

---

# La cartera de servicios en Atención Primaria: una revisión de la literatura

Carlos Segovia Pérez<sup>a</sup>, Esther González María<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico. Gerencia de Atención Primaria de Segovia. Sanidad de Castilla y León (SACyL).

<sup>b</sup>Enfermera. Centro de Salud de Nava de la Asunción. SACyL.

## Resumen

El objetivo del trabajo es la revisión de la literatura aparecida en torno a la cartera de servicios de Atención Primaria. Se pretenden identificar los análisis que se han aplicado, sus fortalezas o debilidades, para delimitar como se han interpretado las funciones que la Cartera ha cumplido en nuestro país.

Se identifican tres grandes áreas de interés: la discusión del marco más pertinente para analizar la Cartera, que incluye tres grandes opciones no necesariamente excluyentes: la planificación sanitaria, la medida de la eficiencia y la mejora de la calidad; las utilidades añadidas de la cartera, con dos líneas muy distintas: la función de la cartera en la asignación de recursos, y la relación entre los resultados de cartera y los indicadores de salud; y las diversas propuestas de cambio o de adaptación de la cartera a situaciones nuevas.

La cartera parece haber sido un instrumento de planificación sanitaria, pero descentralizada en el INSALU, y en las gerencias de Atención Primaria de éste. La cartera no mide indicadores de salud, sino la cantidad de servicios prestados, pero esconde la medida en las coberturas y no permite estimar la productividad ni la eficiencia. Aunque la cartera mide también ciertos aspectos de la calidad, no se ha utilizado la medición para desarrollar programas completos de calidad. Este desarrollo parcial e incompleto puede en parte ser el resultado de análisis poco rigurosos de un instrumento de trabajo que por su trascendencia merecería mayor y mejor atención.

**Palabras clave:** Cartera de servicios. Análisis. Planificación. Eficiencia. Calidad.

## Summary

The aim of this study is to review the publications related to the "Services portfolio" of Primary Care. We try to identify the kind of analyses made, their strengths and weaknesses, to define how the functions of the "Services Portfolio" in our country have been understood.

Three areas of interest have been identified: the discussion of the most pertinent frame of analysis, which includes three great options not necessarily exclusive: health planification, the measurement of efficiency, and quality improvement; added uses, with two very different approaches: the role of the Portfolio in the allocation of resources, and the relationship between Portfolio results and health indicators; various proposals of change or adaptation of the Portfolio to new environments.

Portfolio seems to have been an instrument for health planification, but decentralised to the INSALUD, and to Primary Care Management. Portfolio does not measure health indicators, but how many services are rendered, but it hides the measure under an indicator of coverage, and does not allow to measure productivity or efficiency. Even though the Portfolio measures certain aspects of quality, it has not been used to develop complete quality programmes. This partial and uncomplete development may in part be the result of poorly accurate analyses of an instrument that, given its significance, deserves more and better attention.

**Key words:** Services Portfolio. Analysis. Planification. Efficiency. Quality.

## Introducción

---

El objetivo de la revisión es recoger los temas relacionados con la cartera de servicios que han merecido más atención en la literatura. A través de esto se pretende identificar diferentes aspectos del debate según el grado de consenso existente, lagunas o puntos débiles en los análisis realizados, y aspectos que merecen una profundización ulterior.

Se realiza una búsqueda de trabajos publicados en torno a la cartera de servicios de Atención Primaria. Se incluyen todo tipo de trabajos sin exclusiones: artículos monográficos, investigaciones, fragmentos de artículos y cartas al director. La búsqueda se hace en las revistas españolas, a través de internet con la expresión "cartera de servicios", en cada revista, e igualmente se utiliza el buscador "google" con la misma expresión. Se encontraron trabajos en las revistas Atención Primaria, Medifam, Centro de Salud, Cuadernos de Gestión, Gaceta Sanitaria, Revista de Administración Sanitaria, Medicina General y Revista de Pediatría de Atención Primaria.

Se identifican 38 trabajos relacionados con la cartera de servicios desde el año 1993 hasta la actualidad. Se incluyen trabajos con un objetivo distinto, si

hacen alguna referencia importante a aquélla.

Los trabajos abarcan una gran variedad de dimensiones, de enfoques y de metodología, y muchos de ellos no enuncian explícitamente estos aspectos, o lo hacen siendo poco específicos, más allá de la intención de "comentar" o "analizar" la cartera. Por lo tanto los trabajos se han clasificado por el esquema teórico al que se ajustan, además de tener en cuenta el objetivo más o menos específico que enuncian.

Tres son los bloques de temas que los trabajos pretenden abordar:

1. Determinación del marco o marcos de análisis más pertinentes para la cartera:

- 1.1 La cartera y la planificación sanitaria.

- 1.2 La cartera como medida del producto.

- 1.3 La cartera como instrumento de mejora de la calidad.

2. Utilidades añadidas de la cartera de servicios:

- 2.1 Función de la cartera de servicios en la asignación de recursos.

- 2.2 Relación entre el seguimiento de normas técnicas e indicadores de salud.

3. Propuestas de cambio: inclusión de servicios nuevos y cambios en la metodología de evaluación.

## **El marco de análisis pertinente para la cartera de servicios**

---

La mayoría de los trabajos responden a la necesidad de definir qué objetivos se pretenden cubrir con la cartera de servicios. Se han enunciado tres enfoques al respecto. Estos enfoques no son excluyentes, de manera que representan diversos puntos de vista y metodologías desde los que se pueden analizar las virtudes o defectos de la cartera, más que definiciones cerradas. Muchos trabajos admiten que la cartera cumple dos o más objetivos simultáneamente. Este grupo de trabajos es, con mucho, el más numeroso.

### **La cartera y la planificación sanitaria**

El primer enfoque analiza el papel de la cartera en cuanto oferta de servicios que corresponde a los objetivos de un plan de salud. El primer aspecto polémico es saber si la cartera de servicios responde a alguna necesidad importante. A este respecto existen dos tendencias, aunque una de ellas es abrumadoramente mayoritaria.

Los autores que más diferencian su enfoque del resto son Turabián et al<sup>1</sup>. Éstos argumentan que la respuesta que ofrece la cartera es parcial y desviada del verdadero reto del sector sanitario. Para

ellos, la cartera se basa en el modelo clínico individual centrado en la enfermedad, y eso lleva a que el sistema sanitario pierda interés por la promoción de la salud. Los autores proponen una cartera de servicios alternativa, en la que destacan los servicios dirigidos a integrar al equipo de Atención Primaria (EAP) en la comunidad, y a capacitar al paciente como agente de su salud. Para ellos, la cartera mide actividades<sup>2</sup>, pero estas actividades no están validadas (“sin cuestionar el sentido de las mismas”). Estas actividades, “el modelo biomédico de siempre”, crean dependencia del paciente y no pretenden la capacitación de éste ni su autorresponsabilidad.

El planteamiento de Turabián et al no tiene eco en el marco de la cartera de servicios. Martín Acera<sup>3</sup> y Casado<sup>4</sup> encuadran la cartera en un momento de relativa crisis en el sector sanitario, un momento en que es objeto de presiones para que demuestre que es capaz de responder a las demandas de los usuarios y de la sociedad en general, y justificar con ello el enorme gasto que implica. Para ellos, la cartera es una creación de la institución que gestiona la prestación de los servicios, que responde con relativo éxito a esta demanda.

Estos dos autores describen la cartera como un instrumento de trabajo iniciado

por instancias centrales en la administración sanitaria, pero que recurre a la base de la pirámide, los EAP para la definición de sus prioridades. La diferencia es que, mientras Martín Acera describe un proceso iniciado en la Subdirección General de Atención Primaria, por lo tanto en la entidad gestora, Casado describe el proceso como dirigido por el Ministerio, entidad financiadora y planificadora.

Martín Acera, promotor de la cartera e impulsor de su desarrollo inicial, explica el proceso de diseño de la cartera, y describe cómo ésta nace de la aplicación de técnicas de consenso con la participación de más de 300 profesionales de Atención Primaria (AP) y expertos en metodología de control y garantía de calidad. La elección de servicios se hizo teniendo en cuenta su prioridad en los planes locales y de sector, y su reflejo en los programas y protocolos que había vigentes. De esta manera, el proceso de planificación descrito por Martín Acera es un proceso provocado por la dirección de la institución proveedora de servicios, la Subdirección General de AP del INSALUD, pero que se desarrolla utilizando criterios y prioridades de la base de la pirámide administrativa.

Casado describe también la cartera en el marco de una planificación central que pretende cumplir tres objetivos: satisfa-

cer las demandas de servicios expresadas por los ciudadanos, homogeneizar la oferta de servicios en toda la AP y servir como referencia para incentivar a los profesionales. Es dentro de este proceso de planificación central dirigido por el Ministerio de Sanidad y Consumo, donde surge la iniciativa de definir una cartera de servicios de AP. Aunque Casado no se opone en su trabajo a la descripción que hace Martín Acera, como proceso que se estructura de abajo hacia arriba, lo enmarca en una dinámica que se inicia en las instancias planificadoras del Ministerio. Parece por tanto que se permite conscientemente que el contenido de la cartera y la prioridad de desarrollar unos servicios u otros, se decidan de manera descentralizada.

El grupo Alonso Roca-García Alonso et al<sup>5</sup> asumiendo la descripción de la Ley General de Sanidad respecto al papel del Ministerio y del INSALUD en el sistema nacional de salud, entienden que la cartera es una parte de un sistema de medición del logro, por la entidad gestora INSALUD como proveedora de servicios, de los objetivos sanitarios fijados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, financiador del Sistema Nacional de Salud. Pero, como Casado, no ofrece ninguna base empírica para esta explicación, es decir, no se muestra cómo esos objetivos

sanitarios han dado lugar a la inclusión de los diferentes servicios en la cartera, para no hablar de la determinación de objetivos operativos a corto o medio plazo.

Entender correctamente cómo la cartera de servicios absorbe las prioridades establecidas previamente en los EAP es un factor importante para encuadrar la respuesta de los profesionales sanitarios a la cartera, que condiciona la supervivencia de ésta como método de trabajo. Dos autores aportan aspectos interesantes del papel de las Gerencias de Atención Primaria y los EAP en la planificación relacionada con la cartera.

Martín-Rabadán et al<sup>6</sup> abundan en la tesis de que la planificación sanitaria en nuestro país se ha hecho de abajo hacia arriba, e incluso hablan de la carencia de un plan de salud elaborado por niveles superiores. Ante esta carencia defienden que la cartera se base en programas de salud locales (de Sector sanitario), que demuestren la necesidad de cada servicio. En realidad, estos autores están admitiendo que la falta de una planificación sanitaria formal deja a la cartera de servicios sin una dirección, lo que obliga a los niveles intermedios de la administración, que entonces eran las Gerencias de AP y la Subdirección General de AP, a asumir el papel planificador, lo que facilita

la aceptación de las prioridades definidas por los EAP o las Gerencias.

Miguel y Maderuelo<sup>7</sup> exponen la ambigüedad que muchos profesionales sanitarios parecen sentir respecto a la cartera. Defienden, con Martín-Rabadán, que los programas deben servir de base para los servicios. Pero a continuación sostienen que la cartera es en realidad un método de programación “quintaesenciado”, resumido y reducido a sus componentes esenciales. La cartera incluye los servicios ya priorizados, evita los aspectos más inconvenientes de la programación, como la determinación de objetivos (no explican por qué esto es más difícil que marcar objetivos de cartera) y algunas de las dificultades de la evaluación de programas, y opta pragmáticamente por lo posible. Los autores se preguntan finalmente qué será peor, la “rigidez metodológica” de la programación o el “posibilismo” de la Cartera. La cuestión importante en este trabajo es saber por qué la Cartera no es claramente mejor que el clásico, hasta ese momento, trabajo por programas, para sus autores. Es muy posible que la respuesta a esta pregunta contenga la clave para entender la respuesta de los profesionales a la cartera.

Otro autor aporta un elemento distinto. Segovia<sup>8</sup> postula que la cuestión verdaderamente importante en torno a

la discusión programas frente a cartera no es si uno u otro presenta alguna superioridad metodológica o técnica, sino cuál es la institución que avala y promueve cada una. Por ejemplo, promover la cartera en los años previos a las transferencias suponía conservar el poder planificador en instituciones centrales, frente a las autonomías no transferidas. Siguiendo estos razonamientos podemos manejar la posibilidad de que, en realidad, la cuestión más importante de los trabajos de Martín-Rabadán y Miguel está implícita pero oculta en su exposición. La ambigüedad de Miguel respecto a la Cartera podría deberse a que la dinámica del trabajo por programas dejaba la iniciativa al EAP, mientras la cartera concentra el poder en las Gerencias de AP y a la Subdirección General de AP. Este podría ser el motivo por el que los profesionales dicen identificar la cartera con un instrumento “de gestión”.

### **La cartera como medida del “producto” sanitario**

El primer aspecto del debate en torno al producto es decidir si debe considerarse el producto como resultados (en dos vertientes, resultados en salud y otros resultados), o simplemente como actividades clínicas, cada una de las cuales se puede asociar, o no, a un resultado. La

mayoría de los autores defienden que la cartera mide fundamentalmente actividades, y su opinión sobre las deficiencias de la misma está condicionada por su comparación con el ideal, que sería medir los resultados.

El primer planteamiento es que las dimensiones de la AP son la aceptabilidad y accesibilidad, la capacidad para identificar necesidades y afrontarlas (resultados en salud), el uso adecuado de los recursos, la investigación y docencia, por lo que el término producto debería incluir a todas ellas.

Siguiendo este razonamiento Ruiz de Adana<sup>9</sup> argumenta que la cartera padece importantes deficiencias como medida del producto. De todos los componentes de la AP citados la cartera solamente incluye la capacidad de identificar problemas de salud en la población, a través de la medición de coberturas, y la calidad científicotécnica, medida a través de las normas técnicas. Además, muchas actividades que pertenecen a esta dimensión no están incluidas, y el autor se pregunta por el procedimiento utilizado para seleccionar servicios. Ruiz de Adana admite que el concepto de producto de AP no está claro en la literatura, lo que impide valorar la validez de construcción de la cartera. El proceso de evaluación de cartera es útil para que los profesionales

tomen decisiones en su trabajo, pero duda que sirva para comparar distintos EAP entre sí.

El grupo Alonso Roca-García Alonso et al<sup>5,10,11</sup> defienden que la cartera de servicios es capaz de servir de instrumento de medida del producto, ya que mide la cantidad de servicios a través de las coberturas, y la calidad, a través de las normas técnicas. Pero esta medida es parcial, porque de los componentes del producto de AP citados anteriormente, solamente se recogen en la cartera dos. Pero admiten también que la delimitación conceptual del término producto, y por ello la definición operativa, están sin establecer, por lo que abogan porque la cartera de servicios forme parte de un cuadro global que no definan.

Urbina et al<sup>12</sup> investigan la opinión de 57 coordinadores de EAP y 16 responsables de gestión sobre la validez de diversos indicadores como medida de la "eficiencia". El estudio no aclara la justificación teórica con la que se seleccionaron los indicadores, pero se incluyen algunos que pueden considerarse representativos de varias de las dimensiones consideradas arriba. El producto alcanzado en cartera (valor técnico por coberturas), las coberturas solas, el cumplimiento de normas técnicas, y la satisfacción de los usuarios fueron los 4 indicadores más

valorados. El resto de indicadores estaban relacionados con la presión asistencial, la tasa de asegurados/médico, el gasto en farmacia por asegurado, y una gran variedad de otros indicadores.

El segundo planteamiento, representado por Morell y García Boró<sup>13,14</sup>, García Olmos y Minué<sup>15</sup> y Segovia<sup>8</sup> asume la validez simultánea de la definición del concepto "producto" como resultado en salud y como medida de las actividades clínicas.

Morell y García Boró explican que el término producto se limita en la práctica a la segunda posibilidad, por la dificultad de estudiar los efectos sobre la salud de las actividades clínicas. Las dificultades para delimitar el concepto de salud y medirlo, la lentitud en la aparición de los efectos, las necesidades de información específicas, y la capacidad para aislar en el análisis los efectos de otros causantes del nivel de salud hacen muy difícil medir los resultados en salud como producto de la actividad asistencial. A partir de ahí, los autores centran la discusión en los elementos que pueden definir el producto como medida de las actividades realizadas. Para ellos, el producto (*output*, en inglés) es el conjunto de actividades que realizan los proveedores de servicios sanitarios, para lo que consumen recursos de todo tipo, y utilizan determina-

da tecnología y organización, variables todas ellas consideradas como insumos o recursos consumidos (*input*, en inglés). Mientras en 1995<sup>13</sup> asumen que la cartera mide este producto y estudia las variables que predicen los resultados, en 1996<sup>14</sup> Morell profundiza en el concepto de producto. El producto implicaría medir la cantidad y calidad de los servicios, y también la casuística (*case-mix*, en inglés) atendida, porque esta última condiciona las dos primeras. Un inconveniente importante de la cartera como medida del producto es, para Morell, que no se incluyen patologías agudas, ni tampoco algunas enfermedades crónicas de alta prevalencia.

García Olmos y Minué<sup>15</sup> sitúan la cartera como medida de la cantidad de servicios y como medida de la calidad, después de un repaso amplio de la literatura sobre lo que puede ser considerado producto. Igual que Morell cifran la utilidad de los sistemas de clasificación de pacientes (*case-mix*) en que podrían ayudar a valorar si las diferencias en la cantidad o calidad de los servicios son debidas al proveedor o a la población atendida.

Para Segovia<sup>8</sup> una cuestión que queda sin analizar en estos autores es la diferencia entre los sistemas de clasificación de pacientes y la cartera de Servicios. Ambos miden pacientes atendidos, pero

si la cartera solamente incluye a algunos de estos pacientes, y los sistemas de clasificación incluyen a todos, la cuestión es saber por qué no se adoptan estos últimos, y si haber elegido la cartera conlleva un matiz diferente. Según él, el *case-mix* mide la demanda atendida con fines de financiación fundamentalmente, aunque ayudan a valorar la calidad de los servicios al ajustar los indicadores al tipo de paciente atendido. La cartera en cambio mide básicamente calidad, incluyendo la cobertura como indicador de la misma (pacientes para los que hay definidas normas de calidad, las normas técnicas).

Un último aspecto de la discusión de la cartera como producto es que, en su acepción final, el término producto hace referencia a una variable que al dividir el coste (recursos invertidos) nos ofrecería estimaciones de coste/producto, es decir, a la eficiencia, como explica Morell y acepta implícitamente Urbina. Esto permitiría tanto priorizar objetivos, teniendo en cuenta qué coste se asocia a cada producto, como comparar proveedores en función del coste en que incurren y el producto que ofrecen.

Segovia<sup>16</sup> mantiene que la medición del producto de cartera es incorrecta y no permite estas estimaciones. Primero, el producto alcanzado actualmente con cada servicio depende mucho más del

denominador de cobertura que de la ponderación expresa (el valor técnico, que valora entre otras cosas la carga de trabajo), lo que hace más valiosos a los servicios con menor población diana. Por lo tanto, el producto alcanzado no se puede asociar directamente con un coste determinado. Esto tiene su continuación al comparar diversos proveedores, porque su producto estará en proporción inversa al tamaño de la población atendida. Esto hace imposible la comparación del producto sin corregir antes el sesgo de los tamaños poblacionales.

Para Lleras y Guerra<sup>17</sup> el producto de cobertura definido en cartera no incluye todos los objetivos que puede necesitar establecer un EAP para atender las necesidades de la población, por lo que su uso exclusivo puede sesgar la oferta de servicios. Sea correcto o no el cálculo del producto es necesario utilizar otras herramientas a la vez. Además, las comparaciones que se podrían hacer entre proveedores si analizamos el producto de cartera solamente como indicador de rendimiento puede ser irrelevante, porque se pueden introducir sesgos importantes, y porque el fin de la cartera es fundamentalmente orientar sobre el tipo de servicios a ofrecer de todo el abanico posible, y la intensidad de la oferta, a través de las coberturas.

Un trabajo especial que podríamos encuadrar en este grupo es el de Aguilera y el grupo de cartera de servicios de la Subdirección General de A P<sup>18</sup>, que compara ciertas características de las carteras de servicios del INSALUD y de las Comunidades transferidas antes de 2002. Este trabajo muestra como algunos servicios de salud (especialmente el de Navarra) entienden la cartera como actividades clínicas, pero incluyen también otras actividades administrativas, de organización o incluso de formación, con lo que es más claro que para ellos el producto es la tasa de actividad, y por lo tanto, se está midiendo fundamentalmente productividad, esto es, coste/actividad.

Así, se pueden delimitar tres definiciones de producto, con un contenido cada vez más reducido, en la discusión de la cartera como medida del producto. Primero, se entiende que el producto debería definirse como la salud causada por los servicios sanitarios. Segundo, ante la dificultad de la primera acepción, se puede decir que el producto es el conjunto de servicios ofrecidos a la población. Tercero, el producto es considerado por algunos como actividades simplemente, incluso aunque no estén dirigidas a la población (y por lo tanto no son servicios, sino si acaso precursores de los mismos). Según todos los autores, la car-

tera se podría inscribir en las dos últimas acepciones.

### **La cartera como instrumento de mejora de la calidad**

Muchos de los autores que adoptan esta perspectiva consideran que la cartera también se puede analizar bajo los otros dos puntos de vista, es decir, como instrumento de una política sanitaria o como medida del producto. Pocos discuten explícitamente si la cartera es un instrumento válido de medida de la calidad. La mayoría entran a analizar directamente los problemas que existen para incluir la cartera en una dinámica de mejora de la calidad.

Martín Acera<sup>3</sup> y Segovia<sup>8</sup> ofrecen una explicación de por qué la cartera mide calidad. El primero inaugura este enfoque al encuadrar el nacimiento de la cartera en una estrategia que pretendía orientar los servicios sanitarios al usuario, dotarlos de la capacidad para llevar a cabo la misión de optimizar los recursos, para obtener lo mejor posible para el mayor número de ciudadanos. Para Martín Acera calidad es el valor del servicio. Según Segovia, la cartera es un instrumento que mide básicamente el uso de información clínica, lo que es una condición de la calidad asistencial y de la efectividad de las intervenciones clínicas. La dificultad de

incluir la cartera en un proceso de mejora de la calidad estriba en que los profesionales acepten su fiabilidad y validez, es decir, que la cartera mida efectivamente la calidad de la historia clínica. El problema de la pérdida de discrecionalidad por los profesionales, esbozado al hablar de la planificación sanitaria, tiene aquí su mayor expresión. Porque si la iniciativa ya no la tienen ellos, sino otros estamentos de la organización (las Gerencias, la Subdirección) es de la máxima importancia demostrar esa validez y esa relevancia desde el punto de vista de los profesionales.

Álvarez<sup>19</sup> mantiene que la cartera nació como instrumento de "gestión", (frecuentemente no se explica este término en la literatura, como en este caso), pero cada estamento implicado en su desarrollo adopta un punto de vista propio, y para los profesionales sanitarios el enfoque apropiado es la garantía de calidad científicotécnica. Para Álvarez la cartera no consigue ni impide este objetivo. Según este autor la utilización de la cartera como instrumento de garantía de calidad, en 1995, es un asunto pendiente y de la mayor importancia.

Martín-Rabadán y Álvarez<sup>20</sup> enuncian varios de los problemas que tiene incluir la cartera en un proceso de mejora: los que pueden surgir al intentar compaginar

una metodología particular adaptada a cada marco geográfico con una metodología común para todo el INSALUD; la elección de indicadores según el objetivo sea medir la calidad científicotécnica (cumplimiento de las normas) o medir los efectos sobre la salud; y problemas de índole metodológica como la pertinencia de ciertos registros, la precisión y el nivel de confianza de la evaluación, y la gradación en la expresión de los resultados alcanzados.

Ripoll<sup>21</sup> es muy negativo en su apreciación de la cartera como instrumento de mejora de la calidad. En primer lugar, duda de su validez, porque muchas normas técnicas carecen, según él, de evidencia científica que las avale, a juzgar por la bibliografía que se aporta en la documentación de la cartera. Además, los profesionales no realizan un análisis de los resultados alcanzados, y rara vez se toman medidas correctoras. El autor propone que se definan objetivos y se evalúe a la menor unidad posible (médico más enfermera de un cupo), excepto que el EAP sea realmente muy homogéneo, y que se adecue la incentivación a estos objetivos.

Ruiz de Adana<sup>22</sup> coincide con Ripoll en que la evaluación de la cartera plantea problemas para su utilización en la mejora de la calidad. Si bien la cartera evalúa

solamente ciertos componentes de la calidad, el autor defiende que su uso ha permitido detectar áreas de mejora. Sin embargo, la unidad de análisis, seguida de la falta de análisis y adopción de medidas correctoras han limitado el alcance de la cartera.

Otros autores señalan otro tipo de dificultades. El grupo de Alonso Roca y García Alonso argumenta, en 1995<sup>5</sup>, que la evaluación de cartera ha ayudado a la introducción de una cultura de calidad asistencial en AP. En 1996<sup>23</sup> exponen los resultados de introducir ciertas medidas de mejora. Posteriormente<sup>10,11</sup>, discuten los elementos que dificultan la asunción por los profesionales de la cartera como instrumento de la mejora de la calidad: identificación de la cartera con la “gestión”, que la evaluación sea externa y la carga de trabajo de la evaluación.

López-Picazo<sup>24,25</sup> entra decididamente en la utilización de la cartera como instrumento de mejora de la calidad, y plantea dos iniciativas. Primero aboga por el uso de muestreos por lotes, que reduciendo el volumen de trabajo permiten identificar áreas de mejora igual que las muestras aleatorias clásicas. En el trabajo de 2002 discute una experiencia de mejora de la calidad, utilizando criterios incluidos como normas técnicas en la cartera, muestras por lotes, y la discusión

e implantación de medidas de mejora en un área de salud.

Ballesteros et al<sup>26</sup> estudian, mediante un grupo focal, las ventajas y desventajas de la cartera para los profesionales sanitarios. Entre las ventajas, los profesionales citaron el aumento de la oferta de servicios, la mejora de la calidad, el servir de guía de actuación y la unificación del EAP. Entre las desventajas, la dudosa fiabilidad y falta de veracidad, la amplitud, el no tener en cuenta los recursos del EAP, que no mide resultados, que no mide todo ni a todos, que no se evalúe individualmente, etc.

### **Utilidades añadidas de la cartera de servicios**

---

Dos derivaciones de las discusiones precedentes son la utilidad de la cartera en la asignación de recursos, relacionado con la consideración de la cartera como producto, y la asociación de los indicadores de cartera con los indicadores de salud, relacionado con la asunción de que la cartera mide calidad.

#### **La cartera de servicios y la asignación de recursos**

Si la cartera es el denominador de la eficiencia se podría definir (y reclamar) el coste añadido asociado a un mejor pro-

ducto. Guerra<sup>27</sup> analiza la influencia de un mayor cumplimiento de la cartera en la asignación de recursos. En su trabajo analiza la asignación de los tres capítulos principales del presupuesto. El gasto en farmacia puede tener poca relación con el cumplimiento de cartera, porque la cartera no incluye muchos servicios que se asocien al consumo de determinados fármacos, y porque la cartera no incluye recomendaciones específicas sobre fármacos. Tampoco se espera un sustancial aumento del gasto en equipamientos y mantenimiento asociado a mejores resultados de cartera. Del gasto de personal, el condicionante mayor es el volumen y dispersión de la población asignada. Guerra parece dejar la relación del número de profesionales con los resultados de la cartera pendiente, probablemente por la dificultad de comparar resultados de cartera con las mediciones actuales del producto.

Garjón Parra et al<sup>28</sup> estudian la relación entre la cobertura de dos servicios (hipercolesterolemia y diabetes) y el gasto en los subgrupos terapéuticos relacionados (hipolipemiantes e insulinas y antidiabéticos orales). Según este estudio no existe una correlación entre ambos grupos de variables, por lo que los resultados de la cartera no son útiles para presupuestar el consumo de fármacos.

### **La relación entre el seguimiento de normas técnicas y los indicadores de salud**

Algunos autores plantean que los profesionales de AP mantienen el supuesto más o menos explícito de que un buen indicador de calidad debe demostrar una asociación con indicadores de salud pertinentes.

Se han identificado 4 trabajos que explícitamente estudian esta asociación. Muchos otros estudios pueden abordar la relación entre las mismas variables aunque no mencionen explícitamente las normas técnicas. Los 4 trabajos recogidos aquí plantean la relación entre el seguimiento de normas en pacientes diabéticos y la hemoglobina glucosilada (HbA1c) como indicador intermedio de resultado.

Díaz et al<sup>29</sup> no encuentran relación entre el cumplimiento de normas técnicas y el nivel de HbA1c en un grupo de 318 pacientes incluidos en el programa correspondiente de un centro de salud. Ni el cumplimiento global de las 10 normas que contiene el servicio ni el cumplimiento aislado de ninguna norma se asocia a una HbA1c diferente. Sí que se aprecian diferencias clínicamente significativas según el sexo (peor en mujeres), tipo de diabetes (peor en el tipo I), intensidad del tratamiento (peor con antidiabéticos orales que con dieta sólo, y peor todavía con insulina), y control por el es-

pecialista (peor con especialista). El trabajo no informa de si estas diferencias son estadísticamente significativas.

Lara et al<sup>30</sup> estudian 164 pacientes de dos centros de salud, de los 204 que fueron seleccionados por la Gerencia para incluir en la muestra de la evaluación de normas técnicas de 1994. Aunque el cumplimiento global de las normas no se asoció a una mejor HbA1c, tanto la realización de la analítica anual como los controles periódicos mostraron una relación estadísticamente significativa con una HbA1c menor.

Fernández Herráez et al<sup>31</sup> estudian 162 pacientes de los 194 aleatoriamente seleccionados del listado del programa correspondiente. Además del seguimiento de normas y la HbA1c se recogen en este estudio el sexo, la edad, el índice de masa corporal y el año de diagnóstico. El estudio muestra una asociación estadísticamente significativa entre el buen control de la HbA1c (< 7,6) y la realización de una anamnesis anual sobre síntomas de repercusión visceral (norma 4), la exploración física anual (norma 5), el fondo de ojo bienal (norma 7), y los controles periódicos (norma 9). Además, muestra una relación con la analítica anual (norma 6) con  $p = 0,11$ , y la realización de un electrocardiograma (norma 8) con una  $p = 0,09$ . También encontraron una co-

relación estadísticamente significativa entre cumplimiento global de las normas y la HbA1c en pacientes hasta los 5 años de evolución, correlación que desaparece en el grupo de más tiempo de evolución.

Segovia et al<sup>32</sup> analizan 315 pacientes seleccionados aleatoriamente entre los que tenían determinados registros en la historia clínica. Este estudio recoge variables de exploración física, analítica y controles periódicos fundamentalmente, y otras variables para controlar posibles efectos de confusión. Solamente la edad y los años de evolución (como en el estudio de Fernández) muestran una débil correlación con la HbA1c. Como en el estudio de Díaz, el tratamiento con insulina se asociaba a peor HbA1c y a más años de evolución. Al separar dos grupos de pacientes por el tipo de tratamiento, el estudio encuentra una relación entre el registro de las exploraciones mencionadas arriba y una HbA1c menor solamente en el grupo de tratados con dieta o anti-diabéticos orales, pero no en los tratados con insulina. El registro periódico de las glucemias fue el único indicador de calidad que se asoció en solitario con una mejor HbA1c. La conclusión de los autores es que la relación entre indicadores de calidad e indicadores de resultado es más compleja de lo que se puede intuir, y reclama una teoría menos simplista.

## Propuestas de mejora de la cartera de servicios

---

En el último grupo de trabajos se incluyen los que hacen referencia a posibles cambios en la definición de servicios o de normas técnicas, la introducción de nuevos servicios o mejoras en la metodología de la evaluación.

Rodríguez y Colomer<sup>33</sup> repasan todos los servicios y ciertos problemas estructurales como la dotación de pediatras, de matronas, o los producidos por las dificultades de coordinación con atención especializada. Proponen la inclusión de nuevos servicios para la atención de alergias, tuberculosis, adicción a drogas y patología osteoarticular. Hernando<sup>34</sup> plantea la inclusión de algunas actividades preventivas que no están actualmente en la cartera. Alonso Fernández<sup>35</sup> aboga por la inclusión de un servicio de tabaquismo en la cartera. Montes Salas et al<sup>36</sup> proponen la inclusión de contenidos y metodología de atención a la familia en varios servicios. Martín Zurro et al<sup>37</sup>, como parte de un amplio repaso al modelo de AP, proponen adecuar la cartera a los problemas de cada zona, mejorar la coordinación con atención especializada, potenciar la prevención y promoción de la salud, potenciar la visita domiciliaria y la introducción de nuevas tecnologías diagnósticas y te-

rapéuticas. Guerra<sup>38</sup> expone cómo la informatización puede llevar a un cambio enorme al posibilitar la gestión clínica, que se basa en evaluar actividades, calidad y costes, y en permitir el acceso a esa información a todos los actores interesados, desde los profesionales a los gestores.

### Conclusiones

---

El orden en que se discuten los trabajos en esta revisión refleja aproximadamente los cambios en las áreas de interés de la cartera a lo largo de los años. Primero se habló de la cartera en el marco de la planificación sanitaria, en segundo lugar como medida de la eficiencia (producto), en tercer lugar como instrumento de medida y mejora (o no) de la calidad, y en cuarto lugar como objeto de iniciativas que prescinden de aproximaciones macroscópicas que parecían poner permanentemente en duda la validez de la cartera, para centrarse en las mejoras y utilidades concretas de un instrumento cuya presencia se da por hecha.

Sin embargo, la conclusión más clara de la lectura de la literatura sobre cartera de servicios es que falta un análisis riguroso de la misma. El uso de términos ambiguos o pobremente definidos, que dificultan el análisis más que lo aclaran (por ejemplo, “gestión”, “producto”), ha

estado demasiado extendido. Es posible que haya que superar esquemas basados en compartimentos estancos (planificación, producto, o calidad) con un enfoque que analice los elementos que hay detrás de estas opciones y permita simultáneas. La adopción de esos esquemas se hace con frecuencia sin justificación alguna. Es muy probable que los distintos enfoques que han existido hayan sido simplemente la traslación mecánica a la cartera de los temas en boga en cada momento histórico, más que un verdadero esfuerzo explicativo.

La falta de un análisis riguroso ha tenido sus consecuencias. La cartera parece haber sido un instrumento de planificación sanitaria, pero descentralizada en el INSALUD y en las Gerencias de AP de éste, y por lo tanto, huérfana de una política sanitaria. La cartera no mide indicadores de salud, sino la cantidad de servicios prestados, pero esconde la medida en las coberturas y no permite estimar la productividad ni la eficiencia. Aunque la cartera mide también ciertos aspectos de la calidad, no se ha utilizado la medición para desarrollar programas completos de calidad.

La cartera demandará cambios y adaptaciones, y éstas serán más fáciles y válidas si tenemos claro de qué estamos hablando.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Turabián JL, Pérez-Franco B, Díaz L, Colino R, Menéndez-Cabeza MV. Desde la cartera de servicios a la promoción de la salud. *Centro de Salud* 1994; 535-9.
2. Turabián JL, Pérez Franco B. La Cartera de Servicios en Atención Primaria. *Medifam* 1995; 5: 285.
3. Martín Acera S. La calidad de los servicios en Atención Primaria. *Centro de Salud* 1993; 1: 183-90.
4. Casado Vicente V. La cartera de servicios: diez años después. *Medifam* 2001; 11: 584-9.
5. Alonso Roca R, García Alonso R, González-Posada Delgado JA. La cartera de servicios en atención primaria. *Medifam* 1995; 3: 131-6.
6. Martín-Rabadán Muro M, Aguilera Guzmán M, Alonso Roca R, Román Muñoz M, Soler Torroja M. Programas de salud: ¿responsabilidad del equipo de atención primaria o del sector sanitario? ¿Programa o servicio? *Aten Primaria* 1994; 14: 705-6.
7. Miguel García F, Maderuelo Fernández A. Servicios sin programas, a la vuelta de la esquina. *Aten Primaria*, 1995; 16: 81.
8. Segovia Pérez C. La cartera de servicios: el valor del producto. *Cuadernos de Gestión* 1999; 5: 106-15.
9. Ruiz de Adana Pérez R. El producto de la cartera de servicios de atención primaria: algunas preguntas para reflexionar. *Medifam* 1995; 3: 137-42.
10. García Alonso R, Alonso Roca R, López Vena E, González-Posada JA, Sempere Jordá R. Estrategia de desarrollo de la cartera de servicios. *Rev Adm Sanit* 1997; 1: 595-610.
11. Alonso Roca R, García Alonso R, López Vega E. Comentarios a la situación actual de la Cartera de Servicios del Insalud. *Centro de Salud* 1998; 351-6.
12. Urbina Pérez O, Marcuello Servos C, Serrano Peris GD, García Latorre FJ. ¿Son adecuados los indicadores que se utilizan en atención primaria para medir la eficiencia? *Aten Primaria* 1997; 20: 191-4.
13. Morell Baladrón L, García Boró S. Medición del producto en Atención Primaria: cartera de servicios del INSALUD y factores asociados. *Medifam* 1995; 2: 68-74.
14. Morell Baladrón L. El producto de los servicios sanitarios. *Medifam* 1996; 6: 110-8.

15. García Olmos L, Minué Lorenzo S. La medida del producto en atención primaria. Cuadernos de Gestión 1998; 4: 191-200.
16. Segovia Pérez C. La cartera de servicios: comparaciones del producto de cobertura. Cuadernos de Gestión 1998; 4: 132-43.
17. Lleras Muñoz S, Guerra Aguirre J. La cartera de servicios: comparaciones del producto de cobertura. Cuadernos de Gestión 1999; 5(2): 94-5.
18. Aguilera Guzmán y Grupo de Cartera de Servicios de la Subdirección General de Atención Primaria del INSALUD. Oferta de servicios en atención primaria. Aten Primaria 2003; 31(5): 319-26.
19. Álvarez C. La Cartera de Servicios en Atención Primaria. Medifam 1995; 5: 285-6.
20. Martín Rabadán M, Álvarez C. Reflexiones sobre las normas técnicas mínimas y su metodología de evaluación. Centro de Salud 1993; 1: 211-2.
21. Ripoll Lozano MA. ¿Es eficiente la Cartera de Servicios como herramienta de mejora de la calidad? Medicina General 2000; 27: 794-6.
22. Ruiz de Adana Pérez R. Reflexiones sobre la cartera de servicios de atención primaria del Insalud. Posibilidades futuras. Centro de Salud 2000; 213-6.
23. García Alonso R, Alonso Roca R, Zuzárrregui Jirones M, González-Posada Delgado. Evaluación y reevaluación de las normas técnicas mínimas de Cartera de Servicios del INSALUD en la atención a diabéticos en un área sanitaria. Medifam 1996; 6: 352-9.
24. López-Picazo Ferrer JJ. Aceptación de muestras por lotes: aplicabilidad en la evaluación de cartera de servicios de atención primaria. Aten Primaria 2001; 27: 547-53.
25. López-Picazo Ferrer JJ. Datos clínicos esenciales de la historia clínica de atención primaria: una experiencia de evaluación y mejora. Aten Primaria 2001; 30(2): 92-8.
26. Ballesteros Pérez AM, Santiago García C, Fontcuberta Martínez J, García González A L, Moreno Valera MA, Fernández Lorenzo J. La cartera de servicios: visión de los profesionales de Atención Primaria. Centro de Salud 2001; 290-4.
27. Guerra Aguirre J. Cartera de Servicios y costes en Atención Primaria. Medifam 1999; 9: 372-9.
28. Garjón Parra FJ, Buisán Giral MJ, Aller Blanco A. ¿Es la cartera de servicios un instrumento útil para la

- asignación de recursos farmacéuticos en atención primaria? *Aten Primaria* 2001; 27: 339-42.
29. Díaz Díaz JM, García de Celis Rodríguez MJ, Hevia Panizo JLA, Morales Canorea FJ, Vecino González JA, Forcada Lozano JE. Normas técnicas mínimas y control metabólico de la diabetes en un Centro de Salud. *Medifam* 1996; 6: 345-51.
30. Lara E, Hervás R, González MT, Salas F, Muñoz P, Velasco A. Predicción del grado de control metabólico por las normas técnicas mínimas en el programa de diabetes. *Aten Primaria* 1997; 19: 313-6.
31. Fernández Herráez E, Ferré Larrosa F, Jiménez Alfonso L, de Dios Arnaldos J. Valoración de los factores relacionados con el control de la glucemia en la diabetes mellitus tipo 2. *Aten Primaria* 1999; 24: 39-43.
32. Segovia Pérez C, Maín Pérez A, Corral Cuevas L, González María E, Raquejo Grado MA, Martín Tomero E, et al. Control metabólico de la diabetes mellitus en relación con la calidad de las historias clínicas. *Aten Primaria* 2000; 26(10): 670-76.
33. Rodríguez Balo A, Colomer Rosas A. La Cartera de Servicios en 1997. *Centro de Salud* 1997; 5: 11-4.
34. Hernando Helguero P. La "Cartera de Servicios" de Pediatría en Atención Primaria: una revisión crítica. *Revista Pediatría de Atención Primaria* 1999; 1: 23-36.
35. Alonso Fernández M. A propósito del abordaje del tabaquismo y al cartera de servicios. *Aten Primaria* 2001; 28: 510.
36. Montes Salas G, Morales Corrales P, Morales Núñez MI, Vergeles Blanca JM. Propuestas de adaptación de la cartera de servicios a la realidad actual. *Aten Primaria* 2002; 29: 129-31.
37. Martín Zurro A, Ledesma Castellfort A, Sans Miret A. El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas. *Aten Primaria* 2000; 25: 48-58.
38. Guerra Aguirre J. De la gestión de la cartera de servicios a la gestión clínica en atención primaria. *Cuadernos de Gestión* 2000; 6(3): 151-3.

