

## La perspectiva del cuidado en la cartera de servicios de atención primaria: desde el “consejo sobre” al “servicio de promoción de autocuidado”

José María Santamaría García

(Licenciado en enfermería; Subdirector de enfermería A.P. Área 11 Servicio Madrileño de la Salud; Vocal de Investigación de SEMAP, Delegado de Investigación FAECAP)

[jsantamaría.gapm11@salud.madrid.org](mailto:jsantamaría.gapm11@salud.madrid.org)

### LA CARTERA DE SERVICIOS:

- Homogeneización de la atención
- Determinar a la población a la que van dirigidos los servicios
- Determinar las acciones “mínimos” a realizar.

Enfermería: se generó un “modelo enfermero” (modelo “carterista”)

### LA ENFERMERÍA EN LA CARTERA DE SERVICIOS:

- “Llevar la cartera”: medición de cargas de trabajo o quien realizaba las acciones (medido a través de quién apuntaba en la historia)
- Propuesta de (normalmente desde las direcciones):
  - Servicios y/o más bien NT o su evaluación.
  - Solicitud de una “cartera de enfermería”

Los cuidados figuraban como “consejo .....

- Con la creación de la FAECAP y ante su solicitud de presencia en el “grupo estable de expertos de seguimiento y evaluación de la cartera” se logra:
  - La incorporación de un enfermero a dicho grupo
  - Existencia de un verificador enfermero

### ANTECEDENTES DE LA EXISTENCIA DE METODOLOGÍA ENFERMERA EN LA CARTERA DE SERVICIOS (PRETRASFERENCIAL):

- SGAP: establece como línea estratégica en 1997 y en 1998 la potenciación y por ende la inclusión de la metodología enfermera en la cartera de servicios.

Curiosamente no se podía hablar de diagnósticos de enfermería en sede ministerial

- Surge el proyecto de “estandarización de planes de cuidados en cartera de servicios”:

- Se plantea un valoración general por patrones funcionales de salud
- Se centra en 5 servicios de cartera (en su población) y se proponen los planes de cuidados “más habituales” en esos grupos.
- Se evidencia y se desarrolla la informatización de la metodología, sentándose la bases teóricas de informatización aplicadas a la plataforma OMI

Esto sólo fue posible gracias a la existencia de un enfermero en servicios centrales, sensible, experto y facilitador de la implementación de la perspectiva del cuidado y la metodología con que llevarla a cabo en la cartera de servicios

### SIGNIFICACIÓN DE LA INFORMATIZACIÓN DE LA METODOLOGÍA ENFERMERA (PRETRASFERENCIAL):

- Aplicable a todo usuario: independientemente de que estuviese adscrito a algún servicio de cartera.
- Sistematizaba el proceso de atención de enfermería (la decisión es del clínico): opuesto a la estandarización.
- Centraba la información en el diagnóstico de enfermería como eje
- Logró:
  - Inclusión de la metodología en los últimos servicios aprobados por la SGAP: Atención al joven y deshabitación tabáquica
  - Posibilidad inusitada de información.

### EL IMPACTO DE LAS TRANSFERENCIAS EN ESTE PROCESO:

- Paralizó/ interrumpió el desarrollo de la informatización de la metodología:
  - En un primer momento aceleró el diseño final.
  - No se implantó finalmente:
    - Generó la necesidad de un informe (el último de la SGAP sobre enfermería) de cómo activar el “módulo” y como cargar la base de conocimientos (para OMI)
    - Limitó el desarrollo en otras plataformas informáticas (aunque curiosamente debía de estar desarrollado de echo, incluso en OMI, dado que era una característica incluida en el concurso inicial).
    - No permitió el desarrollo del Sistema de Información (SI).  
En lo concerniente a cartera
      - La valoración quedaba ligada al campo de resultado del patrón funcional
      - Se equiparaba el diagnóstico y la intervención

Advertido en el Congreso de FAECAP de Torremolinos

### Y DESPUES:

## Metodología enfermera ligada a informática:

- A nivel clínico:
  - Empleo desigual de la metodología: muy ligado a la “política” de las direcciones.
- Entorno OMI:
  - Base de conocimientos:
    - Desarrollo de protocolos.
    - Desarrollo de la carga inicial y algunas dll (distinto del concepto de nuevas versiones).
  - Sistema de información:
    - Análisis de tablas y generación de consultas SQL.
    - Dos modelos de interpretación de la información según el objeto de atención: valoración vs diagnóstico
    - Métodos de agrupación:
      - Servicios de cartera: personas de un servicio con planes de cartera. Existe gran disparidad por la indefinición del diseño de la NTM (en función del modelo de interpretación).
      - Con el profesional como eje.
- Entornos no OMI: disparidad de desarrollo si bien se considera necesario su implementación.

## A nivel estratégico:

- Disparidad intercomunidades dependiendo de enfermería en servicios centrales.
- En términos generales:
  - Consolidación de la metodología como método más adecuado que el “consejo sobre”.
  - Concienciación activa (normalmente sólo de enfermería) de que los cuidados de la población van más allá de las personas incluidas en algún servicio de cartera (aunque más del 80% de los diagnósticos se identifican en esta población).

## EL DESARROLLO DE LA CARTERA DE SERVICIOS EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID:

- Propuesta de remodelación en 2004-2005.
- Revisión de servicios:
  - Antiguos
  - Propuesta de nuevos
  - Existencia de servicios longitudinales y transversales: dependiendo de si definen o no población diana
- Revisión de NT:
  - Antiguas
  - Propuesta de nuevas
  - Estándar de cumplimiento: mínimo y óptimo
- Desarrollo dependiente de sociedades científicas: “Grupo clínico asesor” y grupos focales de trabajo.

## POLÍTICA DE DESARROLLO DE CARTERA DE SERVICIOS SEMAP:

- Base en la LOPS: enfermera responsable última de los cuidados de la población... a través de la potenciación y resolución de los problemas (identificados mediante diagnóstico) de autocuidado de la misma.
  - En cualquier etapa de la vida
  - Sea cual sea su condición de salud.
- La cartera de servicios se estructura en una distribución matricial: características etarias/características de condición de salud.

## CONSECUENCIA DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO DE CARTERA DE SERVICIOS SEMAP:

- Se evidencia la necesidad de integrar la metodología como NTs: desarrollo de los antiguos “consejo sobre”.
- Se subvierte el papel histórico de “esperar el servicio”:
  - Se proponen nuevos servicios en función de situaciones o necesidades de salud de las personas referidas a los problemas de cuidados de las mismas:
    - Atención a cuidadores: que generó un servicio de atención familiar.
    - Promoción de Autocuidado: que permitiría la promoción de la salud de las personas.

## ASPECTOS GENERALES DEL DESARROLLO DEL SERVICIO DE PROMOCIÓN DE AUTOCUIDADO:

- Dificultades:
  - Duda sobre si longitudinal o transversal
  - Duda de motivación si el cuidado ya está incluido como NT

Dificultades derivadas por desconocimiento disciplinar
--

- Evolución y crecimiento por colaboración con otras sociedades científicas.

## EL SERVICIO DE PROMOCIÓN DE AUTOCUIDADO/OBJETIVO:

- Mejorar la capacidad de la persona para su autocuidado, para satisfacer las necesidades de salud derivadas de su relación con el entorno con el fin de garantizar y potenciar su autonomía en el cuidado de su salud, evitando la dependencia del Sistema Sanitario.

## EL SERVICIO DE PROMOCIÓN DE AUTOCUIDADO/NT1:

### Valoración y refuerzo de la capacidad del autocuidado:

- N.T. 1.1. Valoración del autocuidado: En la historia clínica de todo paciente incluido en servicio quedará registrada la realización de al

menos una valoración de los patrones funcionales de salud atendiendo a la etapa vital en la que se encuentre.

1. Cumplimiento mínimo: Valoración de los siguientes patrones:  
Percepción/ mantenimiento de la salud, rol/relaciones (incluye el genograma familiar), auto-percepción / auto-concepto y valores / creencias.
2. Cumplimiento óptimo: Valoración de cuatro patrones más siendo al menos tres de estos los establecidos en cada etapa vital.
  - Adolescencia(14 a 19 años): Alimentación/nutrición; sexualidad/reproducción, actividad/ejercicio.
  - Juventud (20 a 39 años): adaptación/ tolerancia al estrés, actividad/ejercicio, sexualidad/reproducción.
  - Madurez (40 a 64 años): sueño/descanso, adaptación/ tolerancia al estrés, actividad/ejercicio.
  - Senectud (mayor de 65 años): cognitivo/perceptivo; nutrición /metabólico; sueño /descanso.

- N.T. 1.2. Refuerzo de la capacidad de autocuidado. Se realizará un refuerzo de la capacidad adquirida y se ofertará la posibilidad de ayuda si se considera necesario para potenciar esta capacidad.

#### EL SERVICIO DE PROMOCIÓN DE AUTOCUIDADO/NT2:

Diagnostico y plan de actuación:

- N.T.2.1. *Diagnóstico del problema identificado*: En toda historia quedará registrado el juicio derivado de la valoración del autocuidado.
- N.T.2.2. *Establecimiento de objetivos*: En toda historia quedará registrado el establecimiento de objetivos negociados y o consensuados con la persona, derivados de la valoración y orientados a mejorar su capacidad de autocuidado.
- N.T.2.3. *Realización de intervenciones*: En toda historia quedarán registrado las intervenciones realizadas para ayudar a dicha persona, con su compromiso, para potenciar su capacidad de autocuidado.

#### EL SERVICIO DE PROMOCIÓN DE AUTOCUIDADO/NT3:

Evaluación:

- En toda historia quedará registrado la evolución de la persona acerca de su problema de déficit de autocuidado.

#### CONCLUSIONES:

- La implantación de la metodología ha supuesto, y sino deber suponer, un cambio en el modelo de relación desde el paradigma clásico (persona-cartera-enfermera) a paradigma comunitario (persona-enfermera).
- Mejora los servicios de salud:

- Profundizar en las necesidades y los problemas de cuidados de forma integral y más amplia que el que aporta el prisma etario y de condición de salud e infinitamente superior al prisma de la desviación de la salud (patología).
- Dar a cada usuario la atención que necesita (al valorar y diagnosticar): totalmente distinto a “consejo sobre...”: para todos y sobre lo mismo.
- Mejora la gestión de las necesidades de cuidados y su abordaje: inexistente anteriormente.
- Transformación del conocimiento de la enfermería comunitaria: al pasar de “estudios de investigación” a SI.
- Necesidad de concienciación de las Consejerías de Sanidad de cada Comunidad Autónoma sobre su responsabilidad de atención a los ciudadanos en sus necesidades de cuidados: existencia de líneas estratégicas, tácticas (profesionales en servicios centrales, expertos y desarrolladores del diseño de servicios para la atención a dichas necesidades), operativas (modelo de atención familiar, plantillas horizonte, libre elección de enfermera, sistemas de información,...)