

Propuestas de adaptación de la cartera de servicios a la realidad actual

En un editorial recientemente publicado¹, se apuntaba a las transferencias como una oportunidad de mejorar. El momento histórico que atravesamos nos debe hacer reflexionar sobre las mejoras de determinados aspectos de nuestra profesión como médicos de familia.

Uno de los aspectos que deben ser objeto de esta reflexión sería la prestación de servicios desde los centros sanitarios. En el territorio INSALUD y en algunas comunidades autónomas en las que la sanidad estaba transferida, la prestación de servicios sanitarios está recogida en las denominadas «carteras de servicios». Según la definición que hace el INSALUD², la cartera de servicios se concibe como una oferta o catálogo de prestaciones de servicios relacionados con los problemas de salud y las necesidades sentidas por la población susceptible de resolución en el primer nivel de atención; en el mismo sentido, pero en atención especializada, existe una cartera de servicios hospitalarios.

Es considerada también como un elemento dinámico abierto a la participación de los profesionales a través de un grupo de trabajo que incluye a representantes de la Administración y de las diferentes sociedades científicas.

Las virtudes de la actual cartera son las siguientes:

- Es un documento que, tras años de funcionamiento, ha logrado una consolidación en cuanto a metodología de trabajo entre los profesionales. En este sentido, ha introducido a los profesionales en una cultura de evaluación de su actividad.
- Incluye en la actualidad un conjunto de servicios que cubre la mayor parte de la actividad asistencial de la atención primaria de salud.
- Se ha convertido en un documento participativo, al menos por parte de los profesionales de la salud.
- Ha sido muy importante la creación de criterios de acreditación de servicios que se han elaborado en los últimos años y que han supuesto una calidad y adaptación a la realidad de la cartera de servicios.

- La incorporación de normas técnicas ha supuesto que se estandaricen unos criterios de calidad asistencial.
- El pacto con las unidades clinicoasistenciales hace que los profesionales se marquen unos objetivos a los que tender.

Las debilidades de la actual cartera de servicios son las siguientes:

- La cartera de servicios de atención primaria de salud no está coordinada con la que se ofrece en los hospitales e, incluso, en las unidades de apoyo.
- No incluye servicios que se están prestando actualmente y que ocupan una parte nada despreciable del tiempo de trabajo de los profesionales.
- Plantea una limitación en el abordaje biopsicosocial de determinados problemas de salud de la población.
- La participación comunitaria en el esquema actual de la cartera de servicio es meramente teórica.
- Falta un análisis de la estructura necesaria para poder desarrollar completamente la cartera, con un trabajo de fondo en la mejora de las condiciones profesionales para la consecución de la calidad asistencial que se contempla en las normas técnicas.
- Existen limitaciones en el trabajo multidisciplinario y en la colaboración con las unidades de apoyo.
- Falta una participación real de las unidades clinicoasistenciales en el pacto de los contratos de gestión, planteando una limitación en la descentralización de la microgestión clínica.
- Hay una serie de herramientas evaluadoras para los equipos de atención primaria adecuadas a coberturas y normas técnicas, que no existen para la evaluación de la calidad de las unidades de apoyo.
- Algunos de los criterios de inclusión y normas técnicas de determinados servicios no se han adaptado a los criterios de consenso actuales.

Trabajar en poner solución a las debilidades requiere una reflexión y discusión en las que los profesionales deben participar de forma activa. Las modificaciones deben estar sujetas a los criterios de acreditación de servicios cuando la modificación así lo aconseje.

En la Sociedad Extremeña de Medicina de Familia y Comunitaria (SExMFYC), actualmente se está siguiendo un proceso de reflexión acerca de las modificaciones que po-

Correspondencia:
José María Vergeles Blanca.
C/ Covadonga, 1, 22B.
06010 Badajoz.

Correo electrónico:
jvergelesb@meditex.es

demos aportar a la cartera de servicios actual. Uno de los principales focos de reflexión ha sido la inclusión de contenidos que permitan impregnar a la actual cartera de servicios de un enfoque psicosocial que, como hemos señalado, era una de las debilidades.

Sin embargo, si creemos que se debe seguir ofertando un catálogo de prestaciones a través de la cartera de servicios, es necesaria una revisión y adaptación de los recursos en atención primaria de salud para poder ofertar estos servicios y los que se propongan a la población, y además pensamos que esta dotación tiene que ser un criterio de acreditación de servicios. La cartera de servicios tiene que ser compartida con las unidades de apoyo y, en determinados servicios, con la atención especializada, para conseguir dar un paso más en la coordinación entre niveles asistenciales. Coincidimos con las recomendaciones recogidas en un editorial recientemente publicado³ en que se debe avanzar en la evaluación de resultados y en el desarrollo de un sistema de información adaptado a dicha cartera.

Entendemos que el profesional está realizando labores importantes en salud pública que actualmente no se recogen dentro de la cartera de servicios y deben constituir un elemento de reflexión, y desde luego está trabajando en un entorno psicosocial que actualmente no refleja la cartera de servicios.

En este último sentido, entendemos que el perfil psicosocial debe impregnar la cartera actual, más que crear varios servicios. Existen dos servicios, uno la consulta de niños y otro la consulta de adultos, que debido a la universalización de la historia clínica no merece la pena mantener, pero que tendrían su sentido si en ellos se recogiesen criterios de abordaje psicosocial en la consulta.

Desde la SExMFYC hemos trabajado en el desarrollo de los aspectos de atención familiar y comunitaria.

La inclusión de contenidos de atención a la familia dentro de la cartera de servicios debe incorporarse en aquellos

programas en que pueda estar justificada por los criterios de inclusión actuales, en ese sentido de transversalidad que tendrían estas actividades.

Los contenidos de atención familiar dentro de la cartera de servicios actual estarían justificados en varios de los servicios ofertados, tal como se recoge en la tabla 1.

Sería recomendable que se desarrollaran los contenidos de atención a la familia, algunos de los cuales ya están presentes, pero deberían hacer referencia a las siguientes actividades:

- Intercambio de información con la familia, sobre diagnóstico, pronóstico y cuidados de determinados problemas de salud (enfermedades crónicas, agudas o en situación de terminalidad). Esto debe coordinarse con las actividades comunitarias.
- Proporcionar información en los cambios de fase del ciclo vital familiar sería una actividad preventiva (orientación anticipada a crisis) y tendría cabida en todos y cada uno de los programas.
- Utilización del sistema de registro (genograma) en la historia clínica de las familias.

La SExMFYC entiende la inclusión de actividades comunitarias también como transversal, y deberá estar presente en diferentes programas dentro de la cartera. Sin embargo, en relación al servicio de educación para la salud, donde se incluirían actividades destinadas a proporcionar los elementos formativos a la población para que cuiden mejor de determinados problemas de salud, o lleven a cabo su prevención, debe ser un servicio aparte.

Para la inclusión de este servicio dentro de la cartera de servicios específica del equipo con criterios de calidad se garantizará siempre la existencia y cumplimentación de los siguientes tipos de criterios:

Criterios conceptuales

Se asegurará la participación de otros recursos (asociaciones de padres de alumnos, asociaciones de vecinos, etc.) de la comunidad en el proceso de: *a)* identificación de necesidades o problemas de salud; *b)* priorización de aquéllas; *c)* desarrollo de la actividad, y *d)* evaluación de ésta.

Criterios metodológicos

Deben estar explicitados documentalmente, es decir, antes de realizar la actividad se debe haber diseñado y redactado un protocolo, con los siguientes apartados: *a)* recursos humanos y materiales; *b)* colectivo diana; *c)* objetivos generales, específicos y operativos; *d)* contenidos educativos; *e)* medios y métodos; *f)* actividades a desarrollar, y *g)* evaluación (estructura, proceso y resultados).

Registros para la evaluación

El sistema de evaluación que proponemos tiene que incluir los siguientes apartados:

TABLA 1 Servicios que deben recoger contenidos de atención familiar

Atención al niño
Revisiones del niño sano
Atención a la mujer
Seguimiento de la mujer embarazada
Preparación al parto
Visita en el primer mes de posparto
Información y seguimiento de métodos anticonceptivos
Atención a la mujer en el climaterio
Atención al adulto y al anciano
Atención a pacientes crónicos y todos los subprogramas
Educación para la salud a grupos de pacientes crónicos
Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados
Atención al consumidor excesivo de alcohol

Estructura

- Nombre de la persona/personas responsable/s de la actividad.
- Número de horas invertidas.
- Número de personas asistentes.
- Número de educadores.
- Adecuación del local.
- Criterios para agrupar a las personas que participan en la actividad.
- Previsión de medios, métodos, lenguaje y prioridad de los temas.
- Adecuación del número de personas y tiempo dedicado a la actividad.

Proceso

- Se han planteado las necesidades.
- Se han escogido las más prioritarias.
- Se ha preguntado la opinión de los participantes.
- Se ha realizado el plan del proyecto y/o intervención comunitaria.
- Se ha modificado. ¿Por qué?

Resultados

- Se han conseguido los objetivos operativos programados.
- Se han impartido los contenidos previstos.
- Se han llevado a cabo las actividades programadas.
- Se han realizado los medios y métodos programados.
- El tiempo empleado se ha ajustado al programado.

Como sociedad científica estamos dispuestos a trabajar para desarrollar los indicadores de calidad de la actividad que actualmente se desarrollan en el primer nivel asistencial y de forma participativa en las actividades destinadas a las familias y a la comunidad, para incluirlos en la cartera de servicios.

G. Montes Salas^a, P. Morales Corrales^b, M.I. Morales Núñez^b y J.M. Vergeles Blanca^c

^aTécnico de Salud Pública. Gerencia de Área de Badajoz del Servicio Extremeño de Salud.

^bMédica de Familia. Centro de Salud San Fernando. Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria.

Badajoz.

^cPresidente de la Sociedad Extremeña de Medicina de Familia y Comunitaria.

Agradecimientos

Queremos agradecer a los grupos de trabajo PACAP-SExMFYC (Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria de la SExMFYC) y al grupo de Atención a la Familia (AFA-MEX) de la SExMFYC el asesoramiento en la elaboración de estas recomendaciones.

Bibliografía

1. Planes A, Berraondo I, Pepió JM, et al. Transferencias sanitarias: una oportunidad para mejorar. *Aten Primaria* 2001;28:573-8.
2. Instituto Nacional de la Salud. Cartera de servicios de atención primaria. 3.ª ed. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, 1999.
3. Casado V. La cartera de servicios: diez años después. *MEDI-FAM* 2001;11:584-9.