccion, luego hacia los recursos humanos y financieros, hacia arriba yen do y viniendo, ajustando cada vez más los espacios entre las necesidades a satisfacer, los servicios deseados o requeridos y lo que en forma realista es factible. En este proceso el equipo que estudia la factibilidad, establece y revisa continuamente las prioridades en relación a los servicios de salud y a su producción, teniendo en consideración los recursos humanos y financieros disponibles, los factores ambientales así como la estructura organizativa y la forma societaria de la OPPDSS a crearse. Su poniendo que se obtiene un esquema operativo como resultado de este trabajo, el proceso analítico deja establecidas las bases para una planificación definitiva de los componentes de la OPPDSS.

La discusión que se acaba de presentar deja en claro que la factibilidad de la prestación de servicios de salud realmente requiere la participación de los cuatro subsistemas de la organización. Sin embargo, el centro primario es la función de producción.

Al decidir sobre un paquete de beneficios o servicios a ser proporcio nados por la OPPDSS, ésta debe ser capaz de proporcionar servicios que se rán competitivos con aquéllos que existen en el lugar donde va a estable- cerse en lo referente a la amplitud de los mismos, a la satisfacción de los pacientes y a su costo. Por lo tanto, para demostrar la factibilidad de los servicios de salud, es necesario mostrar que se es capaz de produ- cir los servicios requeridos a un costo que pueda ser alcanzado por la ma yoría de la población. Esto significa que existen o pueden desarrollarse plantas físicas y de equipamiento adecuadas, y que se pueden obtener a- cuerdos razonables para asegurarse los servicios del cuerpo médico y de o tros componentes del equipo de salud. En aquellos países donde se requie- ren en forma obligatoria sistemas que aseguren la calidad de la asisten-

cia, puede ser necesario el tener que proporcionar garantías de que la OPPDSS a crearse puede organizar programas aceptables para evaluar la calidad y la utilización de sus servicios de salud y de que los mismos incluyan los mecanismos necesarios para realizar ajustes en aquellas fallas que se descubran. Aun en aquellas situaciones en que no se requieren sistemas de revisión o control de la utilización y de evaluación de la calidad, estas medidas pueden ser iniciadas a los efectos de mantener o mejorar la satisfacción de los consumidores y contener los costos.

En capítulos previos de este manual, se ha presentado el análisis del sistema de salud existente en el país, y la evaluación del entorno que debe enfrentar la nueva organización de atención médica.

El análisis del sistema existente debe incluir un inventario de todos los recursos de servicios de salud que pueden influir en la OPPDSS a crearse. A estos efectos, será útil contar con varios formularios en los que es fácil registrar la existencia de diversas categorías de profesionales y de locales para la prestación de servicios de salud así como sus características. Por ejemplo, en relación a los médicos, uno debería interesarse en el número de médicos existentes en las diversas especialidades, saber si éstos ejercen su profesión en forma aislada desde sus consultorios o por intermedio de grupos, saber si están empleados a tiempo parcial o a tiempo completo en los servicios públicos, conocer su edad y su actitud hacia la atención médica de prepago. El inventario de los locales en el área a ser atendida debe incluir el tipo y ubicación de las instituciones que los manejan, el número de camas discriminado por especialidad médica, los porcentajes de ocupación, los promedios de estadia por servicio, las relaciones con una OPPDSS existentes si es que las hay y cualquier otro tipo de información que sea pertinente para la localidad específica.

Las actitudes de los diversos segmentos de la población que pueden influir en la aceptación y apoyo para la nueva OPPDSS necesitan ser evaluadas. En forma clara estas actitudes se relacionan con las percepcio-

nes de determinados segmentos específicos de la población. Para el consumidor la principal preocupación será la amplitud de los servicios ofrecidos, sus costos y su aceptabilidad. Para aquéllos que al presente pagan la mayoría de los costos de los servicios de salud que consumen, la principal preocupación será de carácter financiero. Los médicos tendrán el máximo interés en el impacto que la OPFDSS puede ofrecer sobre su forma de ejercicio profesional y sobre sus ingresos. Para los servicios existentes, la OPFDSS puede resultar o ser vista como una amenaza o alternativamente como una fuente adicional de pacientes y de ingresos económicos.

El modelo organizacional de la OPFDSS tendrá una relación directa con la amplitud de los servicios a ser proporcionados, cómo se proporcionan los mismos y por último con sus costos. En la mayoría de los casos, la institución a crearse comenzará con una preferencia por un modelo particular de OPFDSS. Esta elección se relacionará fundamentalmente con aquellos que promueven la determinación de su factibilidad. Cualquiera sea la razón para seleccionar un modelo u otro, los modelos tipo staff y grupales son más aptos para proporcionar servicios de carácter integral que los modelos del tipo de las APEPI. Esto se debe a que en este tipo de asociaciones, los servicios de salud son menos centralizados y por lo tanto, cuentan con un menor grado de organización.

Como se ha dicho anteriormente, los acuerdos organizativos que se celebren con el cuerpo médico, pueden resultar en diferentes mecanismos para el pago a estos profesionales--salarios, pago por acto, capitación o listado y pago por tiempo trabajado. Con excepción del pago por acto, cada forma de retribución proporciona a la OPFDSS una capacidad razonable de controlar sus costos.

Los sistemas por los cuales los médicos participan en los riesgos de la organización y los acuerdos que incluyen incentivos son aspectos importantes del control de aquellos costos, relacionados con la actividad de los médicos. Se los hace notar aquí pues ellos afectan la elección del

tipo o modelo de prestación de servicios de salud.

En algunas OPFDSS, la Kaiser-Permanente por ejemplo, la organización aseguradora o "plan", celebra contratos en forma anual e independiente con el cuerpo médico organizado como grupo por un lado y con el hospital o los hospitales en el area por el otro. En cada caso, por una suma total fija, el hospital y el grupo médico acuerda proporcionar todos los servicios de salud requeridos a los afiliados de la institución durante un año. El grupo médico colabora con el hospital en el desarrollo del presupuesto anual del mismo, el cual sirve de base para el pago de la suma total fija al hospital. Si éste gasta menos que el monto presupuestado, la diferencia se divide entre el grupo médico y el hospital de acuerdo a una fórmula acordada previamente. Debido a que los médicos controlan en gran medida la utilización del hospital y por lo tanto, sus costos, al ser cuidadosos en la utilización de los servicios y del hospital, los médicos aseguran de una forma efectiva que el hospital se mantenga dentro de los límites presupuestados y frecuentemente por debajo de éstos. En Kaiser-Permanente, si bien los médicos tienen un incentivo financiero para reducir los costos hospitalarios, no comparten el riesgo financiero si los costos exceden la suma total fija asignada y paga al hospital. En otras instituciones del tipo de las OPFDSS, los médicos pueden compartir el riesgo de déficit financiero en el sector de internación.

Sin embargo, como característica esencial de todas las OPFDSS, los médicos participan del riesgo financiero si se producen déficits en relación a la prestación de servicios profesionales. La determinación de qué servicios profesionales son considerados de responsabilidad del hospital y cuáles pertenecen o caben bajo la esfera de influencia del cuerpo médico varía entre las OPFDSS. En los servicios ambulatorios, los médicos casi siempre participan del riesgo financiero. En cambio, en lo referente a radiología, anatomía patológica incluyendo laboratorio clínico, fisioterapia y otros servicios diagnósticos y terapéuticos especializados que se realizan en el hospital, dependiendo del acuerdo celebrado con el cuerpo médico,

605

el riesgo financiero puede ser exclusivo del hospital o del cuerpo médico o compartido por ambos grupos.

El compartir el riesgo financiero y el sistema de incentivos, puede ser manejado en las OPDSS del tipo de las APEPI y de otros tipos en los cuales los médicos son remunerados bajo la forma de pago por acto. En estas situaciones, los médicos en general deben acordar el aceptar los pagos de la OPDSS como compensación total por los servicios proporcionados a los afiliados de la institución, con excepción de aquellas situaciones en que los copagos son específicamente autorizados. En las OPDSS del tipo de staff o grupal, normalmente se establecen cuentas especiales de reservas para enfrentar posibles situaciones de déficit. Las OPDSS del tipo de las APEPI, con frecuencia retienen un cierto porcentaje de los honorarios o de las compensaciones por listado correspondientes a los médicos a los efectos de cubrir posibles excesos de costos. Cuando los costos de los servicios profesionales son inferiores al monto por el cual fueron contratados, los médicos en general reciben bonificaciones en las OPDSS del tipo de staff o grupal.

Cualquiera sea el modelo organizativo, debe existir la capacidad para contar con la necesaria plantilla de personal. En la mayoría de las localidades, existirá personal disponible siempre y cuando se puedan negociar acuerdos satisfactorios con el mismo. Sin embargo, en algunos países que restringen o limitan o aun prohíben el trabajo profesional por no nacionales, éste puede no ser el caso. Por ejemplo, un país petrolero en el Oriente Medio exige que al menos el 50% de cada categoría de personal profesional sean nacionales del país. Debido a que la disponibilidad de personal de salud nacional es escasa, esta medida limita efectivamente la ampliación de los servicios privados de salud al tiempo que regula la incorporación de personal de salud extranjero. Pero aun en esta situación, puede ser posible superar la limitación mediante la obtención de una autorización especial del Ministerio de Salud o de otra autoridad competente.

El analisis hasta este momento sugiere que el desarrollo de una red de proveedores satisfactoria puede ser una tarea formidable. Sin embargo, esto no debe necesariamente ser asi. En aquellos casos en que exista un servicio de salud proporcionando asistencia a funcionarios independientes de una empresa industrial basica, estos servicios pueden ser usados como base para desarrollar una OPPDSS.

En Tema, Ghana, la Compañia de Aluminio Valco (en un 90% de propiedad de la compañía de Aluminio Kaiser) posee y opera un hospital y locales de policlinica y presta servicios a aproximadamente unos 10.000 empleados y familiares de la propia compañía. Tema, que es el puerto mas importante de Ghana, tiene compañías relacionadas con el transporte maritimo asi como un parque industrial importante. Hace algunos años se realizó un esfuerzo para crear una OPPDSS en Tema, tomando como base los servicios de salud de la compañía Valco. A pesar de que existia considerable interes por parte de varias empresas, la OPPDSS no pudo concretarse debido a la inestabilidad politica del pais y a la recesion económica que sufría. Un ejemplo de un desarrollo exitoso de una OPPDSS creada a partir del servicio de sa lud de una empresa, puede encontrarse en Cordoba, Argentina. Allí, una planta automotriz de gran tamaño sirvió para estimular el desarrollo de una CPPDSS con una doble finalidad: contener sus propios costos de servicios de salud y brindar un servicio a la comunidad.

En resumen, usando un enfoque organizado para efectuar la planificacion, tal como la piramide de planificacion presentada, es posible evaluar la factibilidad de desarrollar los servicios de salud necesarios para una OPPDSS a crearse y al mismo tiempo proporcionar los elementos básicos para la planificacion definitiva del desarrollo de la organización y sus componentes. El enfoque se centra en los cuatro subsistemas que componen cualquier organizacion que produce un bien o servicios, es decir, el mercadeo, la producción, los recursos humanos y las finanzas. Define las necesidades y los servicios necesarios para satisfacerlas y detalla el proceso de produccion de los servicios. Tomando en consideración los re-

607

cursos disponibles o que pueden ser desarrollados, identificando y evaluando los diversos factores o influencias que pueden limitar o promover el desarrollo de la OPFDSS, la factibilidad de organizar la prestación de servicios de salud, puede ser determinada. Por otra parte, cuando la OPFDSS a crearse se basa en un hospital existente con parte del cuerpo médico trabajando a sueldo, la tarea de desarrollar un paquete de beneficios o servicios satisfactorio es mas facil que cuando se debe empezar desde cero con un sistema totalmente indefinido.

608

9.0 FACTIBILIDAD DEL MERCADO

Suponiendo que no existen restricciones jurídicas obvias a la creación de una OPPDSS, la tarea crítica más importante que encuentra su organizador es analizar el mercado potencial y determinar su factibilidad. Durante esta actividad, se deben establecer las bases para un plan de penetración del mercado.

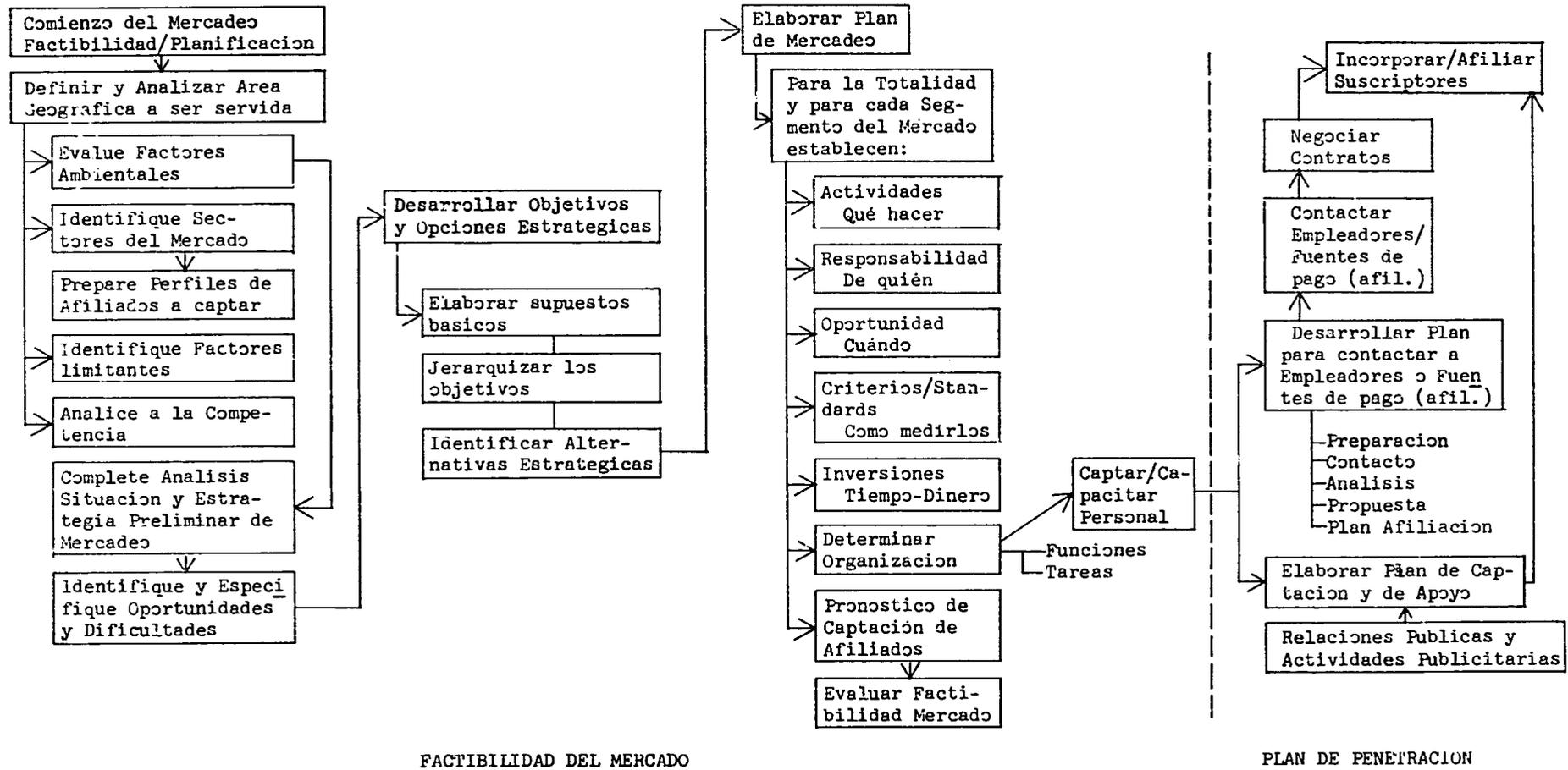
El mercadeo de una OPPDSS es una actividad compleja que requiere la confección de programas de servicios o paquetes de beneficios adecuados para satisfacer las necesidades y las demandas de los diversos consumidores potenciales; seleccionar el lugar donde esos servicios serán proporcionados; designar la estrategia para promover o "vender" el programa de la OPPDSS y establecer los precios de los servicios de tal forma que compitan favorablemente con otros servicios de salud existentes en el área a ser servida.

El estudio de factibilidad del mercado requiere la formulación de un conjunto de objetivos y de una estrategia para alcanzarlos. Un esquema que muestra los distintos pasos a seguir a los efectos de conducir exitosamente el estudio de factibilidad del mercado y la preparación de los planes preliminares de mercadeo se muestra en el Esquema 9-1. Básicamente existen tres actividades principales en la determinación de esta factibilidad. Estas factibilidades, que se presentan más adelante, son: Definir y Analizar el Área o Localidad del Servicio; Desarrollar los Objetivos e Identificar las Opciones Estratégicas y Desarrollar un Plan de Mercadeo. El producto final a obtener del cumplimiento de estas etapas, suponiendo que la factibilidad ha sido establecida en forma positiva es la confección de un plan de penetración del mercado, que tiene por finalidad lograr la celebración de contratos con las fuentes de pago o de afiliación y finalmente la captación efectiva e incorporación de los afiliados, suscriptores o integrantes de la OPPDSS.

609

ESQUEMA 9-1

PRINCIPALES ACTIVIDADES - FACTIBILIDAD MERCADO DE OPFDSS
PLAN ESQUEMATICO DE DESARROLLO



6/10

9.1 Definir y analizar el área geográfica a ser servida

El comienzo del estudio de factibilidad y planificación del mercadeo, se centra en el análisis de los servicios propuestos y del área a cubrir.

Las principales actividades son:

- Definir y analizar el área donde se prestarán los servicios de salud, incluyendo las localidades adyacentes donde también se pueden promocionar los servicios de la OPPDSS.
- Evaluar los factores ambientales--demográficos (incluyendo el estado de salud), geográficos y económicos (la Sección 8.0 proporciona detalles de esta actividad)
- Identificar los sectores del mercado--grupos (financiados por sus empleadores, integrantes de sindicatos, etc.), beneficiarios del sector público, e individuos; tomando nota de quiénes son los potenciales "clientes".
- Preparar los perfiles de los afiliados a captar. Los sectores específicos del mercado o segmentos, están constituidos por clientes potenciales (ya sean consumidores directos o aquellos que pagan por quienes van a consumir los servicios) con similares o relativamente similares características que tienen necesidades o demandas comunes, que responderán a motivaciones parecidas y de quienes puede esperarse que compren servicios o productos que satisfagan deseos o necesidades comunes. En relación a los afiliados a una OPPDSS, los criterios posibles para la segmentación del mercado, incluyen, el área geográfica, los grupos de edad, niveles de educación, fuentes de ocupación y empleo, niveles de ingreso, tamaño familiar, participación o integración sindical; status social y otros. Otros aspectos importantes del desarrollo del perfil del mercado son los tipos de empleadores, el número de sus empleados; la preocupación de los empleadores acerca de la salud de sus empleados y los requisitos o requerimientos legales para que proporcionen o paguen por los servicios de salud de sus empleados. Algunas de las características a ser exploradas y eventualmente especificadas en forma concreta son las asociaciones o agrupaciones de empleados, el grado de participación sindical, el poder de los sindicatos y el conocimiento que los empleados tienen de las organizaciones de pre-pago y prestación directa de servicio de salud. Así como sus deseos de eventualmente ser atendidos por una organización de este tipo. En relación al sector pú-

blico, el perfil debe notar las obligaciones y responsabilidades que en materia de atención de salud tienen las organizaciones del sector público en términos de quiénes estarían protegidos, condiciones para la elegibilidad, amplitud de los servicios requeridos, accesibilidad, nivel del financiamiento, participación en los costos en el momento del consumo, etc.

- Identificar los factores limitantes--varias categorías de restricciones o limitaciones han sido presentadas en diversas secciones de este manual referidas específicamente a distintos aspectos de la factibilidad de una OPPDSS.
- Analizar la competencia--incluyendo el sector privado particular como tal, otras OPPDSS que puedan competir con la que se va a crear, y el sector público, de acuerdo a:
 - Su participación relativa en el mercado.
 - Los patrones de utilización de servicios de salud, y
 - La disponibilidad de servicios, las condiciones de acceso a los mismos (distancia al lugar donde se presta el servicio, tiempos de espera), satisfacción de los clientes, precios totales cobrados al usuario y precios cobrados en el momento de prestación de servicios.
- Completar el análisis de situación y la estrategia preliminar de mercadeo. Resumir los factores claves, las tendencias más significativas y las fuerzas más importantes que influyen sobre los potenciales afiliados a la OPPDSS. Para preparar la estrategia preliminar del mercado, se requiere el establecer paquetes de beneficios o servicios para cada sector o segmento del mercado (estos pueden o no ser los mismos para todos), diseñar una estrategia promocional para cada segmento del mercado y establecer los precios a ser cobrados, basados en los sectores o segmentos del mercado a alcanzar y en los servicios a ser proporcionados.
- Identificar y especificar los problemas y las oportunidades.

9.2 Desarrollar los objetivos y establecer las opciones estratégicas

Esta actividad comienza con la identificación de algunos supuestos

claves. Estos supuestos pueden cubrir una amplia gama de temas relacionados con el sistema de servicios de salud existente, con las demandas y las necesidades no satisfechas, con problemas o aspectos controversiales existentes que tengan influencia o se relacionen con la OPFDSS propuesta. Una suposición típica puede ser que el costo de la atención de salud de los empleados, está incrementándose a una tasa que puede convertirse en una carga muy pesada para los empleadores y para los consumidores, y que por lo tanto una organización distinta de servicios de salud puede ser bienvenida por éstos. Otra suposición puede relacionarse con una inadecuación del sistema de servicios de salud existente que puede ser mejorado con una organización de esos servicios más integral y menos fragmentaria.

Basados en estas suposiciones, se establecen una serie de objetivos, y éstos se ordenan en forma prioritaria. En general, hay tres objetivos primarios para el esfuerzo de mercado. El primero, consiste en agrandar el mercado resaltando la innovación del producto (o servicio) o del mercado por sí mismo; por ejemplo mediante la introducción de una nueva organización de servicios de salud tales como una OPFDSS. El segundo objetivo es incrementar la participación en el mercado. Esto puede ser logrado poniendo énfasis en el mejoramiento y en el desarrollo del producto, mediante promoción de ventas y mediante la promoción de las actividades que implican servicios al consumidor. El tercer objetivo es mejorar las ganancias. Las medidas que pueden lograr este objetivo son el incremento de las ventas, la eliminación de actividades no lucrativas y la reducción de costos.

El análisis de los tópicos mencionados anteriormente, facilitará la formulación de objetivos específicos y de las estrategias relacionadas con éstos. Una decisión estratégica clave es la definición del mercado a ser servido y la formulación de tácticas y de estrategias para cada sector o segmento del mercado. Esta estrategia determinará la asignación de recursos y el énfasis que se debe poner en cada uno de los siguientes cua

tro componentes: enfatizar beneficios o servicios, destacar precios, hacer esfuerzos de promoción para persuasión o destacar la conveniencia, accesibilidad o servicio al cliente.

Existen varias alternativas de implementación para cada una de estas estrategias básicas. En todo caso, el énfasis debe ponerse en proporcionar una ventaja competitiva, ya sea ofreciendo servicios más atractivos, o servicios más aceptables a menor precio que los que ofrecen en forma equivalente los competidores; realizando actividades promocionales más efectivas y/o ofreciendo superiores servicios. Al evaluar estas estrategias, es necesario establecer tanto la dirección del esfuerzo como su ritmo y fuerza.

9.3 Evaluar la factibilidad del mercado y desarrollar un plan general de penetración del mismo

El objetivo primario de los pasos y actividades presentados hasta este punto en este capítulo es el de proporcionar un pronóstico de la capacidad de captación de la OPDSS a crearse en determinadas condiciones de prestación de servicios, precios, etc. Suponiendo que existe un adecuado nivel de captación de afiliados y que ello se logra a un precio que permitirá alcanzar el punto de equilibrio económico-financiero en un plazo satisfactorio, la OPDSS a crearse es factible, al menos desde el punto de vista del mercado.

Para arribar al punto en que la captación de afiliados puede ser pronosticada, es necesario desarrollar un plan de las actividades requeridas; desarrollar cronogramas; establecer cuáles son los recursos necesarios y asegurarse la obtención de los mismos, diseñar y crear una estructura organizativa para realizar las actividades de mercado y distribuir las tareas y las responsabilidades entre los distintos miembros de dicha organización.

Una vez realizado lo anterior, se cuenta con un marco general sobre

el cual se puede proceder. Se requerirán recursos adicionales y mayor cantidad de personal para ejecutar dicho plan general.

No entra en el marco de este manual el detallar todas las actividades que deben realizarse una vez que se comienza el trabajo de mercadeo. El Esquema 9-1 sin embargo, señala cuáles son los principales pasos a dar. Estos se relacionan principalmente con los contactos a establecer con los empleadores (o con otros con quienes se pueden contratar los servicios en beneficio de los afiliados de la futura OPFDSS). Asimismo se debe desarrollar el apoyo necesario para el esfuerzo de captación de afiliados.

La selección de los empleadores a contactar y el proceso de establecer contacto en sí, puede requerir un análisis complejo y una gran cantidad de actividades. El uso de gráficas y tablas para organizar y guiar el trabajo y para detallar los hallazgos, facilita enormemente esta tarea. Los Esquemas 9-2 y 9-3 son ejemplos de enfoques tomados de los servicios asesores de la Kaiser-Permanente para seleccionar los lugares de desarrollo de las OPFDSS y para detectar empleadores u otros grupos que eventualmente pueden "incorporarse" y pagar la afiliación de sus beneficiarios a la OPFDSS. 1/

En el análisis definitivo, los elementos críticos más importantes que determinan la factibilidad de una OPFDSS son la existencia de una base económica adecuada en el área de prestación de servicios y una cantidad suficiente de afiliados ya sea que éstos paguen por sí o que su afiliación sea paga por terceros.

1/ Slayman, W.O., Servicios asesores de Kaiser-Permanente, comunicación personal.

ESQUEMA 9-2

SECUENCIA SUGERIDA DE PASOS PARA LA
SELECCION DE LA UBICACION DE UNA OPPDSS

EMPRESA-ORGANIZACION

PASO 1: LISTADO DE LAS PRINCIPALES CASAS CENTRALES

Desarrollar listas de ciudades y de empresas u organizaciones cuyas casas centrales se ubican en determinadas ciudades como candidatas posibles. La información requerida en esta etapa es limitada.

PASO 2: PRIMER FILTRADO

Aplice criterios básicos de la selección por trama, por ejemplo: adecuación de la localidad para una OPPDSS (escasez de médicos de atención primaria, etc.), concentrándose en las principales ciudades y empresas y secundariamente en otras localidades o fuentes de empleo (Ver Esquema 9-3).

PASO 3: RECOLECCION DE INFORMACION--PERSPECTIVAS--CIUDADES

Identifique los nombres de probables "clientes" o contactos y a simismo recoja información pertinente sobre los empleadores y sobre la ciudad a los efectos de poder clasificarlos de acuerdo con el proceso de selección de trama.

PASO 4: DESARROLLE EL PLAN DE CONTACTO

Determine el mejor enfoque a emplear con cada cliente; por ejemplo, contacto con el presidente o jefe de la compañía o contacto con el gerente encargado del personal y sus beneficios. Determinar quién debe establecer el contacto, cuándo y cómo. Determinar si es mejor el contacto personal o el contacto por carta o la visita de un equipo o la realización de un seminario.

PASO 5: PRESENTACION

Mantenga la entrevista inicial y presente el concepto de una OPPDSS. Despierte el interés de su interlocutor y comprométalo para los pasos siguientes.

PASO 6: ESTUDIO DE PRE-FACTIBILIDAD

Realice un estudio de la compañía y de otras organizaciones que probablemente se interesen en la OPPDSS en relación al esfuerzo de penetración del mercado y a la dinámica financiera de una institución financiera en la localidad.

616

PASO 7: ESTUDIO DETALLADO DE FACTIBILIDAD

Elabore información específica sobre el tamaño, el tipo y la factibilidad operativa de una OPDSS--desde los puntos de vista financiero, jurídico, profesional (médico) y del mercado.

ESQUEMA 9-3CUADRICULA DE PRIORIDADES Y PROBABILIDADES

El objetivo de una cuadrícula de probabilidades y prioridades es el de capacitar a un promotor de una OFFDSS para que seleccione los "clientes" o cuentas potenciales a las que asigna la mayor prioridad y alternativamente la de identificar clientes o cuentas a las que asigna la menor prioridad. Este instrumento se aplica cuando existe poca o ninguna información de primera mano sobre un cliente o cuenta. Puede también ser usada en forma progresiva con los clientes o cuentas activos a medida que los contactos se realizan y se va evaluando el interés de los mismos.

El primer paso consiste en identificar las variables (criterios o condiciones que se asocian con los clientes o cuentas "mas atractivas". El segundo paso es el de identificar entonces los criterios o condiciones que describen a los clientes o cuentas que "mas probablemente" acepten participar del programa. Los pasos subsiguientes pueden ser utilizados para identificar las variables independientes asociadas con las condiciones de "menor probabilidad" y de "menos deseable", aunque estos pasos frecuentemente son los opuestos a aquellos que se recorren para determinar los clientes de "mayor probabilidad", etc.

CUADRO 1

Atractivo Mayor	A Prioridad Maxima
B Prioridad Minima Menos tiempo y esfuerzo	

Atractivo
Menor

Menor
Probabilidad

Mayor
Probabilidad

618

Algunos criterios o condiciones relevantes que deben ser considerados al seleccionar candidatos para contactarlos como posible apoyo para el desarrollo de una CPPDSS, están contenidos en las tablas y cuadros de las páginas siguientes.

TABLA ICRITERIOS PARA LA SELECCION DE CANDIDATOSATRACCION--LA MAYOREmpleador o Empresa

1. Compañía (u otra organización) en crecimiento pertenece a una industria o servicio en expansión.
2. Casa central localizada en una ciudad con un buen potencial de una OPDSS.
3. La compañía o empresa tiene una concentración importante de sus empleados donde tiene su casa central (al menos 2.000)
4. Existen diversas compañías con sus respectivas casas centrales en la misma ciudad.
5. La compañía que se vincularía con la OPDSS se surte a su vez de varias compañías localizadas en la misma área geográfica.
6. El gerente de beneficios del personal (o la persona responsable de los servicios de salud a los empleados) es una persona dinámica, respetada por los empleados y con una inclinación favorable hacia las OPDSS.
7. Los jefes de mayor nivel de la compañía están preocupados por los costos de los servicios de salud.
8. La compañía tiene una participación activa en los estudios de costos de los servicios de salud, o en proyectos o comités, etc. con similar finalidad.
9. La compañía tiene una preocupación genuina y una activa participación en los asuntos cívicos y de la comunidad.
10. Al presente los costos de la atención médica son elevados.
11. Los costos de la atención médica se han incrementado ultimamente a una tasa alarmante.
12. Los costos de los beneficios asistenciales de los em-

Tabla I . . .

pleados son actualmente compartidos por el empleador y los empleados (por ejemplo se retiene un porcentaje de la retribución con esa finalidad).

ATRACCION--LA MAYOR

Localidad--Poblacion/Economía/Servicios de Salud

1. La localidad a ser servida por la OPFDSS forma parte de un área geográfica en la cual hay una importante concentración de población.
2. Existe crecimiento poblacional:
 - a) La inmigración excede a la emigración y los nacimientos son superiores a las muertes.
 - b) Hay un alto porcentaje de personas que se radican en la localidad.
3. Existe una escasez (o una baja tasa) de médicos especializados en la atención primaria.
4. Existe una sobreoferta de camas hospitalarias
5. Existe un buen sistema de transporte por carreteras o autopistas (que facilitan el acceso hacia, o la salida de, o la circulación alrededor de la ciudad).
6. El entorno político y la estructura de impuestos son atrayentes para la radicación, el crecimiento y la expansión de nuevas fuentes de trabajo o para ampliación de las instalaciones de las empresas existentes.
7. Las más importantes organizaciones locales, estatales y federales tienen oficinas localizadas en la localidad a ser servida.
8. No existe en la actualidad una OPFDSS en la localidad.

TABLA II

PERSONAS/ORGANIZACIONES QUE MAS PROBABLEMENTE ESTEN
INTERESADAS EN UN ESTUDIO DE UNA OPFDSS

Empleador o empresa

1. Los costos de atención médica son altos y han estado creciendo a una tasa alarmante.
2. La empresa ha designado un grupo de trabajo especial, o un comité, o un equipo de trabajo para indagar alternativas para contener los costos de la atención médica.
3. Es la ciudad en la que se encuentra la casa central de la compañía.
4. Existe una concentración de empleados en la localidad.
5. La compañía desempeña un papel activo en los asuntos cívicos y de la comunidad.
6. El empleador o la compañía tiene un plan de beneficios integrales de salud para sus funcionarios y paga la totalidad de los costos de dicho plan.

Localidad

1. Los costos de la atención médica son elevados
2. Existe una sobreoferta de camas hospitalarias
3. Existe una escasez de médicos de atención primaria
4. Varias empresas de gran tamaño tienen sus casas centrales en la localidad.
5. Existen fuertes lazos de cooperación y de identificación entre los empleadores, los líderes cívicos y comunitarios.
6. La comunidad percibe como un problema la accesibilidad o la disponibilidad de servicios de atención médica.

622

CUADRO IILOCALIZACION DE LA OPPDSS: RESUMEN
CUADRICULA DE PROBABILIDADES Y PRIORIDADES

Atraccion Maxima	<u>Empleador(es)-Empresa(s)</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Compania preocupada con aumentos de los costos de la atencion medica (elevados, rapidamente crecientes) 2. Compania con casa central y elevado numero de empleados (2.000 o mas) 3. Fuerte e influyente gerente de personal 4. Compania es activa y participativa en los asuntos comunitarios <u>Localidad</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Poblacion nueva y en aumento 2. Buen sistema de transporte 3. Baja tasa de medicos de atencion primaria 4. Exceso de camas hospitalarias (baja tasa de ocupacion) 5. Ausencia actual de otras OPPDSS
<u>Empleador(es)-Empresa(s)</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. No existen grandes empresas con casa central en localidad 2. Los empleadores otorgan pocos beneficios extras a sus empleados 3. Bajos Salarios 4. Los costos de la atencion medica no causan preocupacion general o importante <u>Localidad</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Poblacion en disminucion, envejecida, de antiguo asentamiento 2. Instalaciones y plantas envejecidas 3. Ausencia de incentivos para nuevas empresas y problemas impositivos. 4. Existencia de varias OPPDSS Atraccion Minima	
Probabilidad Minima	Probabilidad Maxima

623

10.0 FACTIBILIDAD FINANCIERA

De entrada se debe poner énfasis en que la evaluación de la factibilidad financiera de una OPFDSS a crearse es una actividad compleja, que requiere los conocimientos de especialistas, con amplia experiencia, en el financiamiento de los servicios de salud. Sin embargo, esta tarea debe ser realizada si se quiere evaluar la capacidad de la OPFDSS para alcanzar el punto de equilibrio y permanecer como una entidad autosuficiente desde el punto de vista financiero en un período específico de tiempo.

A los efectos de este análisis general, se ha utilizado información disponible, tal como la contenida en el Capítulo V del trabajo de Birch y Davis Asociados, Inc. "Una Guía para la Factibilidad de las Organizaciones de Prepago y Prestación Directa de Servicios de Salud". Varios de los esquemas de este trabajo son reproducidos en el manual a los efectos de ilustrar el proceso de factibilidad financiera incluyendo las etapas más importantes.

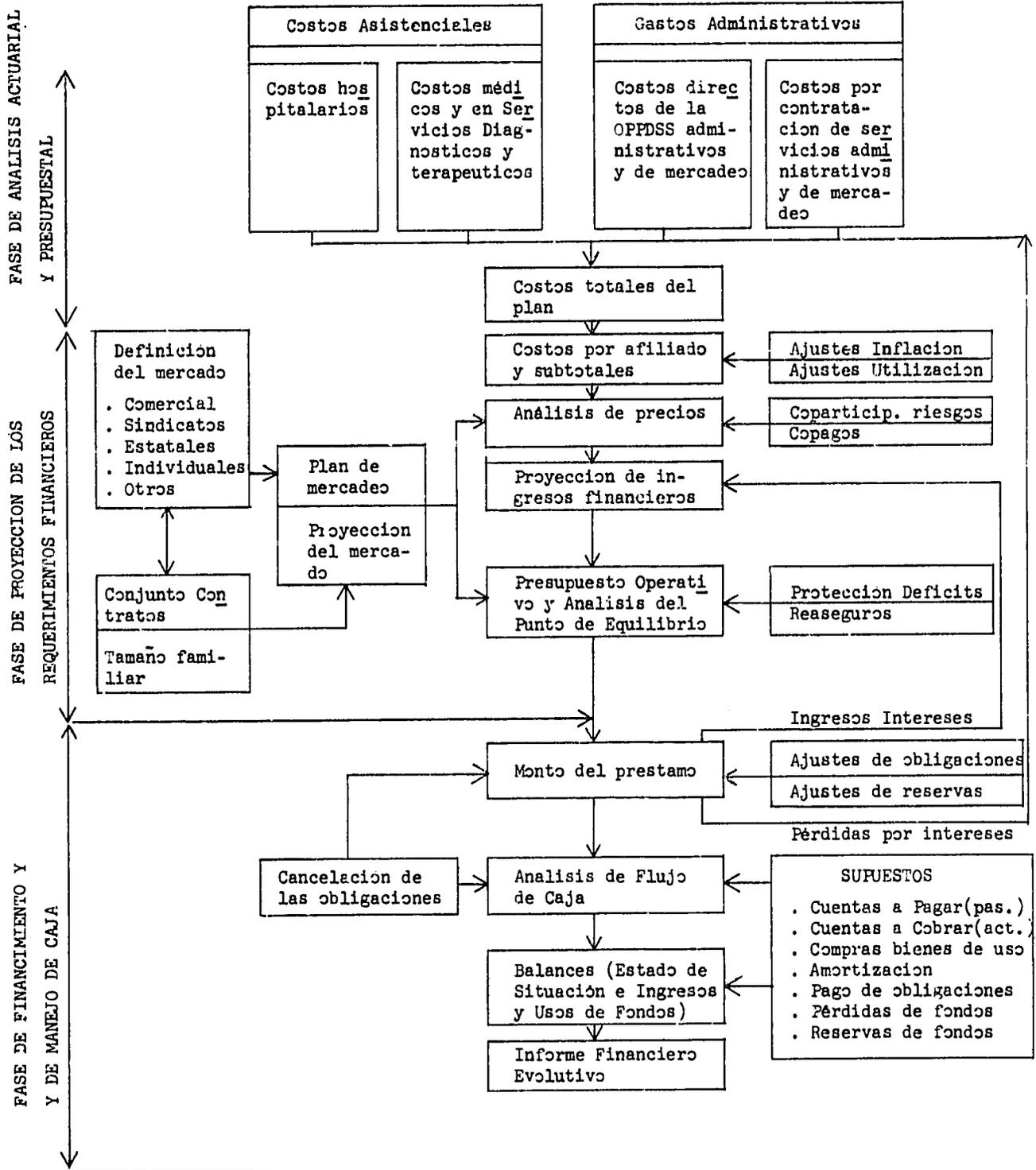
La determinación de la factibilidad financiera se compone de tres fases principales. Estas consisten en establecer los costos estimados del programa propuesto, es decir la fase de análisis actuarial y presupuestal; luego viene la fase de proyección de los requerimientos o necesidades financieras y finalmente la fase del financiamiento y del manejo de caja.

El Esquema 10-1 muestra las tareas más importantes, necesarias para desarrollar un plan financiero de una OPFDSS y para determinar su factibilidad financiera. Debido a que el plan está orientado hacia un período para alcanzar el punto de equilibrio de cinco años, es probable que al menos parte de los fondos deberán ser proporcionados por un préstamo o por una agencia de apoyo. Muchos factores influirán en el tamaño de estas necesidades, por ejemplo, si la OPFDSS debe pagar los costos de inversión de todos o por lo menos parte de los hospitales e instalaciones. Asimismo estarán influidos por el hecho de que la OPFDSS comience como una nueva entidad o simplemente represente la ampliación de un programa ya existente, ex

624

ESQUEMA 10-1

PRINCIPALES TAREAS NECESARIAS PARA DESARROLLAR UN PLAN DE FACTIBILIDAD FINANCIERA DE UNA OPPDSS



Fuente: Birch y Davis Asociados, Inc.

625

tendiéndose a una nueva área de servicios. Otra consideración importante es el carácter de la organización en cuanto a su finalidad o ausencia de finalidad de lucro. El hecho de que una OPPDSS funcione sin finalidad de lucro tiene un efecto muy pequeño en el nivel de retribuciones a los medicos en la mayoría de los casos. La diferencia principal radica en el destino a dar a los superavit financieros cuando los ingresos sean superiores a los costos. En una OPPDSS con finalidad de lucro, los superavit se pagan a los poseedores de las acciones o a los miembros de la corporación o pueden ser retenidos a los efectos de financiar ampliaciones u otros usos. Sin embargo, estos superavit generalmente son objeto de impuestos. Las OPPDSS que funcionan sin finalidad de lucro, también desean mostrar superavit financieros. Sin embargo, éstos no son entregados a los inversores de capital y los superavit normalmente no son objeto de legislación impositiva. Los fondos superavitarios se retrovierten a la institución para mejorar las operaciones o son usados para pagar el desarrollo de las instalaciones. Asimismo, el staff profesional puede obtener bonificaciones. Por último, al menos en teoría, una OPPDSS sin finalidad de lucro puede cobrar una suma menor por la atención de salud que las organizaciones que tienen finalidad de lucro debido a que están exentas de impuestos y no deben pagar dividendos a los inversores.

En la discusión siguiente debe enfatizarse que existiera una gran diversidad entre las diferentes OPPDSS y que existieran diferencias considerables en la forma en que los programas obtienen sus fondos, tanto los destinados a inversión como a las operaciones siguientes. Cada situación será en cierto modo única, y puede requerir un esfuerzo importante de creatividad en la planificación financiera.

El estudio típico para determinar la factibilidad financiera de una OPPDSS, comienza por desarrollar un presupuesto detallado de desarrollo inicial y del funcionamiento de los cinco primeros años. Para el primer año los gastos son estimados en forma mensual y para los siguientes cuatro años se estiman sobre una base trimestral. Se necesita considerable

precisión y capacidad para efectuar estas estimaciones. Se deben realizar una serie de suposiciones relativas a los costos de la atención médica. A estos efectos es necesario estimar la tasa de utilización hospitalaria, los costos promedio por la atención hospitalaria y los costos en que se incurrirá al enviar a los afiliados de la OPDSS a servicios externos a la organización para la obtención de servicios especializados que no están disponibles en la misma. Cuanto mayor es el tamaño de la OPDSS y cuanto más centralizadas son sus actividades, más fácil será la estimación de estos costos. Teniendo en cuenta las estimaciones y proyecciones de los costos de atención médica y considerando los costos de administración, la OPDSS es capaz de calcular una suma por persona o cuota, expresada en la mayoría de estas instituciones como una suma por afiliado y por mes.

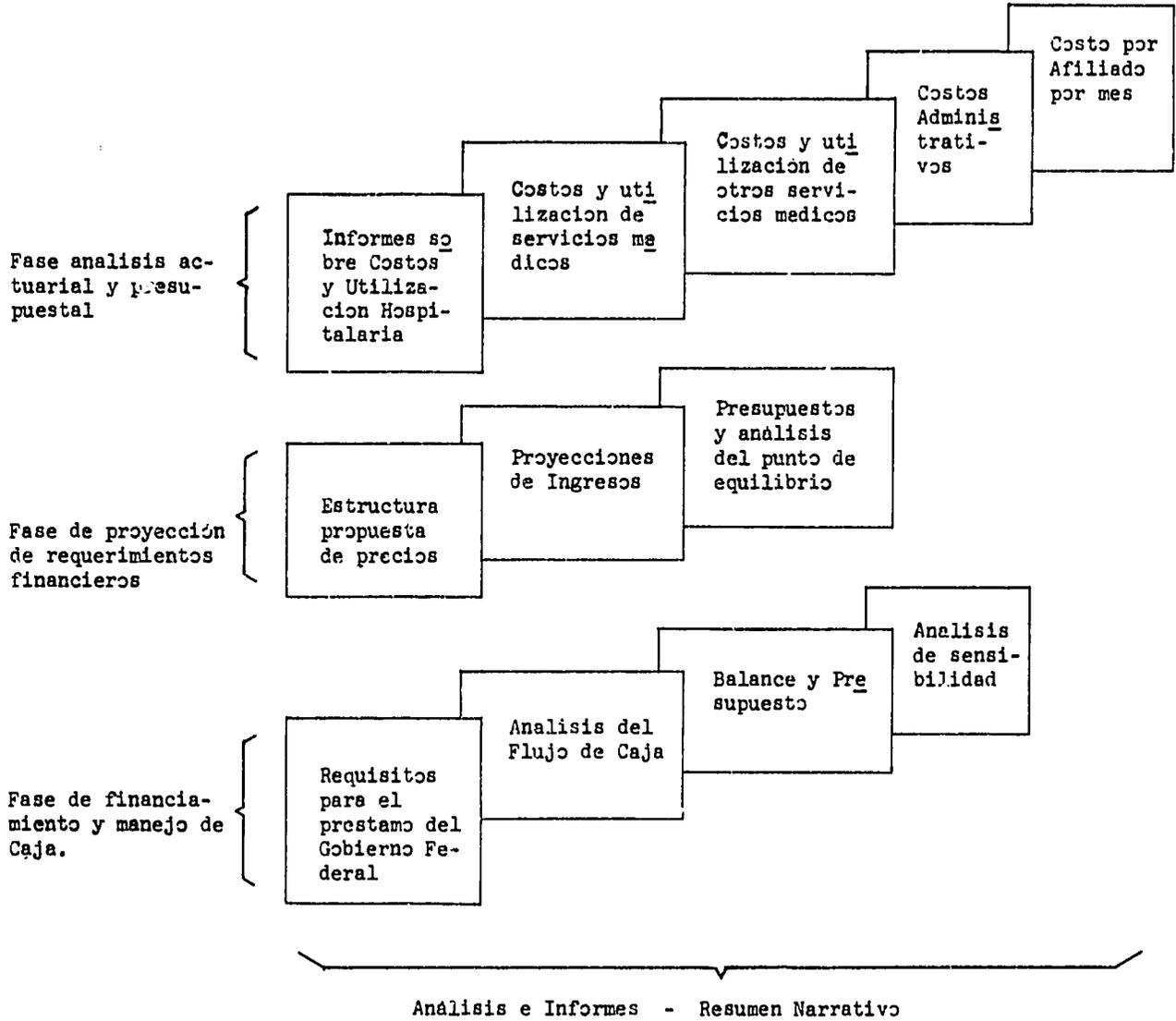
El análisis del mercado influye tanto en la preparación del presupuesto como en las fases de proyección de las necesidades financieras. La amplitud de los servicios de salud y las características del sistema de prestación se derivan en gran medida del estudio del mercado, y estos servicios se relacionan directamente con los costos en que se incurre al proporcionar asistencia. En el caso de los requerimientos o necesidades financieras, el nivel de precios determinado por el estudio del mercado se alimenta directamente en las proyecciones de ingresos esperadas de los pagos a los afiliados.

Para determinar la capacidad de la OPDSS, para satisfacer sus necesidades financieras en forma diaria (flujo de caja), la fase de financiamiento y de manejo de caja considera con anticipación la oportunidad en que se recibirán los ingresos y en que se deberán pagar las obligaciones. Esto provee a la OPDSS a crearse de una base sólida para estimar el tamaño del préstamo que necesitara así como su oportunidad permitiéndole al mismo tiempo desarrollar proyectos de estado de situación o resultados o sea los documentos del balance del ejercicio económico.

El Esquema 10-2 muestra los productos más importantes que se obtie-

ESQUEMA 10-2

PRINCIPALES PRODUCTOS OBTENIBLES
DEL ESTUDIO DE FACTIBILIDAD FINANCIERA



Fuente: Birch y Davis. Asociados, Inc.

628

nen de las fases del estudio de factibilidad financiera en una forma grafica. Aunque se muestran en la misma una gran cantidad de tareas, y algunas de éstas son por su naturaleza de tipo secuencial, de hecho una cantidad importante de las actividades pueden ser desarrolladas al mismo tiempo. Mas aun, debido a que el estudio financiero asi como los estudios de otros aspectos de la factibilidad de la OPPDSS estan interrelacionadas y son dependientes entre si, debe existir una continua colaboracion entre los diversos integrantes del equipo de estudio de la factibilidad.

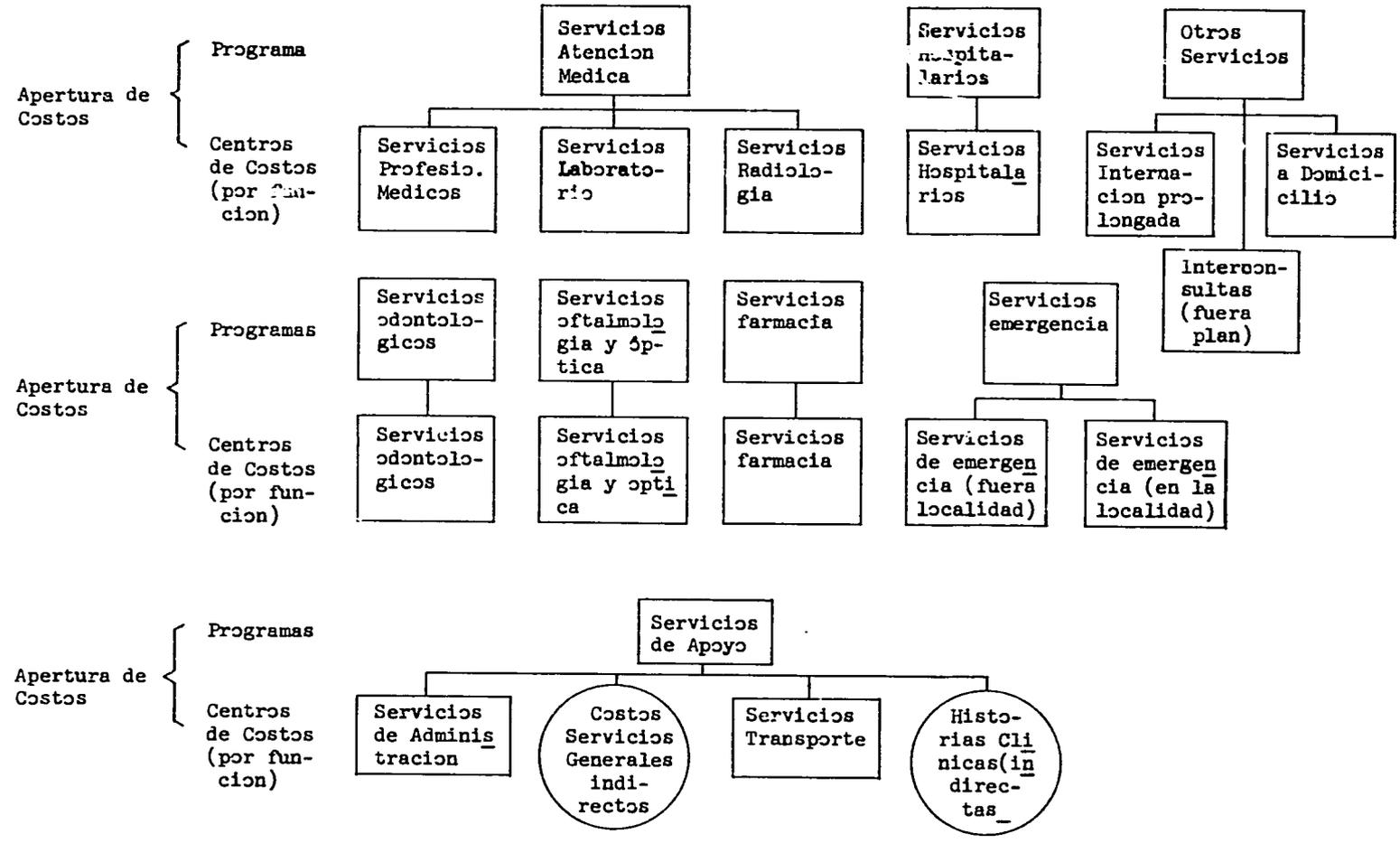
Los principales aspectos de las fases que componen el estudio de la factibilidad financiera, se presentan a continuacion.

10.1 Determinacion de los costos esperados de la OPPDSS a crearse

A efectos de estimar los costos de desarrollo inicial y de funcionamiento durante un plazo de cinco años, es necesario definir la poblacion a ser servida, el paquete de servicios de salud a ser proporcionado y los recursos humanos y de otro tipo que seran necesarios, tomando en consideracion los proveedores de servicios de salud que competiran con la institucion. Se debe especificar un grupo de categorias o rubros de costos o de centros de costos, y éstos deben ser usados para elaborar un presupuesto operativo. El Esquema 10-3 muestra algunos centros de costos tipicos en relacion a una OPPDSS.

Es importante diferenciar entre costos que son fijos y aquellos que varian dependiendo del tipo y cantidad de servicios proporcionados. Los costos fijos en general, no cambian en funcion del tamaño de la poblacion afiliada, mientras que los costos variables estan directamente relacionados con la cantidad de afiliados. Existen asimismo algunos costos que son relativamente fijos pero que varian cuando se producen cambios de consideracion en la demanda. Estos son referidos como costos semi-variables. Ejemplos de costos fijos son los salarios del personal clave asi como los costos de algunas instalaciones. Los costos semi-variables incluyen ser-

ESQUEMA DE CENTROS FUNCIONALES DE COSTOS



Fuente: Birch y Davis Asociados, Inc.

630

vicios de apoyo básico, tales como teléfono donde existe un costo mensual fijo al que se adicionan cargos que varían según la utilización. Costos variables típicos serán los costos de los medicamentos y los derivados de la compra de servicios especializados para los afiliados de la OPPDSS a servicios fuera del programa.

Los costos de hospital, al ser el componente más voluminoso del presupuesto de una OPPDSS, requieren particular atención en su estimación. La utilización de camas hospitalarias por 1.000 afiliados y las tarifas diarias del hospital, son los factores más importantes en la determinación de estos costos.

Los días de internación por 1.000 afiliados están relacionados con diversos factores. Naturalmente estos incluyen el estado de salud de la población afiliada y el estilo de ejercicio de la profesión de los médicos de la comunidad. El manejo de los pacientes por una OPPDSS es una determinante crítica de esta variable. Limitando la atención de internación solamente a aquellos que están seriamente enfermos, y optimizando el tratamiento en las instalaciones para pacientes ambulatorios, una OPPDSS puede reducir la utilización hospitalaria. El dar de alta en forma temprana a los pacientes, inmediatamente a su recuperación, el efectuar la convalecencia en el domicilio o en algún otro tipo de instalación, también reduce la utilización hospitalaria. Una OPPDSS que es propietaria o tiene un control significativo sobre el hospital donde interna, está por lejos en mejor posición para limitar la utilización hospitalaria que una OPPDSS que debe utilizar las instalaciones existentes en la comunidad donde las ineficiencias en el procesamiento de los pacientes pueden incrementar la longitud de estadia o la estadia promedio. Dicho de otra manera, cuanto más autónoma y centralizada es una OPPDSS menor será su utilización del hospital.

Las tarifas hospitalarias se dividen típicamente en dos categorías-- el costo diario o pensión, que cubre el costo de la cama y de la alimenta

cion, incluyendo la atencion general de enfermeria y en segundo lugar los costos complementarios que cubren otros servicios como medicamentos, estudios diagnosticos, utilizacion de instalaciones especiales, por ejemplo: block quirurgico, unidades de cuidados intensivos o de cuidados intermedios, etc. En aquellas OPPDSS que no funcionan sobre la base de un pago por servicio, la tarifa diaria hospitalaria o pension, puede ser considerada como una categoria unica y no como compuesta por dos categorias como se indicara anteriormente.

Al realizar la estimacion de los costos hospitalarios, es necesario formular algunos supuestos de caracter actuarial. Dependiendo de la disponibilidad de los datos y de la complejidad de la situacion, puede o no ser necesario emplear los servicios de un actuario profesional.

La informacion basica necesaria es la siguiente: ingresos hospitalarios por 1.000 afiliados, promedio de estadia y dias de hospitalizacion por 1.000 afiliados. Sera necesario obtener estos datos estadisticos por servicio (pediatria, cirugia, etc.) y posiblemente sera necesario tambien de acuerdo a otras variables tales como edad, grupo etnico, etc. Cada situacion sera distinta, y aquellos que esten realizando el estudio de factibilidad tendran que decidir que datos son necesarios.

Para calcular el costo diario promedio o pension hospitalaria, el equipo de estudio debe consolidar los distintos costos de internacion para cada uno de los tipos de servicios, para todos los hospitales en los cuales la OPPDSS internara sus pacientes. En un sistema multihospitalario esta tarea puede resultar extremadamente dificil.

Utilizando la tasa promedio de costo diario o pension, el próximo paso es calcular el costo de hospitalizacion por afiliado por mes. Tomando en consideracion las tasas anticipadas o esperadas de inflacion asi como otros factores que pueden afectar la utilizacion hospitalaria o sus costos, por ejemplo, cambios tecnologicos, los costos de hospitalizacion pueden ser estimados en forma mensual para el primer año de duracion del pro

632

yecto y en forma trimestral de allí en adelante.

El costo que sigue en importancia al de hospitalización en el funcionamiento de una OPPDSS, son los servicios proporcionados por los médicos. Estos incluyen no solamente los salarios, sino también los beneficios especiales, las pensiones y las bonificaciones. Para estimar los costos de los servicios médicos, es necesario tomar en consideración las características del modelo de HMO que ha sido elegido incluyendo los componentes programáticos específicos que caen bajo la responsabilidad de los médicos. Como ha sido señalado anteriormente, además de la compensación de los médicos, este ítem o rubro debe también comprender todos los servicios brindados en forma ambulatoria y algunos servicios brindados por departamentos diagnósticos y terapéuticos en el hospital.

Al estimar los costos de los médicos, ya sea basados en el sistema de capitación o en el sistema de pago por servicio, se deben efectuar supuestos sobre tres factores principales. Estos son los honorarios por acto médico más comúnmente pagos en la comunidad, los niveles de utilización de los servicios médicos por la población y el listado específico de servicios a ser proporcionados a los afiliados. El honorario por acto es importante al calcular los costos de aquellos médicos que serán pagos bajo esta modalidad. Pero también es importante esta información al estimar los costos de los servicios médicos en las OPPDSS del tipo o del modelo de grupo médico donde el grupo es pago por la OPPDSS sobre la base de un monto negociado internamente en el grupo. Debido a que el pago por servicio, predomina en la casi totalidad de las comunidades donde el ejercicio privado de la medicina es permitido, la compensación standard que la OPPDSS debe alcanzar para atraer al staff de médicos, ya sea que estos se integren como funcionarios o funcionen como miembros de un grupo, debe ser aproximadamente igual o comparable a aquella que se paga en el sistema de pago por acto o por servicio.

Al igual que en el caso de las estimaciones de los costos hospitala-

633

rios, el calculo deseable en relacion a los servicios de los medicos se refiere al costo total por afiliado por mes. Para obtener esta suma, varias actividades relacionadas con los medicos deber ser desagregadas en las categorias componentes, por ejemplo: por tipo de servicio, por ubicacion de la prestacion del servicio (hospital, instalacion ambulatoria, domicilio o interconsulta a un medico fuera de la institucion) asi como por categoria del staff. Notese que el costo de los servicios puede incluir las retribuciones del personal de enfermeria, de tecnicos, de otro personal auxiliar y de apoyo, varios tipos de seguros asi como los gastos relacionados con la ocupacion de ciertas instalaciones y con la compra y el mantenimiento de algunos equipos.

Al igual que en el caso de los costos hospitalarios, los servicios actuariales pueden ser necesarios para desarrollar un banco de datos en base al cual establecer los costos de los servicios medicos. Sera tambien necesario preparar un plan de recursos humanos. Este debera tener en consideracion la presencia de staff a tiempo completo y a tiempo parcial, discriminado por especialidad medica asi como por otras categorias de conocimiento y especializacion. Tipicamente, las plantillas de personal se confeccionan sobre la base de tasas--tanto medicos o fraccion por 1.000 afiliados.

En los primeros tiempos de funcionamiento de una OPFDSS del tipo de grupo o de staff, probablemente sera necesario asegurarse los servicios de algunos medicos sumamente especializados sobre la base de una interconsulta. Esto representara un costo por servicio mas elevado que si esos mismos medicos estuvieran disponibles en la institucion. A medida que la OPFDSS madura y su poblacion afiliada crece, el nivel de interconsultas realizadas fuera de la institucion debe decaer, al incrementarse la amplitud en terminos de especialidades cubiertas por el staff medico. Varios factores deben ser tenidos en cuenta al estimar los costos del cuerpo medico. Estos incluyen entre otros, los cambios previstos en la plantilla de personal a lo largo del tiempo, el crecimiento proyectado en la afilia-

cion, la inflacion asi como otras consideraciones. Estos costos deben ser expresados como un monto por afiliado y por mes y estimados en forma mensual para el primer año de funcionamiento y en forma trimestral para los años subsiguientes.

Cuando el costo de algunos servicios de atencion de salud, no son incluidos ni en los costos hospitalarios ni en los costos de los servicios medicos, los gastos por estos conceptos deben ser calculados en forma separada. El procedimiento para ello se describe a continuacion. Se calcula el costo de cada servicio basado en supuestos especificos relativos a la utilizacion del servicio y el uso del recurso.

La ultima categoria de costos que debe ser considerada en el estudio de factibilidad financiera incluye aquellos relacionados con la administracion y penetracion del mercado. El Esquema 10-4 presenta una lista de las categorias de gastos administrativos y de mercadeo. Para cada una de estas categorias se deben identificar algunos supuestos especificos y estos se utilizan para las proyecciones de costos y para las estimaciones correspondientes.

El ultimo paso en la fase de estimacion de costos de la OPFDSS, consiste en tomar las diversas categorias o rubros de gastos, ajustadas de acuerdo a la tasa de inflacion y a otros factores de forma de obtener un costo compuesto per capita sobre el cual se base el calculo de las cuotas de afiliacion. Debe notarse que en general, la iniciacion de las operaciones o del funcionamiento del programa ocurrira varios años despues de iniciado el estudio de factibilidad. En la medida de lo posible, el ingreso obtenible de los afiliados debe cubrir todos los costos operativos, incluyendo los relacionados con la administracion y con las instalaciones en el momento en que se alcance el punto de equilibrio.

635

ESQUEMA 10-4RUBROS DE GASTOS DE ADMINISTRACION/MERCADEO

- . Salarios y Beneficios Extras
- . Servicios Profesionales (Contabilidad, Actuarial, Juridico)
- . Instalaciones/Ocupacion (Alquileres y Amortizacion)
- . Costo de Procesamiento de Datos
- . Reaseguro y Gastos por compartir riesgos.
- . Perdidas por no cobro
- . Captacion
- . Seguros (Encaje, Cobertura del Directorio y MalapRACTICA)
- . Telefono/Telex
- . Correo
- . Viajes/Viaticos
- . Publicidad/Promocion
- . Publicaciones y Reproducciones
- . Materiales e Insumos
- . Honorarios
- . Otros Miscelaneos

Habiendo desarrollado un presupuesto de gastos y habiendo proyectado este presupuesto a lo largo del tiempo, la proxima tarea que debe realizar la OPPDSS a crearse, es estimar los ingresos esperados y las fuentes de los mismos. A estos efectos se requerira el desarrollar una estructura de precios tomando en consideracion tanto los costos anticipados para poder proporcionar los servicios (expresados per capita) asi como los precios cobrados por la competencia, a lo largo del periodo del tiempo cubierto por el analisis. Basado en estas determinaciones, se prepara un presupuesto formal y un analisis del punto de equilibrio. Si como resultado de ello se encuentra un deficit, sera necesario estimar su tamaño y la fuente de fondos para cubrir el mismo. Esta fuente puede ser un préstamo o una donacion.

Al establecer los pagos a realizar por los afiliados (cuotas mensuales) se deben tomar una serie de decisiones. Algunas de ellas son particularmente importantes. La primera es el monto que el consumidor debe pagar en el momento de consumo de los servicios (es decir los copagos). En

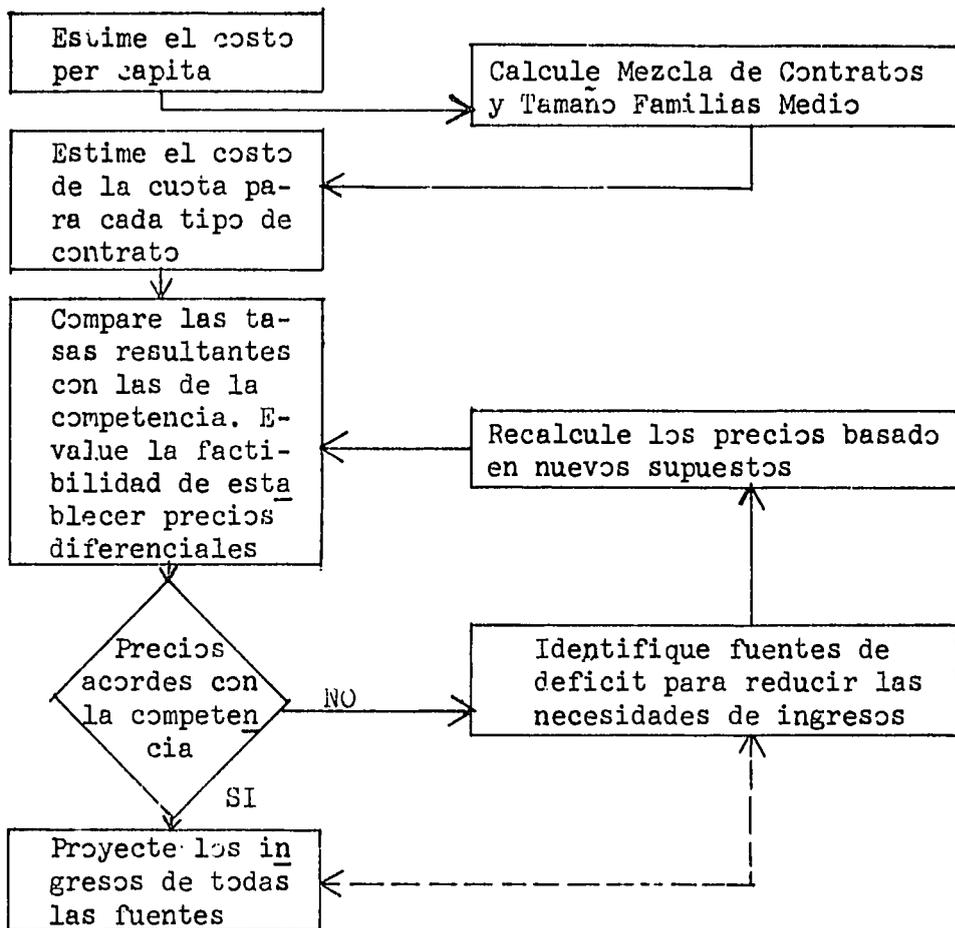
segundo termino, es necesario determinar cómo las cuotas seran repartidas entre las personas solteras, las personas casadas sin hijos o con un solo dependiente y aquellas con mas de un dependiente. Estos varios agrupamientos o niveles son llamados "categorias de afiliados". Esta mezcla de cuotas mensuales basadas en estructura categorica de afiliados, debera responder a las presiones de la competencia y asimismo debera dar cumplimiento a las normas gubernamentales relativas al establecimiento de precios. La situacion puede ser aun mas complicada si a lo anterior se agrega que pueden existir distintos tipos de cuotas dependiendo del tipo de contrato y de la fuente de afiliados. Por ejemplo, afiliados pagos por el Estado pueden recibir una cuota diferente de aquellas que reciben su cobertura de salud como un beneficio extra por parte de sus empleadores. Los pasos mas importantes necesarios para estructurar el sistema de precios se muestran en el Esquema 10.5.

El establecimiento de las categorias de cuotas puede convertirse en una tarea tediosa. Es comun que existan o se desarrollen una serie de negociaciones entre los principales contratantes con la institucion, comunmente empresas o empleadores y los jefes de la institucion. Esto frecuentemente requiere reducir las tasas de algunas de las categorias de afiliados e incrementar las de otros. Generalmente, con finalidad de penetrar el mercado, la cuota familiar se mantiene tan baja como sea posible y esto se compensa mediante el aumento de la cuota a ser paga por los individuos.

Suponiendo que los costos totales de la atencion expresados per capita exceden la cuota mensual per capita a cobrar, se requeriran fuentes complementarias de ingresos. Estas pueden provenir de diversas fuentes. Frecuentemente se utiliza a esos efectos el cobro a los afiliados de pequeñas sumas por la utilizacion de ciertos servicios, tales como la prescripcion de medicamentos o las consultas medicas ambulatorias. Esta practica se realiza tanto para generar ingresos adicionales como para reducir la utilizacion de estos servicios. Un tercer efecto en relacion con los

ESQUEMA 10-5

ETAPAS NECESARIAS PARA DESARROLLAR LA
ESTRUCTURA DE LAS CUOTAS



Fuente: Birch y Davis Asociados, Inc.

638

medicamentos es el de aumentar el cumplimiento por parte de los individuos de la medicación prescrita por la cual han realizado un pago.

Aquellas OPPDSS que tienen un componente de pago por servicio, pueden obtener algunos fondos adicionales cobrando un precio directamente en la utilización de los servicios. En forma similar pueden asimismo cobrar a los no afiliados el uso de los servicios de la OPPDSS--frecuentemente en la atención ambulatoria--lo cual también contribuye a generar algunos ingresos aunque esta fuente es relativamente pequeña.

En aquellas situaciones en que los integrantes de una familia pueden ser cubiertos por más de un seguro de salud (incluida la afiliación familiar a la OPPDSS), puede ser posible que la cobertura brindada pueda ser paga a la OPPDSS por parte de la compañía de seguros. Esto se denomina "coordinación de beneficios" (COB). Mientras que la misma es relativamente común en los Estados Unidos, no ocurre con mucha frecuencia en países donde el seguro de salud de reembolso por terceros es poco común.

Finalmente, en aquellas situaciones en que los ingresos no alcanzan para cubrir los costos, serán necesarios la obtención de préstamos o donaciones. Es importante destacar que los préstamos obtenidos con términos especiales de financiamiento, es decir a bajo interés, pueden ser fuentes de ingresos mediante la colocación de esos dineros a un interés más alto.

Para mostrar gráficamente la situación financiera general proyectada de una OPPDSS cubriendo un período de cinco años de funcionamiento, se prepara un presupuesto formal. Los métodos de contabilidad varían en la forma de preparar este documento. Para que sea más útil, se sugiere que el documento cubra un período suficientemente largo antes del comienzo del funcionamiento para mostrar los gastos previos a la iniciación de actividades así como los gastos de desarrollo inicial.

El Esquema 10-6 muestra un presupuesto formal proyectando los ingre-

cos y egresos operativos de una OPDSS en los Estados Unidos. En el ejemplo que se muestra en el esquema se ha obtenido un préstamo gubernamental. La suma total obtenida ha sido depositada en una cuenta especial que genera intereses y los retiros son realizados de acuerdo a las necesidades de la institución. Debe notarse en el documento que toda la información esencial es proporcionada: número de afiliados, fuentes más importantes de ingresos como ítems separados y gastos más importantes también mostrados por rubros. También se muestran en el gráfico los montos de ingresos y de gastos expresados en una forma per capita y los déficits o superavit resultantes en cada período.

Los próximos dos esquemas, también obtenidos del trabajo de Birch y Davis Asociados, Inc., muestran un cuadro de punto de equilibrio y un ejemplo de una OPDSS hipotética que se acerca y alcanza el punto de equilibrio. El Esquema 10-7 indica claramente que cuando el total de los costos fijos más los costos variables, iguala al total de los ingresos, el punto de equilibrio ha sido alcanzado.

El cálculo del tamaño del préstamo y el análisis del flujo de caja requiere especial atención.

Los factores que influyen en las necesidades del préstamo son fundamentalmente los déficits operativos acumulados hasta alcanzar el punto de equilibrio, las reservas financieras que obligatoriamente debe tener la institución del gobierno y los fondos que se reservan para enfrentar las diversas contingencias que pueden presentarse.

Cualquier negocio requiere dinero disponible para operar en forma efectiva. Una OPDSS no es una excepción a esta regla y debe tener un adecuado flujo de caja a los efectos de satisfacer sus costos corrientes. Una vez que la empresa ha alcanzado un estado normal de funcionamiento y muestra superavit, el alcanzar un flujo de caja positivo no debe constituirse en un problema. Sin embargo, en la etapa previa al punto de equilibrio, la situación es distinta. Se deben realizar y documentar supues-

ESQUEMA 10-6

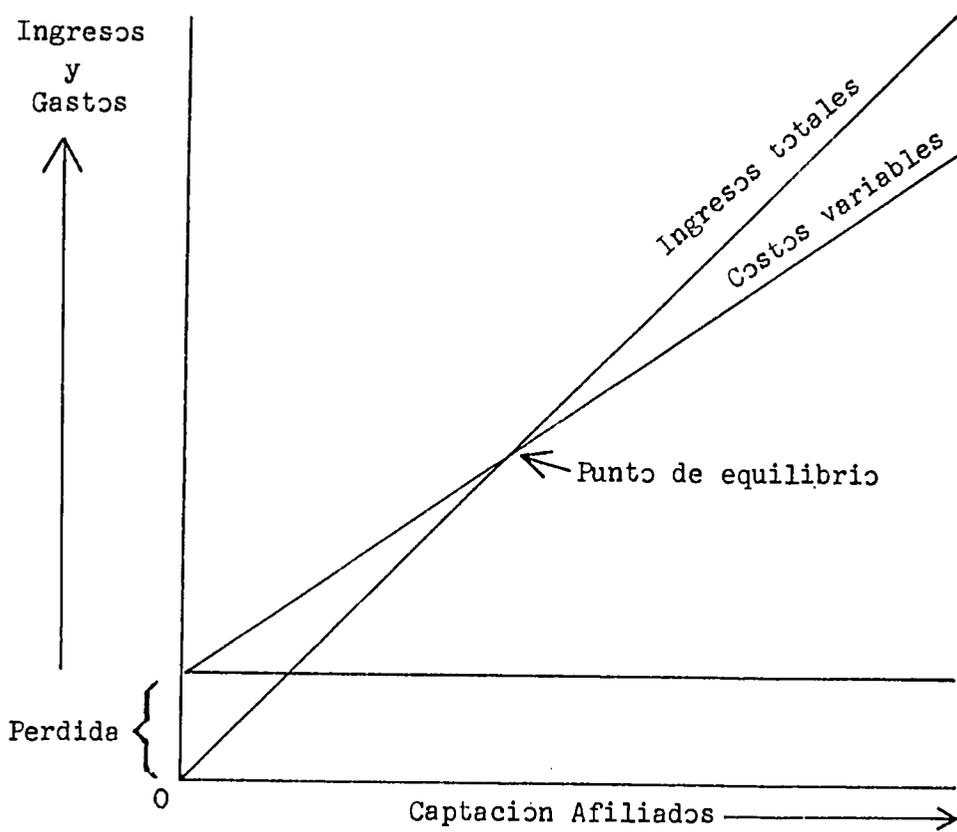
PRESUPUESTO OPERATIVO

Año 2, Meses 13-18

	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	Total	Fer Capi
<u>AFILIACION</u>								
Miembros mes	6.406	6.506	6.822	7.781	7.851	8.305	43.671	--
<u>INGRESOS</u>								
Cuentas	243.049	257.939	271.865	316.847	319.763	339.416	1.758.879	40.25
Copagos	8.200	8.328	8.732	9.960	10.049	10.630	55.899	1.22
Cobros al reaseguro	7.047	7.157	7.504	8.559	8.636	9.135	48.038	1.10
C.O.B.	13.645	13.858	14.531	16.574	16.723	17.690	93.019	2.13
Intereses	4.598	4.012	3.535	3.128	2.717	2.306	20.295	.46
TOTAL - INGRESOS	286.538	291.293	306.167	355.067	357.888	379.178	1.976.131	45.25
<u>EGRESOS</u>								
Hospitalizacion	123.572	125.501	131.596	150.095	151.446	160.203	842.414	19.25
Servicios Medicos	116.525	118.344	124.092	141.536	142.810	151.068	794.375	18.15
Laboratorio y Radiologia	32.991	33.506	35.133	40.072	40.433	42.771	224.906	5.15
Contingencias Medicas	29.404	29.863	9.569	-	-	-	68.835	1.52
Administracion	49.600	49.600	49.600	49.600	49.600	49.600	297.600	6.81
Procesamiento facturas ext.	11.008	11.220	11.826	13.783	13.910	14.765	76.511	1.75
Procesamiento datos	3.203	3.253	3.411	3.891	3.926	4.153	21.836	.50
Reaseguro	15.054	15.289	16.032	18.285	18.450	19.517	102.627	2.35
Perdidas por incobrables	253	258	272	317	320	339	1.759	.04
Servicio de deuda	12.938	12.938	12.938	12.938	12.938	12.938	77.625	1.78
TOTAL - EGRESOS	394.547	399.771	394.469	430.517	433.830	455.353	2.503.487	57.44
<u>RESULTADO</u>								
Superavit (Deficit)								
Corriente	(108.009)	(108.478)	(88.302)	(75.450)	(75.942)	(76.175)	--	--
Acumulado	(873.596)	(982.075)	(1.070.376)	(1.145.827)	(1.221.769)	(1.297.944)	--	--
<u>PRESTAMO</u>								
<u>Saldo del prestamo</u>								
Aportes	950.000	--	--	--	--	--	--	--
Pagos	--	--	--	--	--	--	--	--
Saldo	1.725.000	1.725.000	1.725.000	1.725.000	1.725.000	1.725.000	--	--
<u>Retiros</u>								
Corrientes	108.009	108.478	88.302	75.450	75.942	76.175	--	--
Acumulado	873.596	962.075	1.070.376	1.145.827	1.221.769	1.297.944	--	--
<u>Cuenta Reserva</u>								
Deposito	950.000	--	--	--	--	--	--	--
Retiros	108.009	108.478	88.302	75.450	75.942	76.175	--	--
Saldo	851.404	742.925	654.624	579.173	503.231	427.056	--	--

ESQUEMA 10-7

CUADRO DEL PUNTO DE EQUILIBRIO



Fuente: Birch y Davis Asociados, Inc.

642

ESQUEMA 10-8APROXIMACION AL PUNTO DE EQUILIBRIO

Fin del mes	Ingresos por Afiliado	Egresos por Afiliado	Superavit (Deficit) por persona
6	\$45.69	\$99.55	\$(53.86)
12	43.35	68.95	(25.60)
18			
24	46.80	53.64	(7.04)
30	48.28	53.65	(5.37)
36	50.57	52.28	(1.71)
42	53.01	53.76	(0.75)
48	\$55.70	\$53.27	\$ 2.43
54	58.82	57.74	1.08
60	\$61.83	\$57.60	\$ 4.23

Pto.
Equi.

Fuente: Birch y Davis Asociados, Inc.

643

tos específicos sobre los gastos y sobre los ingresos. Las fuentes y los usos de dinero en efectivo deben ser detallados específicamente y proyectados a lo largo del tiempo analizando cada rubro en forma mensual durante los primeros doce meses y en forma trimestral a partir de ese momento.

Las etapas finales en el análisis financiero consisten en la preparación de los estados de situación y estados de resultados formales correspondientes a los ejercicios económicos de los primeros cinco años y la realización de los análisis de sensibilidad.

Los proyectos de estados de situación y resultados o documentos de balance, establecen la relación entre los proyectos de presupuesto operativo descritos previamente, y los enunciados sobre los flujos de caja. Esto proporciona un medio para determinar la situación financiera de la OPFDSS en cualquier punto específico en el tiempo.

El análisis de sensibilidad indica el efecto que arroja el cambiar varios factores del funcionamiento financiero; por ejemplo: el aumentar o disminuir las tasas de utilización de los servicios o el número de afiliados o el efecto causado por la inflación. La realización de los análisis de sensibilidad generalmente requiere la manipulación o el manejo de varias variables al mismo tiempo y se facilita enormemente mediante el uso de una computadora.

Habiendo discutido los diversos costos y fuentes de ingresos de una OPFDSS puede ser de interés examinar estos desde una perspectiva más macro, aquella dada por la OPFDSS de mayor tamaño en el mundo, el programa de atención médica de la Kaiser-Permanente. Este programa, con ingresos superiores a los 4 billones de dólares anuales, sirve una población que excede los 4 millones de personas. El programa incluye tres componentes: los hospitales de la Fundación Kaiser y un cierto número de grupos médicos independientes. Los hospitales y el plan de salud funcionan sin finalidad de lucro (la estructura organizacional del programa se detalla en el próximo Capítulo).

Como se muestra en el Esquema 10-9, el Plan de Salud (Organización Aseguradora) recoge las cuotas pagas por los afiliados y otros fondos a partir de varias fuentes. Aproximadamente el 50% de estos fondos son pagos al grupo médico, el 3% se destina a la administración del Plan de Salud y el 43% se dirige a cubrir el costo de funcionamiento de los hospitales y de las instalaciones ambulatorias así como de otros servicios, mientras que el 4% restante se retiene como ganancia.

Kaiser-Permanente tiene en la actualidad alrededor de cincuenta años de experiencia, y ha alcanzado una estructura y una capacitación muy sofisticada en el manejo financiero. Sin embargo, la estructura del programa y las interrelaciones entre los principales componentes ha resultado de la evolución a lo largo del tiempo y no es representativo de las OPDSS en general. Cada una de estas instituciones es única. Las interrelaciones entre los componentes y la relación entre los costos de cada componente y el costo total, por lo tanto variara entre las diversas instituciones así como variaran también las diversas fuentes de ingresos.

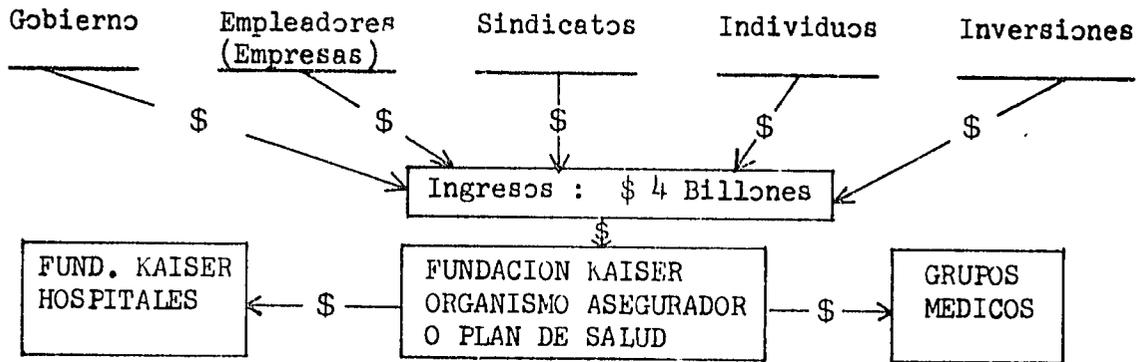
En resumen, el propósito de este Capítulo ha sido el de presentar una visión general de los aspectos financieros a tener en cuenta en el desarrollo y en el funcionamiento de una OPDSS. En sentido alguno este Capítulo trata de dar un detalle completo de como debe realizarse. La complejidad y la importancia del tema deben hacer evidente que se necesita la participación de personal competente y con experiencia en financiamiento de servicios de salud en el estudio de la factibilidad financiera de una OPDSS y en la elaboración de su plan financiero.

610

ESQUEMA 10-9

PROGRAMA DE ATENCION MEDICA KAISER-PERMANENTE

INGRESOS Y EGRESOS



Incluye en su Presupuesto:

- . Costos operativos de instalaciones y equipos
- . Mejoras de inversión
- . Amortizaciones
- . Envios a fuera del programa por tratamientos

Ganancias

- . Utilizadas para incrementar el fondo y para ampliación del programa

Proporciona

- . Administración de la Organización o Plan
- . Realiza contratos con afiliados, hospitales y grupos médicos
- . Programas de retiro (jubilación) para personal de todos los componentes
- . Compras de insumos y equipos para todas las instalaciones y para los grupos médicos

Incluyen en sus Presupuestos

- . Sueldos Médicos por atención ambulatoria e intra hospitalaria incluyendo laboratorio, fisioterapia y radiología a pacientes internados y personal auxiliar.
- . Otros salarios y costos incurridos en la prestación de servicios ambulatorios (no costos de instalaciones)
- . Insumos y equipos comprados directamente y a través del "Organismo Asegurador" o "Plan de Salud"

647

11.0 FACTIBILIDAD ORGANIZATIVA Y GERENCIAL

Para que una OPPDSS tenga éxito, la estructura organizativa y las prácticas y políticas de manejo gerencial que se establezcan deben facilitar el desarrollo de la organización y alimentar y sostener sus operaciones.

Existen numerosas maneras para relacionar entre sí los componentes que integran una OPPDSS, sin mencionar las numerosas variaciones sobre la estructuración de los componentes en sí mismos. Por lo tanto, un primer paso en la evaluación de la factibilidad organizativa y gerencial de una OPPDSS a crearse es evaluar los modelos alternativos de organización y las distintas formas de manejos gerenciales de los mismos.

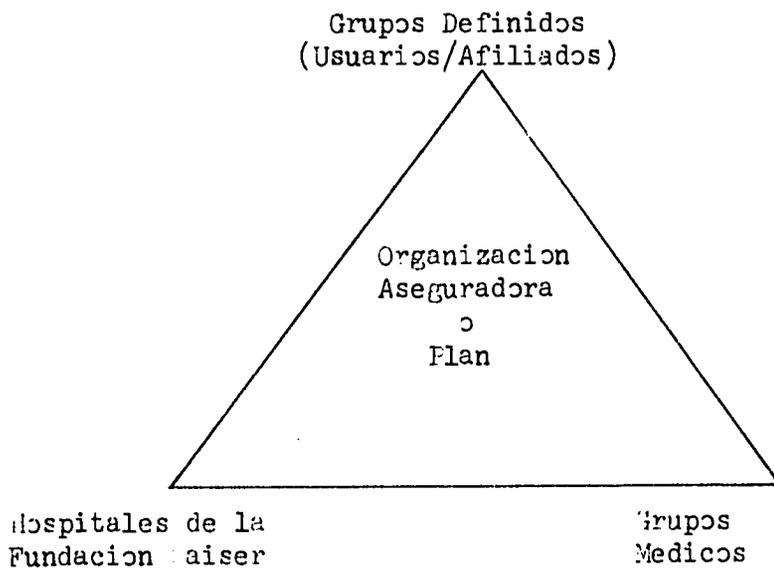
Los factores que participan o determinan la decisión de qué modelo es el más apropiado en una situación determinada, han sido presentados en los capítulos precedentes. Incluyen consideraciones de tipo legal, financiero, de mercado, de los propios servicios de salud, y otras. El modelo que se seleccione, determinara en gran medida las necesidades gerenciales y éstas a su vez reflejarán las actividades y cómo se realizan las mismas por parte de los diversos componentes de la OPPDSS. Por ejemplo, si la institución es del tipo del grupo médico, se deben realizar contratos entre la organización aseguradora o plan de la OPPDSS y el grupo médico. En esta instancia la organización aseguradora o plan de la OPPDSS y el grupo médico son entidades organizativas y jurídicas separadas. Aunque las mismas se manejan en forma separada, se debe establecer un mecanismo para relacionar en forma íntima estas entidades entre sí y con los demás componentes independientes de la organización (por ejemplo hospitales) a los efectos de que el conjunto en su totalidad pueda cumplir con todos sus objetivos, fundamentalmente el de prestar servicios de salud. Este modelo se contrapone con el de staff en el cual la organización aseguradora o "plan" de la OPPDSS emplea a los médicos y es propietaria de sus propios hospitales. En este caso, una única organización controla, administra y

dirige todos los componentes de la institucion y decide en los aspectos de politica y de funcionamiento de la totalidad de la misma.

La siguiente descripcion del programa de atencion medica Kaiser-Permanente ilustrara las relaciones funcionales y organizativas de una exitosa OPPDSS de gran tamaño, compuesta de componentes separados pero altamente interrelacionados. La organizacion aseguradora o plan de la Fundacion Kaiser, contrata con grupos definidos de usuarios (afiliados), con los Hospitales de la Fundacion Kaiser y con los grupos medicos. Esto se muestra graficamente en el Esquema 11-1

ESQUEMA 11-1

PROGRAMA DE ATENCION MEDICA KAISER-PERMANENTE
RELACIONES FUNCIONALES



La organización aseguradora o plan de salud de la Fundación Kaiser, es una organización que celebra contratos y ejerce la administración sin finalidad de lucro. Ella capta a los afiliados, mantiene la ficha de cada uno de ellos, cobra las cuotas de afiliación, proporciona las instalaciones para la atención médica, fundamentalmente mediante la celebración de contratos con hospitales y finalmente realiza acuerdos para la prestación de servicios de atención médica a través de contratos con el personal médico. En suma, la organización aseguradora o plan de salud no proporciona servicios de salud u otros servicios sino que celebra acuerdos para que éstos sean proporcionados en sus propias instalaciones y en otras, de manera de cumplir las obligaciones establecidas en los contratos de afiliación. Los hospitales de la Fundación Kaiser, una organización también sin finalidad de lucro, proveen las instalaciones necesarias para la internación o/y los cuidados ambulatorios. Por último los médicos, ya sea en asociaciones o corporaciones de tipo profesional, proporcionan los servicios médicos. (Recientemente, por razones de carácter impositivo y jurídico, la propiedad de las instalaciones para pacientes ambulatorios separadas de un centro hospitalario fueron transferidas de los hospitales de la Fundación a la organización aseguradora o plan, pero esto no ha afectado el modus general de operación.)

Las características generales de la organización Kaiser-Permanente son:

- Ejercicio grupal de la profesión--Constituidos por grupos integrados por médicos de las diversas especialidades necesarias que resultan en un uso más eficiente del tiempo médico, de las instalaciones y del equipamiento. La responsabilidad de los médicos es la de proporcionar la atención médica integral;
- Instalaciones integrales--Al combinar en sus instalaciones servicios para pacientes ambulatorios e internados, se obtiene una utilización óptima del espacio y del equipamiento;
- Prepago--Basados en el sistema de la capitation o listado, el dinero cobrado a los afiliados se dirige directamente a los proveedores de servicios y no a terceros. Los

servicios médicos integrales son proporcionados bajo una suma fija por afiliado y no mediante el sistema de pago por servicio;

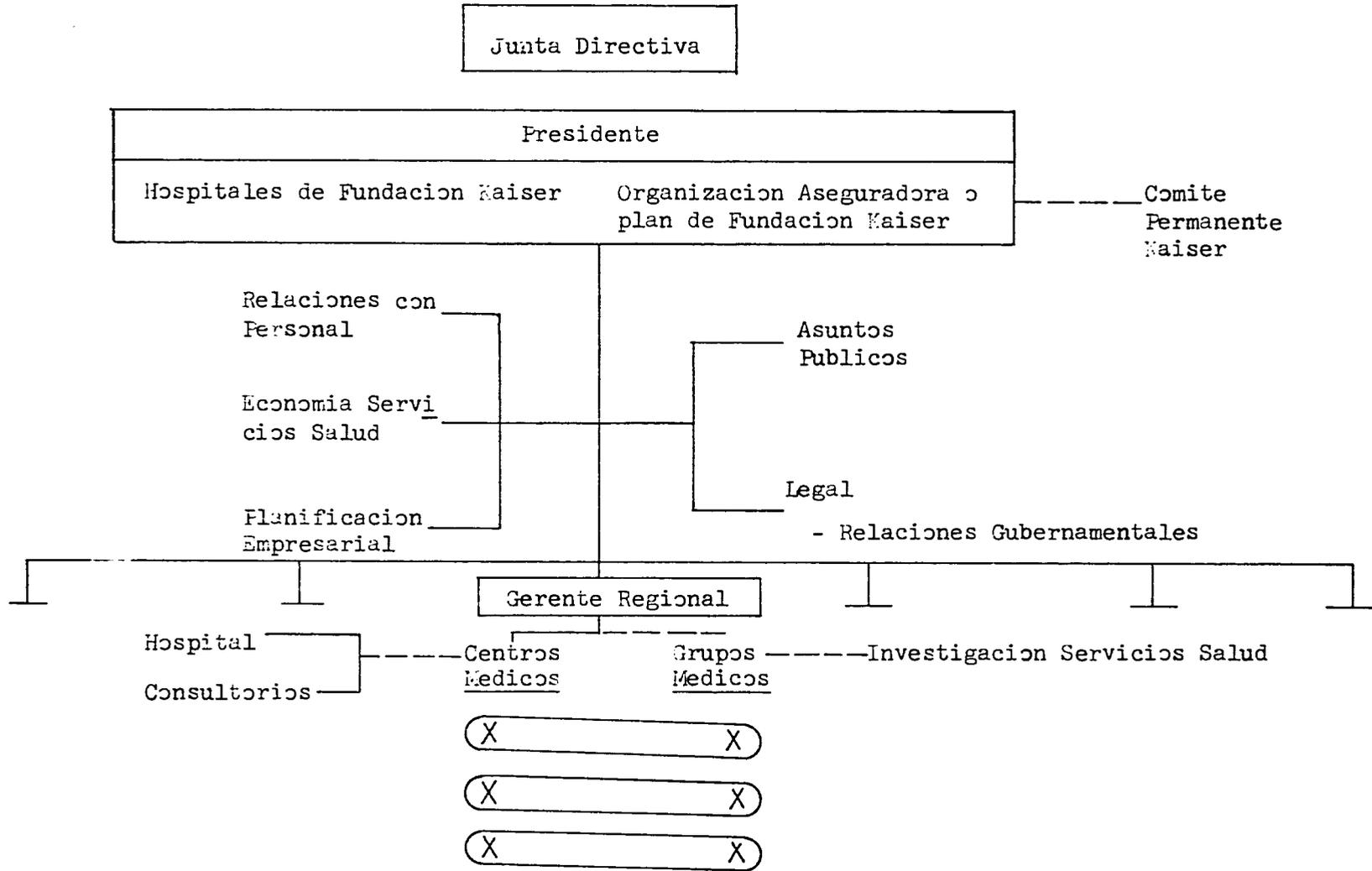
- Afiliación voluntaria con opción a dejar el programa--ofreciéndose en todos los casos una fuente alternativa de atención de salud;
- Participación de los médicos en el manejo gerencial de la totalidad de la institución como socios del programa. Las decisiones más importantes se toman en forma conjunta luego de efectuadas las consultas correspondientes y mediante el consentimiento mutuo entre todos los componentes del programa.

Las interrelaciones entre los componentes de la Kaiser-Permanente se muestran en el Esquema 11-2. Aunque la organización aseguradora o plan de salud y los hospitales son organizaciones separadas, se podrá apreciar que tienen una junta directiva común, así como un mismo presidente. El Comité Permanente de Kaiser, compuesto por personal clave de la organización aseguradora o plan de salud y representantes con experiencia de los grupos médicos, es el encargado de establecer la política general del programa y de resolver los aspectos controversiales que surjan.

Un grupo de planificación empresarial está relacionado íntimamente con la sección de economía de servicios de salud. Trabajando en colaboración, estas unidades recogen y analizan información detallada de la población a ser servida. Cumplido esto, realizan cálculos y proyecciones actuariales bastante aproximadas basados en la proyección de la cantidad de afiliados. Asimismo, proyectan las necesidades en términos de recursos--camas, médicos, insumos y equipamiento; preveen las tasas de utilización hospitalaria; los cambios necesarios en las plantillas de personal de los hospitales, los consultorios, los servicios auxiliares y de administración; preveen asimismo los cambios en tecnología, en los procesos de prestación de la atención médica, en los intereses de los consumidores y en los hábitos de éstos relacionados con la salud, en tanto que los mismos afecten la amplitud de los servicios a ser ofrecidos y los perfiles de utilización de los mismos. Estas proyecciones se transforman entonces

ESQUEMA 11-2

PROGRAMA DE ATENCION MEDICA KAISER-PERMANENTE



11-5

en los elementos básicos para el desarrollo de los planes de largo y corto plazo, incluyendo la determinación de las necesidades financieras y la identificación de las fuentes de fondos (establecer las estructuras de cuotas, etc.).

La organización Kaiser-Permanente funciona en varias regiones y cada una de estas tiene su propio centro médico. Las regiones, que son auto-nomas, están presididas por un gerente regional, un administrador no médico y los centros médicos están manejados por un equipo constituido por el administrador principal del hospital del centro y por el jefe médico del staff médico del centro. Operando bajo las políticas generales y regionales de la Kaiser-Permanente y de acuerdo con las normas de esta organización, cada centro médico dispone de un cierto grado de autonomía.

El modelo de la organización Kaiser-Permanente aunque no típico de la mayoría de las OPPDSS, es útil para esta discusión sobre la factibilidad organizativa y gerencial, debido a que señala las numerosas áreas donde debe mostrarse capacidad y conocimientos. Estas incluyen el establecer las bases sobre las cuales se desarrolle una junta directiva fuerte; el desarrollo de relaciones de apoyo con la comunidad; el diseño y el establecimiento de sistemas de información gerencial y de salud; la evaluación de las necesidades de personal y el desarrollo de planes para la selección del staff, la captación de personal, su capacitación, el diseño de sistemas de premios o incentivos, etc.; asimismo requiere el diseño de un plan adecuado de operaciones y de un manejo adecuado de éstas; por último se necesita del desarrollo de un plan financiero y la iniciación de un proceso de planificación a largo plazo que sea capaz de acomodar en forma adecuada los cambios y el crecimiento.

652

12.0 LA ADMINISTRACION DEL ESTUDIO DE FACTIBILIDAD

El desarrollo y funcionamiento de una OPPDSS, representa un desafio importante. El evaluar la factibilidad de realizar una tarea de esta naturaleza, requiere un enfoque logico y organizado, cuidadosamente planificado y administrado y requiere asimismo que el mismo sea realizado por personal con experiencia.

La evaluacion puede verse facilitada y ser realizada en una forma mas efectiva y a menor costo mediante la division del trabajo en fases, cada una de ellas con sus objetivos definidos, sus metas concretas a ser logradas y los productos a ser obtenidos, los que serviran como puntos de decision para determinar la continuacion o la suspension del esfuerzo de evaluacion. Se sugirieron tres fases, las que fueron presentadas previamente en este informe. Estas son: la evaluacion preliminar, el estudio de factibilidad y de pre-implementacion.

La primer tarea de la evaluacion corresponde a los promotores de la OPPDSS y consiste en especificar los objetivos de la evaluacion incluyendo las metas a corto y largo plazo del proyecto. Se debe seleccionar un director del esfuerzo de evaluacion. A menos que los promotores del estudio tengan experiencia importante en el area de la salud, el director probablemente debe ser contratado fuera de la organizacion que promueve la creacion de la institucion. Si los promotores no tienen conocimiento sobre las OPPDSS, necesitaran orientacion a efectos de obtener una vision general de la atencion medica prestada y de las tareas necesarias para crear y poner en funcionamiento un programa de este tipo.

El proximo paso consiste en establecer un plan de trabajo y en determinar los recursos necesarios para la evaluacion de la factibilidad. Los aspectos relativos a cada una de las areas principales relacionadas con la OPPDSS deben ser evaluados--juridico, de mercadeo, de los servicios de salud, etc.--asi como deberan explicitarse las actividades necesarias para dar cumplimiento a cada uno de ellos. Las tareas que se requieren para la

evaluacion de cada una de las areas pueden ser incluidas en cuadros individuales referidos a cada una de ellas (por ejemplo en el Esquema 9-1). Asimismo se puede utilizar un cuadro resumen para indicar las interrelaciones y las secuencias de las actividades de todas las areas reunidas, necesarias para completar el esfuerzo de evaluacion.

Esta generalmente puede ser realizada de la mejor forma mediante equipos de especialistas. Las especificaciones del equipo de evaluacion son preparadas con anterioridad a la realizacion de la evaluacion para cada una de las categorias principales de investigacion. Cada grupo de especificaciones debe contener la definicion de los por qué, qué cosas, quien, cuándo y dónde, referidas al equipo de evaluacion. Deben establecer asimismo los objetivos de la evaluacion; las fechas de inicio y finalizacion de las tareas; los productos finales a ser obtenidos en cada una de las etapas; la composicion del equipo y el plazo de participacion para el staff asignado; para el personal secundario y para los consultores; los recursos requeridos ademas de los recursos humanos; los supuestos y limitaciones bajo los cuales deben trabajar, la metodologia a ser usada; y un cronograma que muestre las actividades a realizar y las principales metas intermedias a ser alcanzadas. Los equipos de evaluacion de las diversas areas de investigacion pueden trabajar en forma simultanea e indudablemente se beneficiaran de algunos entrecruzamientos de personal. Mas aun algunas actividades, por ejemplo: el evaluar el entorno o ambiente para la iniciacion de una OPPDSS, puede ser realizado por varios equipos con puntos de vista diferentes. El Esquema 12-1 proporciona un ejemplo de un grupo de Especificaciones para un Equipo de Evaluacion sobre la factibilidad de un servicio de salud.

654

ESQUEMA 12-1

ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO DE EVALUACION
FACTIBILIDAD DE UN SERVICIO DE ATENCION DE SALUD

1. MISION

Establecer los servicios de salud basicos y complementarios a ser proporcionados; diseñar el sistema de prestacion de servicios de salud y determinar si es posible desarrollar una red de proveedores para producir los servicios que se han especificado.

2. FECHA DE COMIENZO

3. FECHA DE FINALIZACION

4. OBJETIVO

Conducir un analisis de las necesidades de atencion medica de la poblacion a ser servida por la OPPDSS a crearse y establecer la factibilidad de proporcionar los servicios necesarios dentro de las limitaciones de la disponibilidad financiera, humana y de las instalaciones tomando en consideracion la satisfaccion de los usuarios, los servicios de salud que competiran con la organizacion y varias otras consideraciones del entorno.

5. RESULTADOS FINALES ESPERADOS

- . Una estimacion del estado de salud y de las necesidades de atencion medica de la poblacion a ser servida.
- . Establecer en forma preliminar la amplitud de los servicios a ser proporcionados a los afiliados de la OPPDSS, tanto en lo que se refiere a servicios basicos como complementarios.
- . Realizar un inventario de las instalaciones de atencion medica que podrian ser usadas para proporcionar servicios a los afiliados de la OPPDSS. Para cada una de estas instalaciones incluido:
 - Propietario de la instalacion
 - Numero y tipo de cama y servicios diagnosticos y terapeuticos especificos existentes en la instalacion

6/2/74

Esquema 12-1 ...

- cion.
- Plantilla de personal medico--numero, especialidades, organizacion
 - Lista detallada de las tarifas hospitalarias
 - Porcentaje ocupacional y estadias promedio por diagnostico
 - Estimacion de la disponibilidad para atender a los pacientes de la OPFDSS, y de los acuerdos previos que sera necesario negociar.
 - Confeccionar un ranking de cada una de las instalaciones en terminos de su conveniencia para constituirse en un componente de la OPFDSS a crearse.
- . Realizar un inventario de los medicos radicados en el area geografica a ser servida por la OPFDSS a crearse, identificando para cada especialidad:
 - Numero de medicos en ejercicio de la profesion, por grupos de edad.
 - Numero de medicos que ejercen privadamente e individualmente
 - Numero de medicos que ejercen la profesion en forma grupal y numero de grupos, tanto de una sola especialidad como de varias especialidades.
 - Numero de medicos por 1.000 habitantes y tendencia esperada de esta tasa.
 - . Realizar una encuesta por muestreo sobre las actitudes de los medicos y de los gerentes de los servicios de salud en relacion con las OPFDSS
 - . Contactos establecidos con agencias u organizaciones de salud tanto estatales como privadas y con proveedores de atencion ya sea a nivel institucional u otro.
 - . Realizar un diseño preliminar de la red de proveedores para la OPFDSS (suponiendo que esta es factible).

Esquema 12-1 ...

- . Realizar una seleccion primaria del modelo de OPFDSS y de los acuerdos a celebrarse con los medicos, con las instalaciones o servicios de salud y con los servicios auxiliares.
- . Efectuar sugerencias preliminares para los programas de control de utilizacion de servicios y de control de calidad de la atencion.

6. RECURSOS NECESARIOS

- . Personal: identificar los integrantes del equipo de evaluacion de acuerdo con las especificaciones asi como a los consultores (una desagregacion del personal necesario dependera de las especificaciones de la evaluacion)
- . Servicios de apoyo, transporte, comunicaciones, capacidad para el procesamiento de datos, financiamiento, etc., de acuerdo a las especificaciones de la evaluacion.

7. SUPOSICIONES Y LIMITACIONES

- . Los miembros del equipo y los demas recursos necesarios estaran disponibles cuando sean necesarios.
- . Las fuentes de datos necesarias estaran a disposicion de los miembros del equipo.
- . Los retrasos y la falta de cooperacion de algunos individuos puede dificultar la realizacion ordenada del proceso de evaluacion y limitar algunas de las actividades propuestas.

8. COMPOSICION DEL EQUIPO (especialidades representativas)

	<u>Total</u> <u>Tiempo transcurrido</u>
. _____, Medico, Planificador de OPFDSS	
. _____, Especialista en Sistemas de informacion	
. _____, Administrador Hospitalario o de otros Servicios de salud.	

657

Esquema 12-1

- _____, Gerente de OPDSS
- _____, Especialista en Encuestas
- _____, Representante de Iro motor(es) de la OPDSS

9. CONTACTOS

- Asociacion medica local
- Asociacion hospitalaria local
- Medicos individuales, instalaciones o servicios de salud, grupos medicos, otras OPDSS
- Organismos gubernamentales
- Representantes de los consumidores
- Representantes de quienes financian la afiliacion--empresas o empleadores, companias de seguro, sindicatos, etc.

10. METODOLOGIA

Los datos seran recolectados a partir de las fuentes disponibles con con informacion relevante para establecer las necesidades de atencion medica y para evaluar la factibilidad de disenar un paquete de beneficios (servicios) adecuado, y para establecer una red aceptable de proveedores y para disenar una estructura organizativa capaz de proporcionar los servicios.

Mediante la utilizacion de encuesta de muestreo y entrevistas, el equipo de evaluacion podra determinar el entorno de apoyo u oposicion a la OPDSS a crearse.

11. ACTIVIDADES Y CROMOGRAMA

Actividad	Mes 1	Mes 2	Mes 3
• Organizar el Equipo de Evaluacion	X---X		
• Realizar Catalogo de fuentes de			

658

Esquema 12-1

Actividad	Mes 1	Mes 2	Mes 3
datos e informacion	X---X		
. Determinar el Estado de Salud y las Necesidades de Servicios	X-----X		
. Realizar Inventario de Recursos y Proveedores (Hospitales/Medicos)	X-----X		
. Contactar Proveedores y Consumidores	X-----X		
. Contactar Representantes Oficiales	X-----X		
. Determinar Factibilidad de los Servicios de Salud	X-----X		
. Diseñar Plan de Servicios de Salud		X-----X	
. Decidir sobre el Modelo de OPDSS		X-----X	
. Diseñar la Red Apropriada de Proveedores de Servicios		X-----X	

VOCABULARIO

Capitacion o Pago por Listado

Mecanismo de pago por el cual el medico o el grupo de medicos es retribuido (por sus servicios) un monto especifico por afiliado y por mes.

Seguro de Indemnizacion o Riesgo

Seguro contra los riesgos o perjuicios economicos causados por enfermedad, por maternidad, por cirugia, etc., en el cual los riesgos y los recursos se reunen para pagar parte o la totalidad de los costos de la atencion de salud. Debido a que participan tres partes, el asegurado, el proveedor (de servicios) y la compania de seguros, este tipo de seguros se conoce como de reembolso por terceros.

Certificado de Necesidad

Requisito establecido por la mayoria de los estados limitando la proliferacion o ampliacion de las instalaciones de atencion medica existentes o la creacion de nuevos servicios de salud. Es otorgado solamente a aquellos proyectos de ampliacion o creacion para los cuales su "necesidad" puede ser demostrada a satisfaccion de la autoridad competente.

Precios Sociales (de polizas de seguros)

Un sistema de fijacion o determinacion de precios de los servicios de salud en el cual las cuotas y demas precios deben ser equivalentes para todos los individuos o para todas las familias o para todas las comunidades que tienen composicion similar. Se contrapone con el sistema de Precios segun Utilizacion (previa) donde estos varian a nivel individual o familiar en funcion de la utilizacion previa del servicio.

Costo Compartido con los Pacientes

Pago directo por el usuario de una parte del costo de los servicios en el momento de su utilizacion. Los enfoques principales son:

- copago fijo, por ejemplo: \$ 1.50 por receta de medicamentos
- coseguro fijo, por ejemplo: 20% del costo de la factura hospitalaria.
- deducible anual, por ejemplo: el asegurado debe pagar los primeros \$ 100 de facturacion por consumo de servicios en el año. A partir

663

Vocabulario ...

de ese monto el seguro cubrira en forma parcial o total (segun lo estipulado en la póliza) el costo de los servicios consumidos por el asegurado en el año.

Pago por Servicio (Pago por Acto Medico o Destajo)

Mecanismo de pago a los proveedores de los servicios de salud de acuerdo con los servicios efectivamente brindados. El pago se efectua por lo general de acuerdo con un arancel de honorarios o precios, el que puede haber sido previamente acordado o resultar de lo que normalmente se cobra en comunidad por ese servicio.

Organizacion para el Mantenimiento de la Salud (H.M.O.); Organizacion de Prepago y Prestacion Directa de Servicios de Salud (ver nota del traductor, pagina iii)

Sistema, formalmente organizado o estructurado, de prestacion de servicios de salud que combina las funciones de financiamiento (aseguradora) y de prestacion de servicios y proporciona atencion medica integral a un grupo definido de poblacion (afiliados o suscriptores) a cambio de un monto fijo y prepago, por afiliado.

Asociacion para la Practica Individual (IPA); Asociacion Para el Ejercicio Profesional Independiente o Individual (APEPI)

Un estudio profesional, corporacion o asociacion u otro tipo de persona juridica que ha acordado prestar o proveer servicios de salud, mediante personal debidamente autorizado o habilitado, entre otras en las siguientes profesiones: medicina, osteopatía, odontología, etc. Dichos profesionales deberan proporcionar sus servicios de acuerdo con un mecanismo de retribucion establecido por la entidad o persona juridica (de la cual son integrantes). Asimismo, se comprometen a compartir, en la medida de lo posible, informacion clinica o de otro tipo (sobre los pacientes atendidos), asi como a utilizar en comun el equipamiento y el personal administrativo, auxiliar tecnico y profesional.

Localidad a Servir/Mercado

El area de mercado comprende el lugar geografico en el cual la CFPDSS espera captar a los afiliados. La localidad o area a servir es aquella en la cual la CFPDSS proporciona o ha realizado acuerdo para que sean proporcionados servicios de salud basicos o complementarios a sus afiliados en una forma accesible, oportuna y que asegure conti-

1061

Vocabulario ...

nuidad de la atención veinticuatro horas al día y siete días por semana.

Afiliado

Utilizado en relación con una ODPDSS significa una persona que ha celebrado un contrato, o una persona en cuyo nombre se ha celebrado un contrato, con una entidad que proporcionara directamente o que asume la responsabilidad de proporcionar, a esa persona, servicios de salud básicos y/o complementarios de acuerdo con los términos del contrato.

Red o Sistema de Proveedores

Combinación de instalaciones o locales para la atención médica, de servicios y de personal de salud (médicos, etc.) que proporcionaran los servicios de salud básicos y complementarios, por los cuales se ha hecho responsable la ODPDSS.

Servicios de Salud, Básicos/Complementarios

Tal como han sido definidos en los requisitos que deben cumplir las HMO (en los EEUU), Title XIII, Sec. 1302 (300e-1), servicios básicos de salud comprenden:

- . Servicios profesionales médicos (incluyendo la consulta y la interconsulta por médico)
- . Servicios de emergencia necesarios desde el punto de vista médico
- . Servicios de salud mental de corta duración (que no excedan de veinte visitas) de carácter ambulatorio y con finalidad de evaluación o de intervención en una crisis
- . Servicios de apoyo diagnóstico y radiológico incluyendo radioterapia
- . Tratamiento médico e interconsultas (incluyendo el envío del paciente a servicios auxiliares especializados y competentes de apoyo y tratamiento) para alcohólicos y enfermos de drogadicción.
- . Servicios de salud domiciliarios
- . Servicios de carácter preventivo (incluyendo inmuniza-

162

Vocabulario ...

ciones, atención post-natal del recién nacido desde el parto, chequeos periódicos de salud del adulto, servicios de planificación familiar, servicios de infertilidad y exámenes de visión y audición para niños a efectos de determinar la necesidad de uso de aparatos correctivos.

Los Servicios Complementarios de Salud comprenden cualquier otro servicio no incluido como un servicio básico. Estos deben ser incluidos en el contrato entre la OPPDSS y sus afiliados (para que su prestación sea obligatoria). Los servicios complementarios pueden incluir servicios proporcionados por odontólogos, optometristas, pedicuros así como la prescripción y despacho de medicamentos.

Suscriptor

Un individuo que celebra, por ejemplo: firma o "suscribe" el formulario de solicitud para afiliarse a una OPPDSS en representación de sí mismo, de sus dependientes u de otras personas elegibles (para incorporarse a la institución), a efectos de recibir los beneficios (servicios) de la OPPDSS.

BIBLIOGRAFIA

- Guia para la Factibilidad de una Organizacion de Prepago y Prestacion Directa de Servicios de Salud (H.M.O.). Birch y Davis Asociados, Inc. 1980.
- Adizes A. y Zukin P. "Un Enfoque Gerencial para la Planificacion de Salud en los Paises en vias de Desarrollo". Health Care Management Review, Winter/1977; 19-28
- Enright SB. "I.P.A. Las Iniciales que Pueden Dar Significado a su Futuro". Medical Economics 1979; 124-137
- Evaluacion de la Organizacion y Manejo Gerencial de las OPPDSS Habilitadas, Informe Final. Office of Health Maintenance Organizations, Division of Compliance; Department of Health and Human Services, 1981
- Hauser, H.R. "Planes de Salud Grupales--Una Revision de Veinte Años". Minnesota Law Review 1958; 42:527-548
- Hyde D.R., Wolff R., Gross A. y Hoffman E.L. "La Asociacion Medica Americana: Poder, Objetivos y Politica en la Organizacion del Cuerpo Medico" Yale Law Journal 1954; 63: 937-1022.
- Kissam P.C. "Las Organizaciones de Prepago y Prestacion Directa de Servicios de Salud y la Funcion de la Ley Antitrusts" Duke Law Journal 1978; 487-499.
- Phelan J., Erickson R y Fleming S. "Ejercicio Grupal Prepago: Un Enfoque para la Prestacion Organizada de Servicios de Salud". Simposio en Atencion de Salud: II Parte, La Ley y Los Problemas Contemporaneos, Duke University School of Law, 1970; 25: 796-816.
- "Requisitos Exigibles a una OPPDSS". Extracto del Title XIII, Compilation of selected Acts within the Jurisdiction of the House Committee on Energy and Commerce: Vol I, Health Law 1982.
- "Revision de las Solicitudes de Donaciones (Grants) para el Desarrollo Inicial (de OPPDSS)". Department of Health, Education and Welfare 1979.
- "El Rol de las organizacinnnes de Ejercicio Grupal Prepago en el Mejoramiento de la Crisis de la Atencion Medica" . Harvard Law Review 1971; 84: 887-100
- Slayman WO. "Plan de Mercadeo--Estimulacion de la Participacion Empresarial en (el desarrollo de) Sistemas Alternativos de Prestacion de Servicios de Salud". Comunicacion Personal, 1983.

Bibliografia ...

Yedidia A. "Planificación de la Implementación de la Fundación Comunitaria de Salud de Cleveland, Ohio". Studies in Medical Care Administration, Public Health Service Publication No. 1664-3, 1968.

Zelten R.A. "Modelos Alternativos de OPDSS", University of Pennsylvania National Health Care Management Center, Issue Paper No. 3, 1979.

665