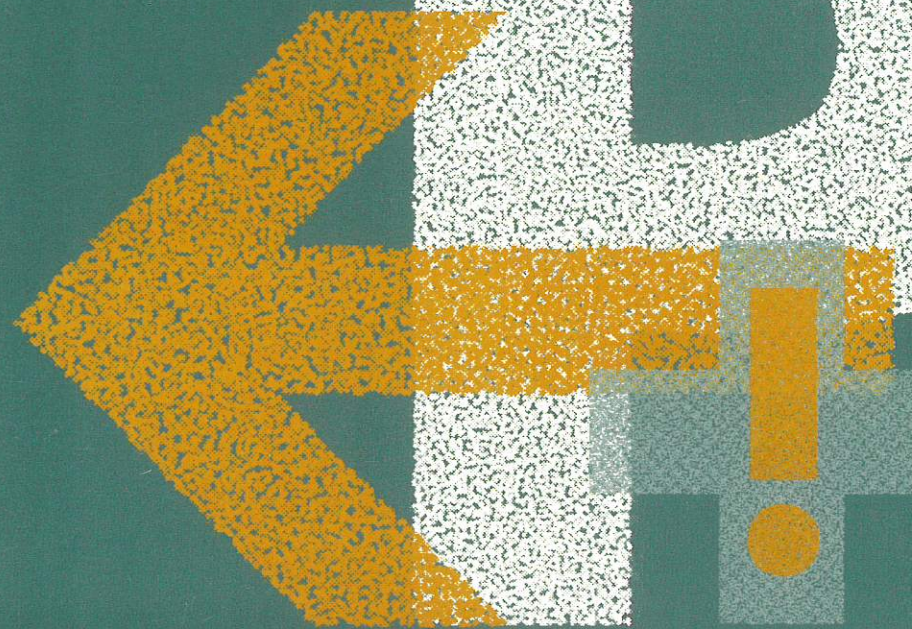


Documentos semFYC



**Prevención y
promoción de la
salud en un modelo
cliente-proveedor**



PREVENCION Y PROMOCION EN UN MODELO CLIENTE - PROVEEDOR

Oviedo, Mayo 1995

Documento semFYC nº 6

GRUPO DE TRABAJO DE LA semFYC

*Pilar Kloppe Villegas
Carmen Antuna Alvarez
Mercedes Cueto Serrano
María Martín-Rabadán Muro
Josep Moreno Martín
José Luis de Peray Baiges
Reyes Sanz Amores
Ela Sevilla*

INDICE

INTRODUCCIÓN	5
1. CONCEPTO Y ANTECEDENTES DE LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS	5
2. FACTORES DETERMINANTES EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD ...	6
2.1. Factores que condicionan la implementación e integración de las Actividades Preventivas y de Promoción en Atención Primaria.....	7
2.1.1 Factores Predisponentes.....	7
2.1.2 Factores Condicionantes.....	7
2.1.3 Factores de Refuerzo	8
3. MARCO CONCEPTUAL DEL MODELO CLIENTE-PROVEEDOR.....	8
4. CONDICIONES Y ESTRATEGIAS	9
5. SITUACIONES POTENCIALES DE RIESGO.....	10
6. ¿CUÁL DEBERÍA SER EL PAPEL DE LA SemFYC?.....	11
7. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN LA COEXISTENCIA DE UN MODELO MIXTO.....	12
8. REPERCUSIÓN EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN CON LA LIBRE ELECCIÓN DE MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y MÉDICO ESPECIALISTA	12
9. CONCLUSIONES	12

INTRODUCCION

En los últimos años el sistema sanitario español ha sufrido importantes cambios, tanto en lo referente a su gestión como a su organización, siendo la atención primaria uno de los elementos claves del sistema.

Actualmente, y al igual que otras empresas de servicios, el sistema sanitario de salud pública (SNS), ha orientado su filosofía organizacional hacia la satisfacción de las necesidades y deseos del cliente, pasando éste a desempeñar un protagonismo activo en el mismo.

1. CONCEPTO Y ANTECEDENTES DE LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Previo al debate en sí mismo del tema, el grupo de trabajo ha realizado un análisis esquemático de la situación actual y de los factores relacionados con el desarrollo de las actividades de prevención y promoción de la salud (APPS) en atención primaria.

La orientación del abordaje de los problemas de salud por parte de los servicios sanitarios, no ha dejado de tener nunca un componente preventivo. En muchas ocasiones, las actividades preventivas han constituido el eje de sus actividad. Pero la actual delimitación y organización de los campos de competencias, en relación a las funciones preventivas de cada nivel asistencial, no han sido hasta hace poco tiempo definidas. El debate ideológico y la evolución de la orientación de las funciones y actividades de la atención primaria en relación a las actividades preventivas, se ha situado en torno al mejor conocimiento de la historia natural de la enfermedad y de los factores que la condicionan o determinan, y al reconocimiento de las mejores oportunidades para procurar un mejor estado de salud. Por otro lado, aspectos como la integridad, la globalidad, la satisfacción y la eficiencia en la atención de los problemas de salud de las personas desde el sistema sanitario como empresa de servicios, impone un tipo de organización específica. Por tanto, las actividades preventivas y su organización, más que una posibilidad son la opción para determinados problemas de salud.

La historia natural de la enfermedad se ha de contemplar integrada en sus determinantes o condicionantes, como son los ambientales, los sociales y los culturales. Esta visión necesariamente ensancha las opciones de las posibles intervenciones sobre los problemas de salud previsibles, pero señala también los límites de las actividades desde la atención primaria.

Las estrategias que se han formulado para lograr el desarrollo de las actividades preventivas, no siempre han estado integradas en las actividades preventivas. Dos de los intentos más significativos de la evolución hacia un modelo de integración de las actividades preventivas en la atención primaria están representados por: el Programa Docente de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). El PAPPS ha tenido

especialmente la virtud de incorporar una metodología de trabajo centrada en la atención a las personas más que en la actividad preventiva. Esta actividad no constituye un objetivo en sí mismo ni es objeto de una estructura específica. El objeto de la atención es la persona en la globalidad de su situación integrándose la actividad de forma natural a lo largo del tiempo de atención. La incorporación de actividades preventivas eficaces y eficientes y la creación del sentir entre la población, de que este tipo de actividades constituyen un elemento más de la cartera de servicios básica de la atención primaria, son aspectos que están contribuyendo a su desarrollo.

Los riesgos de estos modelos de trabajo son la generación de la creencia de que las actividades preventivas son actividades añadidas a la atención primaria y no parte inseparable de ella. Estos riesgos proceden de la definición de una estrategia, la de la atención primaria, estrategia que es muy amplia, pero que no ha contado con todos los elementos necesarios para garantizar cada uno de los extremos que la configuran.

Entre los elementos que están dificultando el proceso citaríamos, entre otros, las dificultades inherentes al cambio, la indefinición operativa del modelo de atención primaria deseado, la formación de los profesionales, las barreras estructurales y organizativas, la falta de demandas explícitas de la población, los estilos de dirección y de gestión de los Equipos de Atención Primaria, la lejanía de los resultados y las actitudes ideologizadas frente a la prevención. Es cierto que frente a estas barreras existen respuestas incipientes o reales que hay que potenciar.

2. FACTORES DETERMINANTES EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

El trasfondo último y más general de la cuestión está en deliberar, estudiar, debatir y eventualmente pronunciarse respecto a qué formas de cuidados están justificadas y cómo debería realizarse su provisión.

Pero hay una segunda etapa, obvia pero frecuentemente olvidada, a la que la mayoría de las veces se le presta poco cuidado y no obstante determinante siempre del éxito o del fracaso. Nos referimos a la etapa que consiste en trasladar cada uno de los pronunciamientos asumidos y a hechos reales en la práctica clínica.

Muchas de las veces, gestores, técnicos y en general personas con responsabilidades en nuestros servicios de salud asumen, de manera más o menos consciente, que el hecho de realizar un "pronunciamiento", redactar una norma, aprobar una resolución..., implica —y se espera— su consiguiente realización en términos que muchas de las veces ni siquiera están explicitados.

Este hecho cobra especial importancia en áreas como la de la introducción de actividades preventivas y de promoción de la salud, ya que implican grandes cambios desde el punto de vista conceptual, pasando además por todas las etapas de la planificación operativa.

Además, a todas estas implicaciones en el propio sistema de salud, no hay que dejar de añadir los cambios necesarios en el recurso básico del sistema: los profesionales. Su preparación para llevar a cabo la transformación y las nuevas tareas propuestas y su actitud ante ésta, que además de ser influenciada por el propio sistema incluye diversos e influyentes factores personales y profesionales, van a determinar de manera decisiva el éxito o al menos la posibilidad de un cambio "real".

2.1. FACTORES QUE CONDICIONAN LA IMPLEMENTACIÓN E INTEGRACIÓN DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA

A la hora de intentar definir los factores que determinan la integración de las actividades preventivas en la práctica cotidiana de la Atención Primaria se hace necesario, al menos en un principio, el realizar un marco teórico, siempre artificioso pero útil para su análisis. Como veremos, en la práctica es muchas veces difícil desligar uno de otros.

2.1.1. FACTORES PREDISPONENTES

Atañen fundamentalmente al profesional, tanto desde el punto de vista individual como colectivo, aunque es clara e inseparable la implicación, en muchas ocasiones, de la actividad institucional en su conformación; dentro de estos se contemplan especialmente:

2.1.1.1. Factores cognitivos

- * Existencia de información ampliamente conocida y aceptada.
- * Conocimiento y aceptación de la posición ideal del médico y, en general, de los profesionales de atención primaria para la realización de actividades preventivas y de promoción de la salud.
- * Escasa atención en la formación médica hacia las actividades y de promoción de la salud.
- * Creencias y actitudes de los profesionales. Es indudable la influencia de las actitudes personales y más íntimas de los profesionales respecto a las actividades preventivas y la percepción personal de su eficacia, en su cumplimentación en la práctica.

2.1.1.2. Características sociodemográficas de los profesionales

- * La edad, en cuanto a la incorporación de promociones más "jóvenes" y el sexo, con el fenómeno de la "feminización de la profesión sanitaria", han sido valorados como factores positivos ante determinadas prácticas preventivas.
- * El lugar de trabajo: aislado/ en equipo; rural/ urbano

- * El modelo de práctica y la relación laboral son otros de los factores influyentes a tener en cuenta.

2.1.2. FACTORES CONDICIONANTES

2.1.2.1. Herramientas operativas

- * Instrumentos orientados al proveedor, como la historia clínica adecuada al marco de la atención primaria, a la realización de APPS; registro específicos, sistemas de "recuerdo".
- * El impulso y perfeccionamiento de instrumentos orientados al paciente y sistemas unificados para profesionales y pacientes aún muy escaso.

2.1.2.2. Marco de la práctica profesional

- * La falta de tiempo y la capacidad de gestión de tiempo de trabajo.
- * La presión asistencial para servicios "curativos".
- * Presión poblacional: población total a la que van dirigidas las actividades del profesional.
- * Limitación del número de tópicos en prevención abordables en la práctica "real".

2.1.2.3. Sistema retributivo

- * Ausencia de incentivos.
- * Sistema de financiación:- público/ privado/ mixto - de otras competencias (laboral,...) - pago por servicio
- * Marco legal.

2.1.3. FACTORES DE REFUERZO

- * Provisión efectiva de recursos y financiación.
- * Soporte equitativo, y en relación directa al esfuerzo desarrollado.
- * Refuerzo positivo de los pacientes/clientes.

3. MARCO CONCEPTUAL DEL MODELO CLIENTE-PROVEEDOR

El grupo de trabajo, al comenzar a desarrollar el tema, se encontró con la incertidumbre al definir las bases del modelo **cliente/proveedor**, debido sobre todo a la falta de criterios explícitos, a la escasa implantación en el territorio nacional y a las incógnitas sobre su futuro a corto y medio plazo. Por este motivo nos vimos obligados a definir algunas de sus características.

Entendemos que el sistema sanitario público es una "empresa de servicios", con la peculiaridad inherente de ofrecer **servicios sanitarios globales**, es decir curativos, preventivos y de promoción de la salud y de rehabilitación. Existe una separación entre la Financiación, que corresponde al Ministerio de Sanidad y a las diferentes Consejerías de Salud de las CCAA que tienen transferidas las competencias del Insalud, y la provisión que se realiza a través del Insalud y de los Servicios de Salud de las CCAA transferidas.

Definimos al EAP como la unidad de provisión a nivel de la atención primaria. Los centros de especialidades y hospitales son unidades de provisión a nivel especializado.

Todos los ciudadanos son clientes del sistema sanitario y constituyen el eje fundamental del sistema. La oferta de servicios es la establecida en el Catálogo de Prestaciones (dinámico y siempre basado en objetivos nacionales de salud y priorizados en función de necesidades y recursos).

Se establece un **contrato** entre el financiador y el proveedor basado en las necesidades de salud de los ciudadanos.

4. CONDICIONES Y ESTRATEGIAS

Las **condiciones** que el grupo de trabajo ha valorado como necesarias para que se puedan garantizar las bases de las APPS y su mejor desarrollo en un modelo cliente-proveedor son:

Por parte del financiador:

- * Definir y mantener objetivos en salud de carácter general que impliquen a todas las CCAA.
- * Completar la Reforma de la Atención Primaria contemplada en la Ley General de Sanidad.
- * Garantizar la equidad en la oferta de servicios de promoción y de prevención por todas las unidades de provisión.
- * Dotar de recursos suficientes.

Por parte del proveedor:

- * Conocer bien a sus posibles clientes.
- * Establecer una oferta de servicios preventivos diferenciada para los diferentes "segmentos del mercado".
- * Ofertar servicios de promoción y prevención integrados, evitando la creación de espacios o unidades específicas de provisión.
- * Tener mayor capacidad de seleccionar recursos propios y concertados.

- * Es necesario definir el papel del médico de atención primaria en este campo, así como garantizar su apoyo formativo e informativo.

Por parte del cliente:

- * El cliente debe tener una mayor información y mejor conocimiento de la oferta sanitaria.
- * El cliente debe pasar a un papel activo en lo relacionado a la promoción y prevención de su salud.

Desde esta aproximación, las relaciones de los servicios de atención primaria y sus clientes podrían estar basadas en las siguientes **Estrategias**:

1.- Estrategias en el Financiador

Como hemos comentado anteriormente, el financiador debe plantear un Plan Nacional de Salud con objetivos generales para todo el estado, en base a los recursos existentes. Sería importante, así como útil, a la hora de hablar de objetivos de promoción y de prevención en salud, crear unos cauces que implicarán a las distintas sociedades científicas.

Sería también misión del financiador mejorar la información en la población sobre las actividades preventivas realmente eficaces, a través de una divulgación, que no solo se realice en el medio sanitario y que implique activamente a los grupos de población representativos.

Asimismo, el financiador sería el encargado de delimitar el nivel de actuación de las distintas actividades, adecuando el número de las mismas a los recursos disponibles. Para un mejor aprovechamiento de los recursos es fundamental la coordinación de las prestaciones en todos los niveles (primario, especializado, empresarial, autónomo...), estableciendo el proveedor concreto en cada actividad, evitando así duplicar actividades en algunos casos o que no se realicen en otros.

El desarrollo por parte del financiador de sistemas de control de calidad periódicos sería imprescindible para garantizar la aplicación adecuada de este tipo de actividades por las distintas unidades de provisión.

2.- Estrategias del Proveedor

El proveedor debe contribuir en la formación e información de sus clientes y favorecer una organización integrada y conocida.

Debería plantear una oferta de servicios segmentada y personalizada, utilizando las técnicas de marketing, para mejorar el posicionamiento de los servicios sanitarios de la atención primaria. Es necesaria la promoción especial de los **"servicios preventivos estrella"** de la atención primaria, como son la planificación familiar, el despistaje del cáncer femenino entre otros, mejorando la información del cliente y haciendo al sistema sanitario público más competitivo con otros sistemas de servicios sanitarios.

El proveedor debe aportar una estructura organizativa que determine el modo de acceso a cada uno de los servicios preventivos prestados, asegurando una respuesta fluida tanto de las demandas como de las expectativas de sus clientes.

Es importante tener en cuenta que el proveedor va a tener unos clientes determinados, por lo que sería útil establecer canales de comunicación más activos con ellos.

Probablemente sería necesario establecer mecanismos de incentivación económica o de otro tipo en el proveedor, condicionada a los resultados de la evaluación de proceso y sobre todo de resultados.

3.- Estrategias para el cliente

En la Ley General de Sanidad están descritos los denominados Consejos de Salud de Área, como el órgano de participación de la comunidad en los temas de salud del área. Pocos son los consejos constituidos y aún menos los que realmente funcionan.

En un modelo organizativo como el que planteamos, en el que el ciudadano adquiere un protagonismo más activo e incluso nos atreveríamos a decir más "exigente" dentro del mismo, se deben potenciar unos **canales de participación** realmente activos y eficaces con el proveedor. Hay que conseguir implicar al cliente y corresponsabilizarse con su salud.

5. SITUACIONES POTENCIALES DE RIESGO

En un sistema de organización de los servicios sanitarios, en el que su orientación está dirigida a dar respuesta a las demandas del cliente, si este aspecto llega a entenderse en toda su amplitud y sin control, podrían fácilmente darse situaciones como las siguientes:

- * Demanda por parte del cliente de servicios preventivos cuyas actividades se ha demostrado son de baja sensibilidad y especificidad o escasa rentabilidad, pero con aceptación en la población por falta de información o información errónea (véase "chequeos anuales", exploración urológica detallada a todo varón mayor de 50 años etc.).
- * Por otro lado, no sería difícil que el proveedor ofertara servicios preventivos no rentables para la captación de clientes, si ello además estuviera "compensado" económicamente.
- * En una situación de déficit presupuestario importante se podría disminuir el nivel de prestación de las actividades de promoción y de prevención de la salud.
- * Podría plantearse la oferta de servicios de prevención y promoción en Unidades Específicas y no integrada en los EAP.

6. ¿CUAL DEBERIA SER EL PAPEL DE LA SEMFYC ?

La semFYC ha realizado una labor fundamental en el desarrollo de las actividades preventivas y de promoción de la salud en Atención Primaria de todo el Estado, a través de la puesta en marcha del PAPPS desde 1988. Se han realizado cuatro evaluaciones y son ya 380 EAP los que asumen este Programa; lo que supone aproximadamente 5,7 millones de personas cubiertas por el PAPPS. Muchas Administraciones o Areas de Salud han facilitado esta implantación, asumiendo los criterios y las pautas recomendadas por la semFYC en el PAPPS.

La semFYC debería asumir un papel protagonista como conductor del desarrollo de este nuevo modelo "cliente-proveedor" y así poder contribuir a aminorar los riesgos potenciales que pueden aparecer en su implantación. Es necesario su liderazgo en este campo, para garantizar que se cumplan las condiciones mínimas que se consideran imprescindibles para la aplicación de las APPS en dicho modelo.

Entre las actividades que debe realizar la Sociedad destacan las siguientes:

- * Mantener la participación en los foros de consenso en los temas relacionados con las APPS.
- * Mantener los grupos de trabajo sobre APPS, asumiendo el liderazgo tanto científico como organizativo, creando verdaderos **grupos de opinión**. Continuar con la formación de los profesionales en este campo.
- * Organizar **foros de debate** con grupos de expertos, que debatan sobre el adecuado desarrollo del modelo cliente-proveedor, anticipándose así a los posibles cambios. Participar en la definición de criterios y estándares de calidad.
- * Participar, como consultor, en la elaboración de las herramientas que intervengan en la implantación del nuevo modelo: diferentes soportes de negociación, como puede ser el Contrato-Programa. En algunas ocasiones, la semFYC se deberá adelantar a las consultas que le vayan a realizar o no, ofreciendo **servicio de consultoría y opinión de expertos**.
- * Colaborar en la mejora de la información al cliente, tanto a nivel individual desde las consultas, como a través de los medios de comunicación, de todos aquellos temas de interés para el ciudadano sobre APPS. * Asumir el liderazgo en todo los temas de APPS de carácter tanto científico como organizativo.

7. PROMOCION Y PREVENCION EN LA COEXISTENCIA DE UN MODELO MIXTO

Desde hace algunos años se viene propugnando, a nivel internacional, la introducción de mecanismos de mercado y competencia en los sistemas sanitarios públicos, como mecanismos para reducir sus ineficiencias (más claro exponente en

las propuestas del "White Paper" para la reforma del National Health Service en Gran Bretaña y en nuestro país en las recomendaciones del llamado "Informe Abril").

Dentro de las características de nuestro Sistema Nacional de Salud, por modelo mixto (público/privado) se entiende un SNS con un mismo financiador (MSYC, Consejerías de Salud) y dos modelos diferentes de provisión. El peligro potencial que podría surgir al crearse un sistema de mercado, y especialmente en el terreno de la prevención, es que las inversiones se dirijan a la atención de aquellos sectores más rentables y con mayor capacidad de demanda, produciendo inevitablemente iniquidades. Una de las formas de poder evitar esto sería la existencia previa a su implantación de un sistema de control de calidad, que asegurase que se trata del mismo "producto" cuando se hable de competencia.

8. REPERCUSION EN LA PROMOCION Y PREVENCION CON LA LIBRE ELECCION DE MÉDICO DE ATENCION PRIMARIA Y DE MÉDICO ESPECIALISTA EN UN MODELO CLIENTE-PROVEEDOR

El sistema de libre elección de médico de atención primaria que existe actualmente en nuestro sistema de salud pública, no repercute especialmente en el desarrollo de estas actividades, dado que es una libre elección limitada. En un modelo cliente-proveedor con un sistema de libre elección propiamente dicho, podrían producirse situaciones conflictivas, si por parte del financiador no se garantizan unos mínimos para todas las unidades de provisión dentro del SNS.

La libre elección de médico especialista podría suponer un mejor desarrollo de ciertas actividades de prevención que requieren recursos del segundo nivel, siempre y cuando esta libre elección esté canalizada por el médico de atención primaria.

9. CONCLUSIONES

La discusión y el debate de la organización de las actividades preventivas y de promoción de la salud en el marco de un modelo cliente-proveedor, han resultado complejos al tratarse de un modelo cuyas perspectivas futuras son todavía inciertas. La consecuencia de este hecho es que el grupo de trabajo ha tenido que invertir un determinado tiempo en discutir y debatir lo que es el modelo cliente-proveedor dentro de nuestro SNS. Quizá hubiera sido necesario formar un grupo de trabajo previo, que se hubiese dedicado exclusivamente al debate del marco, desarrollo y futuro del modelo cliente-proveedor, para marcar las líneas generales de nuestro trabajo.

Los aspectos más trascendentales que el grupo de trabajo ha llegado a consensuar han sido unas condiciones necesarias para garantizar las bases fundamentales del desarrollo de las APPS en atención primaria. El grupo también expo-

ne las estrategias para favorecer un adecuado desarrollo de las APPS, dentro del modelo definido.

Se ha intentado analizar, pero sin poder profundizar en exceso, los posibles riesgos potenciales y la repercusión de las APPS dentro del modelo mixto.

Por último, el grupo de trabajo destaca el papel protagonista de la semFYC en todo lo relacionado con el desarrollo y los posibles efectos de este modelo.

Probablemente alguno de los aspectos expuestos sean objeto de discusión e incluso de controversia por falta de acuerdo. El grupo de trabajo espera que el tema siga enriqueciéndose en distintos foros.