

Organización de la atención a la salud maternainfantil en los distritos de Atención Primaria

C Torró García-Morato

Coordinadora de Epidemiología y Programas de Salud del Distrito de Atención Primaria Rinconada (Sevilla)

En primer lugar, quisiera hacer algún comentario acerca de la organización de los servicios de Atención Primaria en el sistema sanitario en nuestra Comunidad Autónoma.

Andalucía optó por un modelo en el que los Equipos Básicos de Atención Primaria (EBAP) se encuentran formados por personal multidisciplinario: médicos, pediatras, diplomados de enfermería, trabajadores sociales, matronas, auxiliares administrativos y de enfermería, celadores, veterinarios y farmacéuticos⁽¹⁾.

Este equipo tiene a su cargo todas las labores de promoción de salud, prevención de la enfermedad, asistencia curativa, de cuidados, rehabilitación y reincidencia en su Zona Básica de Salud -que es el ámbito territorial que le corresponde⁽²⁾.

Varias zonas básicas de salud conforman un Distrito de Atención Primaria, nivel en el que se ubica el equipo directivo y un equipo de apoyo a los EBAP en temas de vigilancia epidemiológica, coordinación de programas de salud, educación para la salud, salud ambiental y alimentaria y farmacia⁽³⁾. También en este nivel se encuentran los dispositivos de apoyo: radiología, rehabilitación, tocología, planificación familiar, salud mental...

Esta organización podría ser de muchas otras maneras: por ejemplo, en otros países europeos los médicos y las enfermeras se dedican exclusivamente a la tarea curativa y de cuidados, dejando en manos de un técnico en salud pública la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia epidemiológica, atención alimentaria y ambiental...

Nuestro modelo facilita la atención integral y la realización de múltiples actividades que iremos viendo como necesarias, aunque todos sabemos de las múltiples dificultades que pueden darse en el trabajo en equipo y cuando es necesario trabajar en colaboración con otros sectores sociales.

En toda esta tarea, el Equipo de Atención Primaria se encuentra apoyado por el nivel especializado,

que -de momento- se encuentra sectorizado: cada distrito tiene un hospital de referencia para segundo y tercer niveles⁽⁴⁾.

Pues analizada en breves líneas nuestra organización general, me centraré en la organización de la atención a la salud maternainfantil en los Distritos de Atención Primaria.

El tema que nos ocupa ha tenido, afortunadamente, una organización y distribución de funciones muy bien definida desde que las competencias en materia de Sanidad nos fueron transferidas^(5,6). Desde el principio la atención a la salud maternainfantil fue considerada prioritaria en nuestra comunidad autónoma, con el fin de mejorar los indicadores negativos de salud, mortalidad materna y mortalidad infantil, que son los más sensibles a una atención sanitaria adecuada.

Básicamente la organización de esta atención está basada en una serie de programas que pueden dar respuesta a todas las necesidades de SALUD MATERNAINFANTIL:

* DURANTE LA ETAPA REPRODUCTIVA DE LA MUJER, PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR^(7,8), integrado en los centros de salud y también en los centros sanitarios no reconvertidos. Nace con el objetivo de que la mujer pueda elegir el mejor momento psicológico, físico y "social" de tener un hijo, controlando, incluso, las posibles dificultades. Elegir las condiciones adecuadas para la concepción, disminuye el riesgo del recién nacido. En los últimos años se ha hecho un esfuerzo muy especial en la prevención del embarazo no deseado en los jóvenes y adolescentes, acompañado de mejora de la información sobre la manera más sana de vivir la sexualidad... es el programa "TARDE JOVEN".

Este programa ha evolucionado mucho, nace en un momento muy determinado de la historia y su objetivo primero fue alcanzar la mayor accesibilidad posible -geográfica y cultural- de la población a los métodos anticonceptivos. Hoy la situación es la siguiente:

Programa de salud maternainfantil

- Planificación familiar
- Control de embarazo
- Educación maternal
- Visita puerperal
- Detección precoz de metabopatías
- Seguimiento de la salud infantil "niño sano"
- Vacunaciones infantiles
- Salud escolar

un 30% de las mujeres en edad fértil está incluida en el programa, la oferta es muy amplia, incluyendo la prevención del embarazo no deseado, prevención y diagnóstico precoz de ETS y cáncer de cérvix, orientación y educación sexual, información y oferta de IVE, con atención prioritaria a jóvenes y adolescentes.

Presenta, no obstante, algunas debilidades: es necesario conocer si la evaluación del riesgo que se realiza a las mujeres atendidas es correcta y predice verdaderamente los riesgos que estamos intentando buscar. Por otro lado, es muy elevado el porcentaje de mujeres que no han utilizado este programa y es necesario plantearse como necesaria la captación de las mujeres que, de entrada, por sus condiciones socioeconómicas y culturales pueden ser consideradas de riesgo. Cualquier riesgo se encuentra multiplicado si a él se asocia un riesgo social⁽⁹⁾.

Otro aspecto interesante es que la consulta de planificación familiar es un lugar adecuado para realizar las actividades que se han llamado "preconcepcionales"⁽¹⁰⁾, en aquellas mujeres que tienen prevista la maternidad en un plazo determinado de tiempo: detección y tratamiento de determinadas enfermedades con mal resultado reproductivo, prevención de riesgos, y disminución de aquéllos que hayan podido detectarse. Son actividades interesantes a desarrollar, desde el punto de vista de la promoción de salud y, no sólo desde el programa de planificación familiar, sino de forma oportunista en cualquier consulta. Con el modelo en el que estamos trabajando no es necesario crear una consulta para cada nueva actividad.

* DURANTE EL PERÍODO PRE Y PERINATAL, PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO. En muy estrecha colaboración con el nivel especializado, este programa ha conseguido un nivel tan alto de protocolización y normatización, que apenas existen divergencias en su desarrollo^(11,12). Esta unificación de criterios ha hecho que

Programa de salud maternainfantil

Objetivos

- Detección precoz de riesgos, su eliminación y control
- Diagnóstico precoz de los problemas
- Seguimiento adecuado que prevenga las secuelas y maximice la calidad de vida

se avance muy deprisa en la mejora de la atención a la embarazada. Se encuentra a cargo del EBAP, fundamentalmente médicos y matronas, del dispositivo de apoyo del distrito y el nivel hospitalario en embarazos de alto riesgo. Desde el principio las actividades de este programa van dirigidas a la captación precoz de la embarazada, antes de las 12 semanas de gestación, el control de los factores de riesgo durante 8–9 visitas de control, que incluyen screening serológico, 3 ecografías, detección precoz y control de la diabetes gestacional, HTA, ... todas las actividades necesarias para evitar la aparición de factores de riesgo y controlar los efectos de los ya existentes. Actualmente existen buenas coberturas, aunque con muchas diferencias entre distritos: un promedio del 60% de las mujeres gestantes realizaron en 1994 cinco o más visitas de control de embarazo.

En relación al parto, prácticamente el 100% de las embarazadas acuden al hospital, lo que –al menos de entrada– disminuye las posibilidades de riesgos asociados al momento del parto. Incluso aumenta las posibilidades de cesárea buscando la prevención de estos riesgos: el porcentaje de cesáreas está aumentando espectacularmente (del 10,5% en 1986 se ha alcanzado el 16,5% en 1994⁽¹³⁾). Se ha avanzado enormemente en la humanización del parto, lo que mejora sensiblemente la calidad en relación a las vivencias de la embarazada y, desde luego, al desarrollo del mismo⁽¹⁴⁾.

Otra actividad comprendida en este programa muy importante de cara a prevenir riesgos durante el periodo periconcepcional es la educación maternal⁽¹⁵⁾. La oferta de este servicio lo ha convertido en uno de los más accesibles de los que disponemos, con cerca de trescientas unidades en Andalucía. Con un mínimo de tres sesiones y máximo muy variable, pero que puede alcanzar las doce sesiones, las embarazadas aprenden a conocer qué está pasando con su cuerpo y con el del niño, qué cosas benefician y cuáles perjudican al desarrollo del feto y el recién nacido, y aprenden técnicas para mantenerse en mejor forma y facilitar el parto. En muchos distritos corre a cargo de la matro-

Prevención y seguimiento deficiencias

<i>Actividad</i>	<i>Instrumento</i>	<i>Agente</i>
Determinación	Correcta evaluación riesgos potenciales	EBAP:
Eliminación	Estrategias de riesgo	D. apoyo
Modificación	"PMI"	Obstetricia
Riesgos	"Atención parto"	Neonatología
	"Atención neonato"	
Diagnóstico precoz	Correcta aplicación protocolos	
Seguimiento	Valoración inicial riesgo evolutivo	EBAP
	Planificación alta	Neonatología
	Plan seguimiento según:	U. maduración
	- alteraciones psicológicas	Familia
	- evolución activa	Salud mental
	- apoyos en el entorno	Rec. entorno
Normalización	Planes de normalización	EBAP/A.E.
	Seguimiento puntual AP/AE	Familia/escuela
		Grupos de interacción

Preveniones secundaria y terciaria

<i>Actividad</i>	<i>Instrumento</i>	<i>Agente</i>
	Seguimiento y tratamiento niño discapacitado	
Valoración situación	Planificación del alta AP/AE	U. neonatología U. maduración Pediatra AP
Plan seguimiento	Planificación alta	U. neonatología
- alteraciones psicológicas	AP/AE/Familia	U. maduración
- handicap ev. activa		Pediatra
- apoyos en entorno		Resto EBAP ESMD USMI Rec. disponibles
Normalización	Planes normalización	Familia/escuela
Seguimiento puntual	Procolos seguimiento	Pediatra AP Resto EBAP U. neonatología U. maduración Rec. disponibles

na, con la participación activa de pediatras y profesionales de salud mental. Los primeros para orientar los cuidados del recién nacido y reforzar la información sobre el desarrollo del feto y los factores que lo influyen los segundos, para realizar psicoprofilaxis, dirigida, fundamentalmente, a potenciar las vivencias positivas a fin de reforzarlas durante el período puerperal. Las debilidades que presenta este programa son que, a pesar de la oferta, la cobertura ronda el

50% de las mujeres gestantes. Además, la participación de las parejas aún es escasa.

Tras el parto, y en un plazo normalmente menor a 15 días, la embarazada realiza un control puerperal, generalmente, de la matrona de Atención Primaria, donde se realiza exploración de la mujer y del recién nacido. En el distrito Rinconada nos hemos propuesto el objetivo de que en el caso de mujeres de riesgo social elevado, esta visita sea en el domicilio,

para poder valorar el entorno. La colaboración entre la matrona y el pediatra es fundamental en este momento, ya que de ésta depende mucho el éxito de la captación para los programas dirigidos a la salud infantil. Las coberturas de esta actividad son igualmente variables, situándose la cobertura media en Andalucía cercana al 70%.

En este programa considerado globalmente es necesario potenciar nuevamente la evaluación correcta del riesgo en las visitas de control, y el desarrollo de estrategias de riesgo que acerquen a las mujeres de mayor necesidad. Otro aspecto en el que merece la pena avanzar de cara a la prevención de riesgos serían la captación precoz de la embarazada, incluso antes de las 8 semanas de gestación.

Continuando cronológicamente, el programa que tiene su lugar ahora es el de detección precoz de metabolopatías (fenilcetonuria e hipotiroidismo), con una cobertura muy cercana al 100%. En nuestro distrito la extracción es realizada por la matrona –en los sitios donde esto es posible– al quinto día del nacimiento, así mejoramos la captación para la visita puerperal y el resto de los programas infantiles. El desarrollo de este programa desde 1986 ha hecho posible la detección precoz de unos 50 casos anuales, que han podido desarrollarse dentro de la normalidad, mejorando su pronóstico enormemente.

La primera cita en el PROGRAMA DE NIÑO SANO tiene lugar antes de que el recién nacido cumpla el mes de edad, luego las visitas se adaptan al calendario vacunal y a las necesidades del niño⁽¹⁶⁾. En general, los niños realizan 5 controles durante el primer año de vida en los que se sigue muy de cerca su desarrollo, pudiéndose detectar, de esta manera, signos de alerta con gran fiabilidad. Durante el segundo año realizan un par de controles y luego uno a los 3 y a los 4 años⁽¹⁷⁾.

Es un programa de gran calidad en cuanto a la posibilidad de detectar muy precozmente riesgos y deficiencias y la capacidad de intervención es muy grande. Actualmente alcanza a la mitad de los niños andaluces y su ampliación se encuentra sujeta a la puesta en marcha de los Centros de Salud: se observa claramente que los distritos disminuyen su cobertura conforme tienen más zonas sin reconvertir.

Desde 1995 el distrito Rinconada oferta el programa se en todos los centros sanitarios, reconvertidos o no, gracias al esfuerzo de los pediatras que realizan el programa en consultorios y ambulatorios de forma voluntaria.

Cuenta, pues, entre sus debilidades con una oferta aún no desarrollada del todo, con una necesidad de actuar activamente en poblaciones de riesgo y, al igual que en el resto de los programas de salud maternainfantil, con la necesidad de evaluar y adecuar las escalas de valoración de riesgos.

Aunque a este programa se le denomina coloquialmente NIÑO SANO, su objetivo fundamental es el SEGUIMIENTO DE LA SALUD INFANTIL. Quiero resaltar esto, pues es el lugar en el que también encuentran su lugar los niños con necesidades especiales, los niños con problemas crónicos de salud. Es un espacio de enormes calidades para el trabajo conjunto con el nivel especializado en el seguimiento de niños con discapacidades facilitando, así, el mantenimiento en su entorno de los niños y la colaboración con los recursos comunitarios disponibles⁽¹⁸⁾.

Una vez se detecta la discapacidad en el recién nacido entran en juego las actividades de prevenciones secundaria y terciaria en el que lo más importante es la coordinación perfecta entre Atención Primaria, las unidades especializadas que se encuentren implicadas según la edad del niño y el tipo de déficit, los Equipos de Salud Mental y las Unidades de Salud Mental Infantil en caso de afectación psicológica y todos los agentes protagonistas del entorno del niño: familia, escuela, planes de atención temprana, etc. Buscando la división óptima del trabajo⁽¹⁹⁾.

Se trataría de intentar que AP proporcione, con el apoyo especializado, la atención necesaria para la asistencia global a estos niños y sus necesidades especiales, evitando el “secuestro hospitalario”⁽¹⁸⁾. El responsable sería el pediatra de EBAP, contando con el resto del equipo que, a través de otros programas y actividades, están permanentemente en contacto con el medio habitual del niño. Estoy hablando del médico o la enfermera responsable de su colegio, el médico de cabecera de sus padres, la enfermera que lo vacuna, lo pesa, lo talla o le hace fisioterapia y la trabajadora social que será interlocutora del resto de los problemas sociales de su entorno.

Para ello el instrumento a utilizar es la planificación conjunta del alta entre AP y AE, una vez realizada la valoración inicial especializada.

Paralelamente al programa de niño sano y desde mucho más antiguo se desarrolla el programa de vacunaciones infantiles⁽²⁰⁻²²⁾. La mortalidad por malformaciones congénitas, accidentes o tumores, ha desplazado a las causas nutricionales e infecciosas en los últimos años. Sólo en cinco años la cobertura vacunal

en niños de 2 años en Andalucía ha aumentado un 30%, situándose actualmente alrededor del 93%, esta vez con pocas diferencias entre distritos. Han desaparecido los casos de tétanos neonatal, difteria, polio y rubéola congénita y se han reducido a casos y brotes aislados las demás enfermedades incluidas en el calendario vacunal.

Finalmente, el programa maternoinfantil incluye la atención a la salud escolar^(23,24) cuyas actividades se pueden resumir en tres apartados:

- * Detección precoz de problemas de visión, columna, somatometría y criptorquidias que merecen una intervención precoz.

- * Finalización del calendario vacunal a los 6, 11, 12 y 14 años.

- * Educación para la salud: promoción de hábitos de vida saludables y corrección de hábitos de riesgo.

En resumen, todos los programas que integran la organización de la atención a la salud maternainfantil en Andalucía, pretenden mantener bajo vigilancia todos los períodos relacionados con la concepción y desarrollo del niño. Los objetivos últimos son:

- * la detección precoz de riesgos, su eliminación y control.

- * el diagnóstico precoz de los problemas que pudieran determinarse.

- * el seguimiento adecuado que prevenga secuelas y maximice la calidad de vida.

En función de estos objetivos, el programa de atención maternoinfantil presenta TRES debilidades, que se convierten en fortalezas cuando se ven superadas:

- * LA CAPTACION, tanto de la madre, como del hijo TIENE QUE SER PRECOZ.

- * LA COBERTURA de los programas TIENE QUE ALCANZAR A LAS POBLACIONES DE MAYOR RIESGO SOCIAL, o mejor dicho: estas poblaciones deberían ser el objetivo prioritario de todos los programas.

- * LA NECESIDAD DE INSTRUMENTOS VÁLIDOS PARA LA EVALUACIÓN DEL RIESGO, incluyendo el riesgo social.

Las coberturas conseguidas han mejorado notablemente en los últimos años hasta conseguirse indicadores que nos pueden garantizar que la inmensa mayoría de las mujeres y los niños se encuentran protegidos por un adecuado seguimiento. La pregunta es ¿el porcentaje de mujeres y niños que aún quedan sin control serán los que más lo necesitan? La respuesta a esta pregunta es, invariablemente, sí.

Buen reflejo de ello puede recogerse de la experiencia realizada en muchos Distritos con el Progra-

Tabla I Prevención primaria. Detección y control de riesgos

Período preconcepcional	Planificación familiar	EBAP: Médico, enfermera, T. social D. de apoyo -2º nivel- D. especializado -3º nivel- Eq. salud mental
Período concepcional	Programa de seguimiento de embarazo Educación maternal	Unidades de promoción de salud y atención a la mujer de los ayuntamientos EBAP: Médico, matrona, enfermera, T. social D. apoyo -Tocología- Alto riesgo hosp. Eq. salud mental
Parto	Atención al parto	Matrona hospital Tocólogo hospital
Periconcepcional	Visita puerperal Niño sano Detección precoz de metabopatías Vacunaciones infantiles Detección riesgo neonatal	EBAP: médico, matrona, enfermera, T. social, pediatra U. neonatología

Tabla II Prevención secundario y terciaria. Seguimiento y tratamiento niño con handicap

Valoración de la situación de riesgo evolutivo	Planificación del alta AP/AE	U. neonatología U. de maduración Pediatra de AP
Plan de seguimiento * alteraciones psicológicas * hándicap evolutivo activo * cuidados y apoyo en su entorno	Planificación del alta AP/AE/familia	U. neonatología U. de maduración Pediatra de AP Eq. salud mental USMI Recursos disponibles en su comunidad
Normalización Seguimiento puntual	Planes de normalización protocolos seguimiento	Familia/escuela Pediatra de AP U. neonatología U. maduración

ma de vacunaciones infantiles. En 1992 había municipios donde la cobertura vacunal aún se encontraba en el 40%. Existía la sensación entre los profesionales de la salud de que los niños estaban vacunados, aunque no constara en los registros de la "administración". Se hizo una búsqueda activa de los niños y, efectivamente, la cobertura subió al 60%, pero aún se mantenía excesivamente baja. A partir de ese momento se inicia la estrategia de captación activa de los niños: en la actualidad, de 1.000 niños que nacen cada año, aproximadamente unos 50 quedan sin vacunar: estamos hablando de coberturas del 95%. Como conocemos los nombres de los niños, podemos localizarlos y sabemos que absolutamente todos son de riesgo, fundamentalmente, riesgo social.

Por ello, para obtener el mejor rendimiento de estos programas en lo que se refiere a detección precoz de riesgos, diagnóstico precoz de los problemas y seguimiento adecuado, es imprescindible avanzar en la aplicación de estrategias de riesgo, comunitarias e individuales y en la aplicación de instrumentos de evaluación del riesgo que puedan ser utilizados cuando ya se ha conseguido la captación.

De esta manera, la organización de la prevención y seguimiento de situaciones de riesgo para el adecuado desarrollo psiconeurosensorial, podría concretarse como sigue: (Tablas I y II).

BIBLIOGRAFÍA

- Decreto 195/1985 de 28 de agosto sobre ordenación de los Servicios de Atención Primaria en Andalucía.
- Orden de 2 de setiembre de 1985 por la que se aprueba el Reglamento general de organización y funcionamiento de los Centros de Atención Primaria en Andalucía.
- Orden de 13 de noviembre de 1986 por la que se regulan los órganos de dirección y gestión de los Distritos de Atención Primaria de Salud.
- Decreto 105/1986 de 11 de junio sobre ordenación de la asistencia especializada y órganos de dirección de los hospitales.
- Real Decreto 1118/1981, de 24 de abril, sobre traspaso de competencias, funciones y servicios a la Junta de Andalucía en materia de sanidad.
- Decreto 219/1985 de 9 de octubre sobre la atención a la salud maternoinfantil.
- Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Dirección General de Atención Primaria y Promoción de la Salud. Planificación Familiar en Andalucía.
- Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Servicio Andaluz de Salud. Manual de Normas y procedimientos del programa de planificación familiar.
- Pons Tubío A.
- Navarrete López-Cózar, L. Criterios del ejercicio profesional y garantía de calidad en obstetricia. En: Escuela Andaluza de Salud Pública. Cinco Simposios para el Consenso. Serie de Monografías de la EASP nº 9. García Calvente M^aM. y Mon Carol M^aA. editoras. Granada 1995.
- Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Dirección General de Atención Primaria y Promoción de la Salud. Asistencia Obstétrica en Atención Primaria. Sevilla 1987
- Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública. Manual de Atención al embarazo, parto y puerperio. Sevilla, 1994.
- Bedoya JM^a. Información elaborada a partir de los datos proporcionados por el CMBD hospitalario. No publicada.
- Decreto 101/1995, de 18 de abril, por el que se regulan los derechos de los padres y de los niños en el ámbito sanitario durante el proceso del nacimiento.

- 15 Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Dirección General de Atención Sanitaria. Guía para la Educación maternal en Atención Primaria. 2ª ed. Sevilla. 1992
- 16 Asociación de Pediatras de Centros de Salud de Sevilla. I Jornadas de debate sobre control del niño sano. Sevilla 13 de febrero de 1993.
- 17 Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Servicio Andaluz de Salud. Dirección General de Atención Primaria y Promoción de la Salud. Guía para la Atención a la Salud Infantil en Atención Primaria. Sevilla. 1990.
- 18 Navarro J. Asistencia hospitalaria del niño con enfermedades crónicas. En: Escuela Andaluza de Salud Pública. Cinco Simposios para el Consenso. Serie de Monografías de la EASP nº 9. García Calvente MªM. y Mon Carol MªA. editoras. Granada 1995.
- 19 Benítez Rojas, MªJ. La integración de los niños con enfermedad crónica en el medio social y familiar. En: Escuela Andaluza de Salud Pública. Cinco Simposios para el Consenso. Serie de Monografías de la EASP nº 9. García Calvente MªM. y Mon Carol MªA. editoras. Granada 1995.
- 20 Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Dirección General de Atención Primaria y Promoción de la Salud. Vacunaciones sistemáticas. Serie manuales nº 9. Sevilla 1988.
- 21 Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Programa de vacunaciones. PVA. Cuadernos de Salud nº 11. Sevilla 1990.
- 22 Orden de 22 de diciembre de 1995 por la que se adapta el calendario de vacunaciones infantiles de Andalucía al calendario-marco del Consejo Interterritorial de Salud.
- 23 Decreto 74/1985 de acciones sobre la salud escolar en centros docentes no universitarios de la Comunidad Autónoma Andaluza y normativa que lo desarrolla.
- 24 Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública. Programa de Salud Escolar. Sevilla. 1994