

Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente

Roberto Nuño Solinís

Red de Innovadores de la Organización Mundial de la Salud. Universidad del País Vasco.

Resumen

Objetivo. Describir y analizar los rasgos generales que caracterizan el modelo de organización y gestión de la institución sanitaria estadounidense Kaiser Permanente.

Material y métodos. Estudio realizado a través de una metodología de estudio de caso, elaborado con información recabada de manera directa en una visita de estudio a Kaiser Permanente y complementada con fuentes documentales procedentes de una revisión bibliográfica.

Resultados. Kaiser Permanente engloba las funciones de aseguramiento y de provisión de servicios sanitarios para una población superior a 8 millones de personas. Algunos de los resultados que obtiene pueden ser calificados de "excelentes", principalmente en aspectos de integración de la atención, reducción de hospitalizaciones y de estancias innecesarias, y prevención y control de enfermedades crónicas. Estos resultados son atribuibles en gran medida a un modelo de gestión y de organización de servicios caracterizado por su enfoque poblacional, liderazgo clínico y utilización de modelos innovadores de atención.

Conclusiones. Kaiser Permanente muestra un elenco de buenas prácticas de gestión, ya sean a nivel macro, como su enfoque de salud poblacional, meso, como su abordaje de atención integrada, y micro, en el que destacan múltiples herramientas innovadoras vinculadas a la gestión de enfermedades. Estas prácticas suponen oportunidades de aprendizaje relevantes para el Sistema Nacional de Salud español. Desde una óptica de teoría organizativa pueden identificarse en el modelo Kaiser Permanente los principales rasgos que caracterizan una "organización que aprende".

Palabras clave: Kaiser Permanente, buenas prácticas, atención integrada.

Summary

Objective. To describe and analyze the main features of the United States Kaiser Permanente organization and management model.

Methods. Study performed with a case study method, elaborated with information obtained directly during a study visit to Kaiser Permanente and completed with documents from a review of the literature.

Results. Kaiser Permanente is both a health care insurer and provider and covers a population that exceeds eight million affiliates. Kaiser excels in several performance areas, such as integration of care, hospital care minimization, prevention and control of chronic diseases. These results are mainly attributable to a management model characterized by its population focus, clinical leadership, and broad use of innovative care models.

* Las opiniones expresadas en este artículo son responsabilidad única de su autor y no son atribuibles a ninguna de las organizaciones a las que está adscrito.

Conclusions. Kaiser Permanente has a wide range of good management practices, for instance, macro-level, such as its population health focus, meso-level, such as its integrated care system and micro-level, in which there are many innovative approaches to disease management. These practices offer good learning opportunities for the Spanish National Health system. From an organizational theory perspective, the Kaiser Permanente models shares many of the features of a "Learning Organization."

Key words: Kaiser Permanente, best practices, integrated care.

Introducción

Kaiser Permanente es el mayor proveedor sanitario privado de los Estados Unidos. Fundado en 1945 como una organización sin ánimo de lucro, opera como un subsistema sanitario que integra la función de aseguramiento y de provisión.

El modelo Kaiser Permanente ha despertado mucha atención en el Reino Unido en los últimos años, en gran parte por la publicación de un estudio comparativo¹ con el *Nacional Health Service* (NHS) del Reino Unido, que mostraba un mejor rendimiento de Kaiser Permanente de California en la mayoría de los indicadores analizados, entre los cuales destacaba la gran diferencia en frecuentación de hospitales de agudos, aproximadamente una tercera parte en Kaiser respecto al NHS.

Este estudio y otros subsiguientes^{2,3}, que se han enfocado sobre el mismo tema, han generado bastante controversia⁴⁻¹¹, centrada principalmente en el *British Medical Journal*. Dejando al margen ese interesante debate es destacable que el

estudio del denominado "modelo Kaiser" ha sido incorporado dentro de la política de modernización del NHS¹². Para ello se han realizado diversas visitas de estudio. Como consecuencia de las mismas el Departamento de Salud británico está financiando proyectos piloto en Atención Primaria basados en elementos de este modelo³.

De un modo similar, el modelo Kaiser está siendo estudiado por la Administración del actual Gobierno de los Estados Unidos, en particular respecto al uso de nuevas tecnologías para la integración de la atención¹³.

Finalmente, el modelo Kaiser como ejemplo de atención integrada y, en particular, el *Chronic Care Model* desarrollado por Wagner et al¹⁴ del Group Health Cooperative (organización afiliada a Kaiser en cuestiones de innovación y mejora) están en el origen del informe de la Organización Mundial de la Salud "Atención innovadora a las enfermedades crónicas"¹⁵.

Por todo lo anterior se ha considerado que una exploración del modelo Kai-

ser Permanente, enfocada en el aprendizaje de lecciones relevantes para el Sistema Nacional de Salud español, puede ser un ejercicio útil de generación de ideas de mejora, susceptibles de ulterior validación.

Material y métodos

La presente investigación recurre al método de estudio de casos, puesto que éste permite estudiar un fenómeno como un proceso dinámico, dentro de su contexto real y utilizando múltiples fuentes de información. En el supuesto que nos ocupa las fuentes de información han sido entrevistas abiertas, entrevistas semi-estructuradas, observación directa y búsqueda de publicaciones científicas y de literatura gris a través de internet. La información recabada de forma directa procede de una visita de estudio efectuada a la sede central de Kaiser Permanente en Oakland y a las dependencias del Permanente Medical Group en Sacramento.

La selección de este método obedece también a su naturaleza exploratoria, ya que se considera apropiado para definir o formular una cuestión de manera más concreta, desarrollar hipótesis, generar ideas, identificar variables clave y conexiones para posteriores investigaciones¹⁶.

El caso se ha construido tratando de describir aquellos aspectos de organización y gestión que permiten explicar los resultados obtenidos por Kaiser y pensando en la posible traducción de algunos elementos del “modelo Kaiser” al Sistema Nacional de Salud (SNS) español. En este proceso, se ha prestado atención especial a la coherencia de las distintas fuentes directas e indirectas.

Resultados

Kaiser Permanente integra la función de aseguramiento (*health plan*) y diversas estructuras de provisión, incluyendo sus 30 hospitales y *The Permanente Medical Group* (PMG), que emplea a los 11.000 profesionales médicos que trabajan en Kaiser, junto con otros 135.000 trabajadores.

La población asegurada ronda los 8 millones y medio de personas en 9 Estados diferentes y en el distrito de Columbia. El 70% del colectivo de asegurados se ubica en California.

La financiación estimada para 2004 era de 25.000 millones de dólares, que proceden en un 64% de sus miembros, 28% de fondos públicos (principalmente vía Medicare), un 4% de copagos y el resto de fuentes diversas.

Kaiser Permanente opera en un entorno altamente competitivo con presio-

nes simultáneas de contención de costes y de mejora de la calidad de la atención. La respuesta estratégica de Kaiser es un enfoque de mejora de salud poblacional, tratando de minimizar la utilización y prestando servicios en el nivel de atención más coste-efectivo. Como consecuencia de este enfoque, las barreras tradicionales entre niveles se difuminan y surge un modelo de atención integrada con soluciones innovadoras, donde se potencia al máximo la capacidad resolutoria en el nivel de Atención Primaria y comunitaria y se presta especial atención a la minimización de las hospitalizaciones, que son vistas como un “fallo del sistema”, en palabras del Director Ejecutivo de PMG.

Para los directivos de Kaiser los rasgos que definen el éxito de su modelo son:

1. Enfoque de salud poblacional.
2. Liderazgo clínico.
3. Práctica profesional en equipos que colaboran de forma integrada.
4. Profesionales médicos contratados por una misma organización (PMG) y que trabajan en exclusividad.
5. Compromiso con la gestión del conocimiento, con la difusión de las mejores prácticas y con el aprendizaje organizativo.
6. Énfasis en la prevención, detección precoz y educación sanitaria.

7. Gestión activa y coordinada de las enfermedades crónicas.

8. Importancia de la investigación clínica.

9. Atención sanitaria basada en la evidencia.

10. Énfasis en la calidad clínica.

A continuación, describimos en mayor detalle las características que contribuyen a perfilar el modelo Kaiser:

Enfoque de salud poblacional

La misión de Kaiser Permanente es: “proveer de atención sanitaria de alta calidad y accesible económicamente a sus asegurados y pacientes y mejorar el estado de salud de las comunidades a las que sirve”.

Su visión es “ser el líder mundial en la mejora de salud a través de la provisión de atención sanitaria integrada de alta calidad accesible económicamente y ser distinguidos por su implicación social, responsabilidad médica en las decisiones clínicas y alianzas sostenibles y duraderas entre la aseguradora, los proveedores de atención y los representantes de los asegurados”.

Liderazgo clínico

Se asume un proyecto cooperativo entre clínicos y gestores con responsabilidades compartidas y coordinadas, pero dentro de un marco de liderazgo clínico,

entendido como clara priorización de los procesos asistenciales como el núcleo duro de su negocio.

Esto tiene su reflejo en que todos los médicos son asalariados de PMG en régimen de exclusividad, y accionistas potenciales al cabo de un año de desempeño satisfactorio. Los incentivos y reglas del juego son comunes para todos, generándose un modelo autogestionado que fomenta una visión y un riesgo compartido.

Atención integrada

Kaiser asume que la integración de la atención mejora la experiencia del paciente y resulta eficiente al tratar a los pacientes para evitar retrasos, duplicidades y otros efectos disfuncionales. La integración se sostiene en un modelo de Atención Primaria potenciada con perfiles de especialistas: ginecólogos, obstetras, pediatras, dermatólogos, oftalmólogos, etc. Las barreras entre niveles se difuminan al verse de forma unificada el proceso de atención, para ello se emplean programas de pacientes crónicos, vías clínicas y otras herramientas.

Potenciación de la capacidad resolutive del primer nivel

Se cuenta con grandes centros de Atención Primaria (*Primary Care campu-*

ses) que disponen de amplios medios diagnósticos y terapéuticos y grupos de profesionales que conforman equipos dentro de los cuales existen médicos de Primaria y especialistas. La potenciación de la integración y la capacidad resolutive es especialmente apreciable en estos *campuses*.

La unidad básica de Atención Primaria la componen de 7 a 10 médicos de Primaria, uno de los cuales actúa de líder; además hay unos tres profesionales de enfermería y presencia de perfiles de educadores sanitarios y de médicos especialistas en modificación de conductas.

En líneas generales, los servicios de atención primaria de Kaiser muestran una dedicación media por consulta de 20 minutos y una gran accesibilidad y capacidad de resolución.

Además, el primer nivel desempeña un papel fundamental en la minimización de los episodios agudos y exacerbaciones que provocan las admisiones hospitalarias. Con este fin, se desarrollan los programas de pacientes crónicos (por ejemplo, asma, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], insuficiencia cardíaca, rehabilitación cardíaca, hiperlipidemias, etc.), que enfatizan la prevención y la detección precoz. Se dispone de evidencia de que el manejo proactivo y planificado de estos pacientes evita los

riesgos de hospitalización y reduce los costes. Asimismo, se emplean prácticas asistenciales innovadoras, en muchos casos de desarrollo propio, como son la utilización de sesiones grupales¹⁷, la promoción del autocuidado¹⁸ y el trabajo dentro de una lógica de mejora continua con base poblacional¹⁹.

Reducción al mínimo de la hospitalización

El objetivo es reducir al mínimo tanto la frecuentación hospitalaria como la duración de la estancia, sin comprometer la calidad de la atención. Para ello:

1. Se trabaja activamente el dimensionamiento y la organización de los Servicios de Urgencias a fin de evitar ingresos innecesarios.

2. Se dispone de equipos de “hospitalistas” médicos experimentados que se ocupan de la atención y seguimiento de los pacientes del ingreso al alta, sin otro tipo de ocupaciones. La introducción de este perfil se asocia con una reducción en un 25% de la estancia media y una mejora de la calidad de la atención²⁰. Este rol profesional se introdujo en 1996.

3. Se invierte en la planificación del alta con una adecuada coordinación con otros dispositivos.

4. Uso extensivo de vías clínicas, algunas de las cuales como las de apendicec-

tomía, mastectomía, prótesis de cadera, endarterectomía carotídea, prostatectomía, etc. han permitido reducir en un 50% la estancia media.

5. Optimización de los quirófanos mediante planificación y cumplimiento riguroso de las programaciones.

6. Asegurar al máximo el acceso rápido al alta, bien a domicilio o en otros dispositivos.

Optimización del tiempo médico

Kaiser busca optimizar el tiempo médico concentrándolo en la interacción con el paciente. Para ello se aligera al médico de cargas administrativas, se usan otros perfiles profesionales siempre que se puede, se realizan consultas grupales, se desarrolla la capacidad del primer nivel, y en general todo tipo de enfoques, que permitan mejorar el aprovechamiento de este personal cuyo coste salarial en Estados Unidos es muy elevado.

Invertir en la ventaja competitiva

Kaiser asigna recursos para elementos diferenciales que identifica como su ventaja competitiva. A continuación reseñamos algunas de sus áreas prioritarias de inversión:

1. Programas que mejoran los resultados de salud a nivel individual y pobla-

cional. Estos programas están orientados a patologías crónicas como las enfermedades cardiovasculares, diabetes, asma y cáncer y basados en evidencia científica de calidad.

2. Intervenciones conductuales: se reconoce el rol de estas intervenciones en la modificación de conductas no saludables, y para ello existen especialistas en este tipo de intervenciones dentro de cada Unidad de Atención Primaria.

3. Servicios de Urgencias de alta capacidad de resolución y en médicos hospitalistas con el propósito de optimizar el recurso cama.

4. Mejoras en aspectos logísticos que permiten reducir las demoras en obtención de resultados de pruebas diagnósticas.

5. Una gestión activa y sistemática de la prescripción farmacológica. En este sentido, la elaboración de un formulario basado en fármacos de bajo coste y efectividad demostrada ha involucrado a 400 profesionales, de tal forma que se considera un instrumento propio y de aceptación general como lo demuestra un 97% de prescripciones basadas en el formulario.

6. Desarrollo de un amplio programa de investigación propia. Kaiser lidera o participa en más de 1.000 estudios de alcance nacional. Su apuesta por la inves-

tigación está muy vinculada a proyectos que permitan mejorar de forma rápida sus resultados en beneficio de su población asegurada.

7. Tecnologías de la información. Un 4,6% de la facturación de Kaiser se destina a sistemas de información, principalmente orientados a la mejora de la atención y a la ayuda a los profesionales en su ejercicio.

Discusión

En el apartado anterior hemos descrito aquellos aspectos generales que perfilan el modelo Kaiser y que pueden relacionarse con la obtención de resultados excelentes en determinadas áreas. La atribución de las bondades del modelo a determinados rasgos específicos requiere del empleo de otro tipo de abordajes metodológicos distintos al empleado en este estudio. Asimismo, la metodología empleada permite reflejar el “discurso oficial” de la organización, pero no calibrar adecuadamente el grado de despliegue e interiorización de algunas de las características mencionadas dentro del conjunto de la misma.

Dicho lo anterior, cabe identificar algunas de las características del éxito del modelo Kaiser de organización y gestión sanitaria.

En primer lugar, y desde una perspectiva macro, es su calidad sistémica^{15,21}, esto es, el correcto alineamiento e integración de los agentes del sistema. El enfoque de salud poblacional es el atractor²² en el que confluyen la vertiente económica y la de salud. Así, una población asegurada sana se espera que consuma menos recursos del Sistema Kaiser.

Desde un planteamiento de mesogestión el modelo Kaiser huye de gremialismos y visiones fragmentadas a fin de garantizar la longitudinalidad, la continuidad en los episodios y la atención compartida entre niveles²³. En consecuencia, las formas organizativas se adaptan a esos objetivos y no suponen barreras a los mismos.

Finalmente, en el nivel de la microgestión sanitaria se enfatiza el liderazgo clínico, siendo las estructuras de gestión facilitadoras de la gestión clínica. Se trabaja muy activamente el desarrollo de instrumentos que favorezcan la decisión clínica, privilegien los abordajes tempranos y preventivos y orienten la actuación clínica no sólo a lo que hay evidencia de que funciona, sino a lo que es coste-efectivo.

Asimismo, desde una óptica de teoría organizativa, cabe identificar en Kaiser los rasgos que se atribuyen a las organizaciones que aprenden²⁴. En particular, el trabajo colaborativo y la búsqueda de comunicación fluida se percibe en la cul-

tura de la organización y se evidencia de forma explícita en proyectos e iniciativas internas^{25,26}.

Ahora que contamos con organizaciones sanitarias excelentes, con reconocimientos EFQM (*European Foundation for Quality Management*) a nivel europeo como el Hospital de Zumárraga en Euskadi, es momento para plantearse una búsqueda de la excelencia en lo que concierne al sistema de salud, o al menos a los subsistemas autonómicos, dada la fragmentación existente. En ese empeño, la lógica contenida en el modelo Kaiser supone una enseñanza útil, y cabe pensar, en una primera aproximación, que no se trata de un proceso complejo, ya que las soluciones organizativas y de gestión de Kaiser responden a problemas similares a los del SNS español. Sin embargo, en una segunda lectura, coincidimos con Elola²⁷ en que el contexto actual del SNS, sumergido en la cultura burocrático-administrativa, muestra una incapacidad estructural para reformar la organización y gestión de los servicios sanitarios públicos.

En consecuencia, estimamos más viable la adopción de ideas de mejora en cuestiones de carácter instrumental y alcance limitado, que una traslación generalizada de la arquitectura del modelo Kaiser al SNS.

BIBLIOGRAFÍA

1. Feachem RG, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ*. 2002;324: 135-41.
2. Ham C, York N, Sutch S, Shaw R. Hospital bed utilisation in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data. *BMJ*. 2003;327:1257-60.
3. Dixon J, Lewis R, Rosen R, Finlayson B, Gray D. Can the NHS learn from US managed care organizations? *BMJ*. 2004;328:223-5.
4. Ebrahim S, Frankel S, Davey Smith G. Hospital bed utilisation in the NHS and Kaiser Permanente: quality of care, length of stay, and readmissions need to be considered. *BMJ*. 2004;328: 583-4.
5. Talbot-Smith A, Gnani S, Pollock AM, Gray DP. Questioning the claims from Kaiser. *Br J Gen Pract*. 2004;54: 415-21.
6. Black S, Proudlove N. Hospital bed utilisation in the NHS and Kaiser Permanente: bed management in the NHS can be improved easily. *BMJ*. 2004;328:582-3.
7. Evans DA. Hospital bed utilisation in the NHS and Kaiser Permanente: debate about Kaiser needs transparency and hard evidence. *BMJ*. 2004; 328:583.
8. Morley R. Hospital bed utilisation in the NHS and Kaiser Permanente: ownership, integration, and medical leadership are key. *BMJ*. 2004;328: 584-5.
9. Badrinath P. Hospital bed utilisation in the NHS and Kaiser Permanente: do not throw the baby out with the bath water. *BMJ*. 2004;328:583.
10. Mallet ML. Hospital bed utilisation in the NHS and Kaiser Permanente: authors did not compare like with like. *BMJ*. 2004;328:584.
11. Allen ME. Hospital bed utilisation in the NHS and Kaiser Permanente: money should be spent on effective, well documented solutions. *BMJ*. 2004;328:584.
12. Department of Health. Delivering the NHS Plan – next steps on investment, next steps on reform, London: DH; 2002.
13. Lohr S. Is Kaiser the future of American Health Care? *The New York Times*; 31 de octubre de 2004.
14. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q*. 1996;74:511-44.

15. World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action. WHO Global report. Geneva: WHO; 2002.
16. Yin RK. Case study research: design and methods. Thousand Oaks (CA): SAGE Publications; 1994.
17. Sadur CN, Moline N, Costa M, Michalik D, Mendlowitz D, Roller S, et al. Diabetes management in a health maintenance organization. Efficacy of care management using cluster visits. *Diabetes Care*. 1999;22(12):2011-7.
18. Lorig KR, Sobel DS, Ritter PL, Laurent D, Hobbs M. Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Eff Clin Pract*. 2001;4(6): 256-62.
19. Karter AJ, Ackerson LM, Darbinian JA, D'Agostino RB Jr, Ferrara A, Liu J, et al. Self-monitoring of blood glucose levels and glycemic control: The Northern California Kaiser Permanente Diabetes Registry. *Am J Med*. 2001;111:1-9
20. Craig DE, Hartka L, Likosky WH, Caplan WM, Litsky P, Smithey J. Implementation of a hospitalist system in a large health maintenance organization: the Kaiser Permanente experience. *Ann Intern Med*. 1999;130 4 Pt 2:355-9.
21. Nuño R. Organizaciones sanitarias basadas en el conocimiento. [acceso el 3 de enero 2005]. Disponible en: <http://www.madrimasd.org/revista/revista26/aula/aula1.asp>
22. Begun JW, Dooley K, Zimmerman B. Health care organizations as complex adaptive systems. En: Mick SM, Wyttenbach M, editors. *Advances in Health Care Organization Theory*. San Francisco: Jossey-Bass; 2003.
23. Ortún V. La Atención Gestionada de Kaiser mejor que la del NHS. *Gest Clin San*. 2002;4(2):58.
24. Senge PM. *The fifth discipline: the art and practice of The Learning Organization*. New York: Doubleday; 1990.
25. McFerran S, Nunes J, Pucci D, Zuniga A. Perinatal Patient Safety Project: a multicenter approach to improve performance reliability at Kaiser Permanente. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2005;19(1):37-45.
26. Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care*. 2004;13 Suppl 1:85-90.
27. Elola J. Gestión del Sistema Nacional de Salud, ¿se puede?, ¿se debe?, ¿cómo? *Rev Adm Sanit*. 2004;2:375-86.

