

La Atención a la Mujer en la Cartera de Servicios de Atención Primaria

D.^a ROSARIO MUÑOZ GONZÁLEZ. Asesora Técnica de la Subdirección General de Atención Primaria Insalud

Superada la fase de implantación de la Atención Primaria, las líneas de trabajo de la Subdirección General se han orientado a la elaboración de un método para el desarrollo de aquellos aspectos funcionales, que permitiesen:

- * La implantación de una estructura de prestación capaz de satisfacer las necesidades de salud de cada uno de los Sectores Sanitarios.
- * Diferenciar la oferta de servicios, ofertando lo mejor posible al mayor número de personas o, al menos, a las más vulnerables.
- * Atender las demandas de salud sentidas y/o expresadas por los ciudadanos.
- * Incentivar a los profesionales, favoreciendo su autonomía e incrementando su credibilidad social.

En estos aspectos se empezó a trabajar en 1990, aplicando un método de consenso expresamente diseñado y en su desarrollo han participado aproximadamente 1.500 profesionales, representando proporcionalmente a las diferentes categorías, del nivel directivo y operativo de la organización.

Del desarrollo de este método han surgido la **Cartera de Servicios** de Atención Primaria, la determinación de servicios mínimos y el diseño de una herramienta de medición del nivel de los servicios.

La **Cartera** de Servicios de Atención Primaria es un instrumento para la provisión de servicios tanto asistenciales como preventivos y promotivos y para la identificación de la oferta asistencial de los Sectores Sanitarios, lo que sin duda facilita a los ciudadanos el conocimiento y la elección, de la oferta, real y tangible, de los servicios ofrecidos por el Subsistema de Atención Primaria.

La Cartera ofrece 44 servicios, seleccionados bajo criterios de pertinencia, eficacia y factibilidad que, agrupados por bloques, garantizan la atención al niño, la mujer, el adulto-anciano, la salud

bucodental y mental y la rehabilitación; sólo diez de estos servicios han sido considerados mínimos y por lo tanto de obligada implantación y desarrollo por todos los Equipos de Atención Primaria. Estos servicios son:

- * Vacunaciones en la infancia.
- * Revisión del niño sano de 0 a 23 meses.
- * Revisión del niño sano de 2 a 5 años.
- * Revisión del niño sano de 6 a 14 años.
- * Vacunación de la gripe.
- * Vacunación del tétanos.
- * Atención a crónicos: Diabetes.
- * Atención a crónicos: Hipertensión.
- * Atención a crónicos: SIDA/VIH.
- * Atención a inmobilizados y terminales.

Cada uno de los servicios incluidos en la Cartera debe estar sustentado en un Programa (o, excepcionalmente en un protocolo), acreditado por la Gerencia del Sector; debe tener claramente definidos sus proveedores, sean estos Equipos de Atención Primaria, modelo tradicional o unidades de apoyo, y debe contemplar un sistema de evaluación anual que abarque aspectos cuantitativos (indicadores de cobertura) y cualitativos (Normas Técnicas Mínimas), es decir, criterios de correcta atención de relevancia y efectividad contrastada científicamente.

La decisión de implantar y desarrollar servicios no mínimos depende de los Sectores Sanitarios, en función de sus características poblacionales y de recursos y de su capacidad potencial de desarrollo cuantitativo de los servicios.

En la Cartera se garantiza la atención a la mujer por medio de once servicios, cinco se corresponden con actividades de atención al embarazo de bajo riesgo y puerperio y los seis restantes con actividades de anticoncepción de primer nivel, de diagnóstico precoz del cáncer en la mujer y de detección de problemas de esterilidad e infertilidad, para su estudio y tratamiento.

El objetivo fundamental de estas actuaciones en lo que se refiere a Atención Primaria es conseguir que desde los Centros de Salud y con la necesaria coordinación con el nivel especializado, se oferten un conjunto de servicios esenciales para la atención a la salud de la mujer, pareja y estructura familiar.

La programación y protocolización de las actividades que requiere cada uno de estos servicios, las explícita el Sector Sanitario, a través de su Gerencia, por medio de un programa marco de Sector.

Un programa tipo elaborado por los Sectores consta de un subprograma obstétrico dirigido a la mujer o a la mujer y su pareja y de un subprograma ginecológico dirigido a mujeres y hombres.

El programa integra actividades de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación y a los dispositivos del Sistema Sanitario a los que corresponde el desarrollo de los mismos.

La atención se realiza de forma protocolizada y precisa del concurso de diferentes profesionales: médicos y enfermeras generalistas, matronas, médicos especialistas en obstetricia y ginecología, en radiodiagnóstico, anatomía patológica y trabajadores sociales, entre otros.

La organización de las actividades admite diferentes fórmulas y entran en juego desde las consultas realizadas en el Centro de Salud, hasta aquellas otras actuaciones que deben realizarse en el servicio de Atención Especializada de referencia.

En el ámbito de la Atención Primaria, además de los Equipos de Atención Primaria, intervienen en estas actividades 71 Unidades de Atención a la Mujer (integradas por ginecólogos y personal de enfermería) y 546 Unidades de Psicoprofilaxis Obstétrica, ubicadas fundamentalmente en los Centros de Salud, donde las matronas de Atención Primaria realizan actividades de preparación al parto y de educación para la maternidad. Los psicólogos de las Unidades de Salud Mental y los trabajadores sociales de apoyo a los Equipos de Atención Primaria, también intervienen en el programa y, en algunos casos, trabajan a tiempo parcial en las Unidades de Atención a la Mujer.

Para valorar los resultados cuantitativos de la oferta de servicios de atención a la mujer de los diferentes Sectores Sanitarios, la Subdirección General ha optado por proponer como producto un valor que sintetiza una ponderación preestablecida de servicios que relativiza en función de la cobertura alcanzada (número de personas efectivamente receptoras de los mismos).

El cálculo del producto de cada Gerencia se desagrega en dos componentes:

- * El primer componente (cuantitativo), se obtiene sumando los resultados obtenidos en cada servicio tras multiplicar el Valor Técnico (VT) por el Factor de Corrección (FC) y la Cobertura (C), en cada uno de ellos. El resultado se expresa en porcentaje del valor máximo obtenible, en el supuesto de alcanzar la máxima cobertura posible en todos los servicios.
- * El segundo componente (cualitativo), se obtiene como media de los porcentajes de cumplimiento de las normas de correcta atención en los servicios en los que se mida el cumplimiento de las mismas.

El Valor Técnico es un valor asignado a cada uno de los servicios en función de la carga de trabajo que genera su desarrollo.

Los servicios están ponderados con un valor técnico que oscila de 1,0 para el servicio de vacunación de la gripe a 7 para el servicio de atención domiciliaria a inmobilizados y terminales; en los servicios de atención a la mujer, este valor se sitúa entre 2,5 (detección y orientación de infertilidad) y 4,0 (servicios de atención a la mujer gestante y de diagnóstico precoz de cáncer femenino).

El Factor de Corrección se introduce en aquellos servicios en los que por la definición del indicador no es posible alcanzar la cobertura óptima esperada del 100%, y que, por lo tanto, verían depreciado su producto final.

Para la definición de este factor de corrección se ha empleado la frecuencia esperable de la atención que cubre el servicio específico, bien definidas como prevalencia, en embarazo de bajo/medio riesgo, o como porcentaje de utilización conocido, como ocurre en los servicios de anticoncepción.

El resto de los servicios de atención a la mujer no tiene factor de corrección ya que el carácter preventivo y promotivo de sus actividades fija el universo de actuación en el total de la población diaria; caso aparte merece el servicio de detección y orientación de problemas de infertilidad, que ante la baja cobertura de este servicio, se ha optado por no introducir, de momento, factor de corrección, manteniendo el criterio de minorar los cambios, en la medida de lo posible.

En los servicios de atención a la mujer no tiene factor de corrección ya que el carácter preventivo y promotivo de sus actividades fija el universo de actuación en el total de la población diaria; caso aparte merece el servicio de detección y orientación de problemas de infertilidad, que ante la baja cobertura de este servicio, se ha optado por no introducir, de momento, factor de corrección, manteniendo el criterio de minorar los cambios, en la medida de lo posible.

En los servicios de atención a la mujer el denominador y numerador de la cobertura expresan respectivamente a la población diaria de la necesidad de atención y al número de personas beneficiadas de cada uno de los servicios; la población diaria de los servicios de atención a la mujer embarazada y púerpera se corresponde con el número de nacimientos en el Sector Sanitario; en los servicios de anticoncepción y detección/orientación de problemas de infertilidad/esterilidad con el número de mujeres en edad fértil (de 15-49 años), y para los servicios de diagnóstico precoz del cáncer en la mujer se utilizan los tramos de edad de mayor incidencia del mismo: número de mujeres de 20 a 65 años para el cáncer de cervix, mayores de 50 años para el cáncer de endometrio y de 40 a 75 años para el cáncer de mama.

Los resultados obtenidos en 1993 en INSALUD, por el primer componente del producto (cobertura) fueron de 15,1% y del producto propuesto o esperable para 1994, de 21,3%.

Este incremento del 6,2% se nutre fundamentalmente de las propuestas de aquellos Sectores Sanitarios que se encuentran más alejados de la media general, destacándose un estancamiento en aquellos Sectores Sanitarios con cifras cercanas o superiores a la media general del Insalud.

A su vez, el análisis de los porcentajes de cobertura servicio a servicio, evidencia una propuesta de incremento porcentual en los servicios de captación precoz de la gestante (22,6%), preparación al parto (22,5%), visita domiciliaria de puerperio (18,4%) y educación sanitaria a madres (21,3%) con propuestas de escaso incremento (del 0 al 8,2%) para el resto de los servicios.

Para el estudio del segundo componente del producto (calidad) hemos calculado la mediana y el rango de los porcentajes propuestos para el cumplimiento de las normas de correcta atención.

En el resultado final del segundo componente, todos los Sectores Sanitarios proponen un cumplimiento de criterios de calidad superior al 50%.

Llama la atención en el análisis, servicio a servicio, la amplitud de los rangos, aunque las medianas estén situadas más próximas al extremo superior que al inferior, lo que evidencia la variabilidad con que enfrentan los Sectores Sanitarios al abordaje de la calidad de los servicios.

También es llamativo el alto porcentaje propuesto para el cumplimiento de normas de correcta atención, en aquellos servicios en los que se requiere un alto nivel de apoyo por parte de Atención Especializada, tanto en realización de pruebas diagnósticas como en seguimiento y tratamiento de los problemas detectados (servicios de detección de cáncer en la mujer y detección de problemas de esterilidad), que sólo se puede explicar por la escasísima cobertura propuesta para los mismos.

De la valoración de ambos componentes se extrae la misma conclusión: Los Sectores de Atención Primaria se comprometen a proporcionar a más ciudadanos y con mejor calidad, aquellos servicios para los que cuentan con sus propios recursos y necesitan un menor apoyo por parte de Atención Especializada.

En las negociaciones que al objeto de acreditar sus Carteras de Servicios, se han llevado a cabo entre la Subdirección General y las Gerencias de Atención Primaria de los distintos Sectores Sanitarios, se han recogido los problemas detectados para el desarrollo de los servicios de atención a la mujer, destacando entre otros:

- * Problemas de falta de formación de los profesionales de Atención Primaria para el desarrollo eficiente y eficaz de estos servicios. Acentuándose en aquellos Sectores, que tienen un mayor porcentaje de médicos generales (sin titulación de la especialidad de medicina familiar y comunitaria), y de matronas de modelo tradicional. En los que se sitúan, en ambos casos, los tramos de edad más avanzada de estos recursos.
- * Frecuentes problemas de coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada que afecta a, prácticamente, todos los Sectores y que pueden resumirse en:
 - Falta de colaboración para la realización de actividades protocolizadas.
 - Incumplimiento de los criterios de derivación.
 - Listas de espera, muy importantes, para la realización de pruebas diagnósticas.
 - Dificultades, por saturación de los servicios especializados, para la lectura de tomas citológicas y exploraciones radiológicas de mama.

La Subdirección General de Atención Primaria ha enviado un informe a la Subdirección General de Atención Especializada, con la relación de los problemas y necesidades detectados por las Gerencias de Atención Primaria, al objeto de establecer las líneas de actuación conjunta que se consideren más adecuadas para el establecimiento de estrategias de coordinación, que permitan funcionar a los dos niveles como si fueran una unidad.

En la atención a la mujer es fundamental el mantenimiento de una misma línea asistencial ya que los beneficiarios del programa pasan de un nivel asistencial a otro, generalmente, no por presencia de patologías, sino para asegurar las mejores condiciones a un proceso fisiológico que requiere especial atención.

Es obvio, que cada Sector Sanitario para alcanzar el mayor nivel de desarrollo cuantitativo de estos servicios, establezca las actuaciones que le resulten más convenientes, en base a sus características socio-económicas, de morbilidad y mortalidad, entre otras; y a sus posibilidades estructurales (recursos, infraestructura) y metodológicas (programas, organización funcional).

Pero es necesario, que entre los Sectores exista una cierta coherencia en cuanto el cumplimiento y desarrollo de los objetivos implícitos del Sistema Nacional de Salud como son, entre otros:

- * **Eficacia-efectividad** de las prestaciones, de manera que contribuyan al aumento del nivel de salud en la mujer y de los que dependen de ella, social y biológicamente.

- * **Equidad en el acceso**, es decir acceso a igual servicio para igual necesidad.
- * **Equidad en recursos**, de manera que se utilice el mismo recurso para igual necesidad.
- * **Eficiencia micro**, óptima producción de servicios por recurso.
- * **Eficacia de nivel**, utilización de los niveles asistenciales en función de su capacidad de solución de problemas.
- * **Satisfacción**, percepción positiva por la población.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Martín Martín, J., De Manuel Keenoy, E., Carmona López, G., Martínez Olmos, P.: "Los cambios necesarios para continuar la reforma sanitaria: I. El cambio "externo". II. El cambio "interno". Revista Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, Gaceta Sanitaria. Vol. 4. Barcelona, agosto 1990.
- 2.- Cartera de Servicios. Objetivos 1991. Subdirección General de Atención Primaria. INSALUD 1992.
- 3.- Normas Técnicas Mínimas para los servicios de la Cartera de Atención Primaria. Subdirección General de Atención Primaria. 1993. Servicio de Documentación y Publicaciones. Instituto Nacional de la Salud.
- 5.- Martín Acera, S.: "La calidad de los servicios en Atención Primaria". Revista Centro de Salud. Vol. 1, n.º 3. Abril 1993.
- 6.- Cartera de Servicios 1994. Subdirección General de Atención Primaria. Madrid, Noviembre de 1993. Instituto Nacional de la Salud.
- 7.- Obtención del Producto de la Gerencia de Atención Primaria. Subdirección General de Atención Primaria. Madrid, Noviembre de 1993. Instituto Nacional de la Salud. Documento interno mimeografiado.
- 8.- Documento sobre Implantación y Seguimiento de Cartera de Servicios en los Sectores del INSALUD. Metodología para su negociación. Área de Evaluación y Servicios. Madrid, Febrero de 1994. Documento interno mimeografiado.