

## Atención a la salud del área reproductiva de las mujeres, en atención primaria

El médico de familia (MF) es el encargado de atender en primer lugar las demandas de salud que lleva a su consulta cualquier persona. Una de las características diferenciadoras de su práctica es el abordaje integral, es decir, la oferta a su población de cuidados curativos, preventivos y de promoción de la salud. Las actividades que se ofertan en atención primaria (AP) dirigidas al área reproductiva de las mujeres son, sobre todo, actividades de fomento-prevenición de la salud y el manejo de una serie de enfermedades muy prevalentes.

La atención del MF a las mujeres debe ser igual que la ofrecida al resto de la población, sin fragmentarla por edad, actividad curativa o preventiva, o por el tipo de enfermedad. No existen motivos científicos ni técnicos para considerar que el aparato reproductor de las mujeres requiera del nivel especializado por principio, igual que no lo consideramos para ningún otro órgano/aparato del cuerpo humano. Hay evidencia de buenos resultados y mayor satisfacción de las mujeres en esta área al ser atendidas por los MF<sup>1</sup>. La atención integral a las mujeres es parte substancial de la práctica de los MF de nuestro entorno. Sin embargo, en España presenta una implantación desigual y depende sobre todo de la política sanitaria de cada comunidad autónoma<sup>2</sup>.

La frecuencia de consultas ginecoobstétricas al MF es elevada: el 29% de todas las visitas realizadas en AP realizadas por mujeres en edad fértil en Estados Unidos entre 1989-1990 eran consultas de este tipo. En el análisis de los motivos de consulta durante un año en un centro de salud urbano de nuestro país<sup>3</sup> se halló que el 24,4% de las visitas realizadas a mujeres de 15-44 años eran referidas a esta área. Las mujeres en edad fértil representan el 23% de la población, y alcanzó el 34% si incluimos a las mujeres hasta los 65 años.

En un intento por aclarar los motivos por los que no se ha generalizado la integración de estas actividades en la práctica del médico de AP encontramos, por un lado, motivos históricos, como el desprestigio del primer nivel que se produjo a final de las décadas de los sesenta y setenta, que provocó la progresiva pérdida de competencias de los médicos de primer nivel a favor del ámbito hospitalario. En ello influyó el impulso científico, que propició una mejora ostensible en la infraestructura del medio hospitalario con la incorporación de nuevas tecnologías. Como consecuencia de esta política sanitaria se potenciaron las especialida-

des de segundo nivel, dando lugar a una desviación de los pacientes, recursos y prestigio social hacia el hospital. A pesar de que existe un Plan de Atención Integral a las Mujeres de ámbito estatal desde 1996, ha faltado voluntad política para asegurar la incorporación de sus actividades en AP. Y, como recogíamos en un editorial hace 7 años<sup>4</sup>, también existen dificultades para asumir actualmente este compromiso asistencial por parte de los profesionales de AP, incluso en aquellas comunidades donde las autoridades sanitarias han diseñado estrategias para su implantación, siendo la desmotivación un elemento importante a tener en cuenta. La falta de formación en el pregrado y posgrado contribuyó a considerar el área ginecoobstétrica poco atractiva para los profesionales de AP, situación que, aunque en menor intensidad, todavía persiste en la actualidad a pesar de que se cuenta con una formación específica en el período de formación MIR.

En el Programa Nacional de la Especialidad, dentro del área competencial de atención al individuo, se encuentran recogidas las competencias que debe adquirir el médico residente referidas al seguimiento de embarazos de bajo riesgo obstétrico, prevención de embarazos no deseados, métodos anticonceptivos, técnicas de cribado de cáncer ginecológico, atención a los síntomas del climaterio y a los motivos de consulta ginecoobstétricos más prevalentes.

La mayoría de los países desarrollados, prácticamente todos los de la Unión Europea, tienen programas de formación de medicina de familia y en todos ellos se reconoce la necesidad de formación en esta área de conocimiento. En Estados Unidos se ha observado recientemente un aumento de actividad de los MF en esta área a raíz de la potenciación de los programas de formación de residentes<sup>5</sup>. Sin embargo, en las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria de España es preocupante cómo se abordan estos contenidos en el tercer año de la formación, que se desarrolla en centros de salud acreditados para la docencia. En un estudio de ámbito nacional realizado en el año 1995<sup>6</sup> que recogía información de 342 centros de salud con docencia se constató que las actividades de planificación familiar se ofertaban en el 58% de los centros, el seguimiento del embarazo en el 42,5%, el diagnóstico precoz de cáncer de cérvix en el 29% y sólo se podían solicitar mamografías en el 32,7%. Si no lo hacen los tutores, ¿cómo aprenderán los residentes? Fuera de los centros de salud, con ginecólogos, y para luego no hacerlo con sus tutores.

¡Genial! Junto con los conocimientos y habilidades se transmiten valores, «modos de hacer y pensar» que identifican nuestra práctica en esta área y que deben transmitirse a los futuros MF. No contamos con datos más actualizados, pero por información indirecta se puede asegurar que la situación ha variado muy poco. Y si así era en los centros docentes, ¿que ocurriría en los no docentes?

Evidentemente, esta situación no sólo es atribuible a la actitud profesional de los MF que trabajan en los centros de salud sino, en gran medida, a las decisiones tomadas por las autoridades sanitarias. En las comunidades autónomas donde la opción ha sido otorgar estas competencias a los ginecólogos y donde algunos MF con cargos de gestión han sido protagonistas en la consolidación de este nada deseable modelo<sup>7</sup>, se está desvirtuando el modelo de AP que preconizó la Organización Mundial de la Salud en 1978 en Alma Ata creando una ginecología de AP: ginecólogos apartados de sus servicios de ginecología, de los hospitales, de los quirófanos, dedicados monográficamente a atender problemas considerados banales o menores para un ginecólogo y a realizar actividades preventivas, atención que pueden prestar, y de hecho están prestando de manera satisfactoria los MF, sin romper la continuidad de la atención y con una mayor eficacia debida a su mayor accesibilidad, mejores coberturas y acceso a poblaciones de riesgo. Los «genios» de la gestión dicen que así se proporciona una atención integral en AP, ubicando ginecólogos en los centros de salud. Según este nuevo modelo, «lo integral» será una gran policlínica con muchos especialistas «integrados en un edificio». La realidad es que no se trata de «¿dónde colocarlos?» cuando sobran ginecólogos o MF, sino de planificar la mejor atención, de defender una atención integral.

Las mujeres sanas y las que presentan enfermedades asumibles por la AP pueden ser correctamente atendidas por los MF. Pero es necesaria la coordinación de la AP con los servicios de ginecología, al igual que con otros servicios de segundo y tercer nivel, para completar la atención de nuestras enfermas en los motivos de consulta que precisan de sus capacidades y su alta tecnología, sin demoras y en el contexto de una estrecha colaboración. Los recientes documentos elaborados por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y otras sociedades, especialmente las más implicadas en la salud reproductiva —Sociedad Española de Contracepción (SEC) y Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)—, Manejo de la anticoncepción hormonal oral, Manejo de la anticoncepción intrauterina, Anticoncepción de emergencia, Infección perinatal por *Streptococcus agalactiae*, son ejemplos de colaboraciones deseables y necesarias que pueden ayudar a mejorar la atención general de las mujeres en nuestro país, una línea que debe continuarse.

Cuando la atención se realiza en los centros de salud por los médicos de familia y se establecen mecanismos eficaces de coordinación con los otros niveles asistenciales, como es

el caso de las Actividades de Salud Materno-Infantil en Andalucía, no sólo se asegura la adecuada formación del futuro médico de familia sino que se constatan mejores resultados en la aplicación de las medidas preventivas del área de salud reproductiva de las mujeres. El objetivo de cualquier sistema sanitario es proporcionar una atención de calidad, para lo que debe establecer una clara delimitación de competencias profesionales que propicie una adecuada coordinación entre niveles asistenciales, no tiene sentido repetir ofertas<sup>8</sup>. Es necesario que las autoridades sanitarias asuman que las actividades de prevención dirigidas al área reproductiva de las mujeres deben tener un enfoque poblacional y que la AP es el único nivel del sistema de salud que garantiza la equidad y asegura una mayor efectividad. Al igual que en otras situaciones de salud, y siguiendo la ley de rendimientos inversos, «quien más necesita es quien menos utiliza», las mujeres de mayor riesgo para determinadas actividades de atención son las que menos utilizan los servicios. Desde la consulta del MF, por sus características de accesibilidad geográfica, longitudinalidad y abordaje psicosocial se pueden establecer estrategias de riesgo que permitan acceder a estos grupos más vulnerables de población (gestantes con riesgo social, adolescentes con riesgo de embarazo, mujeres con riesgo para cáncer de cérvix, recaptación en programas de cáncer de mama, etc.). La creencia de que una mayor disponibilidad de tecnología se asocia siempre a una mejor calidad de la atención no es acertada. Cuando se valora el grado de satisfacción<sup>9</sup> en la atención ginecoobstétrica recibida en la AP y la atención especializada no existen diferencias.

Cuando se ofertan estas actividades en los centros de salud, algunas mujeres que durante muchos años han sido derivadas al ginecólogo pueden mostrar inicialmente cierta resistencia a recibir atención por el MF. También se resisten a abandonar prácticas no basadas en la evidencia, como las «revisiones ginecológicas anuales» cargadas de exploraciones sin base científica. Para los MF que tradicionalmente prestan atención integral a su población, esta resistencia sería igual a la que se puede dar con el resto de las especialidades. La atención al área reproductiva resulta muy gratificante, sin que suponga mayores riesgos. Hay datos que muestran que los MF con práctica ginecoobstétrica están más satisfechos con su trabajo como MF, ofrecen una mayor cartera de servicio en otras áreas fuera de la reproductiva, tienen más éxito con los pacientes, ganan más y reciben menos denuncias que sus compañeros de MF sin esta práctica<sup>10</sup>. En España no es así, ya que la mayoría de los MF trabajan en el sistema público y, aunque se empieza a intentar incentivar, no se hace de manera individualizada ni significativa.

No es necesaria una tecnología especial para la atención integral a las mujeres en AP. Los recursos materiales necesarios para la realización de las tareas que supone la atención al área reproductiva son totalmente asequibles a la dotación de un centro de salud: un esfingomanómetro, un

peso-talla, una camilla de exploración con taloneras, un detector de latido fetal, instrumental básico, un microscopio óptico y un ecógrafo<sup>11</sup>. Dentro del material fungible se precisan guantes desechables, espéculos vaginales desechables, portas y cubres para poder realizar frescos vaginales, citologías y medios de cultivo para toma de exudados, dispositivos intrauterinos e implantes subdérmicos anticonceptivos. Sin embargo, no disponer de todos ellos no justifica «el todo o nada».

Existe otra tecnología, no tangible y más relevante, cuyo manejo nos permite escuchar, comprender y ayudar a nuestros pacientes, sean mujeres, niños, ancianos, etc., en numerosos problemas de salud que se relacionan con las condiciones sociales de su vida cotidiana. Esa tecnología está integrada por un conjunto de conocimientos, actitudes y habilidades que sólo aparecen recogidas en el programa formativo de los MF y cuya práctica sólo se puede concebir en el contexto de la AP. Hay que dotar a los MF de la tecnología básica para prestar una atención de calidad, formarlos adecuadamente y comprobar su competencia. Y a los que ya lo están haciendo, y bien, que los hay, reconcérselo.

Sin embargo, es evidente que el recurso más importante en AP es el tiempo, y la gestión del tiempo es una asignatura pendiente para algunos médicos de familia. En parte, lo que limita la incorporación de algunas de las actividades del área reproductiva de las mujeres es la desproporcionada asignación de usuarios/as por cada médico de familia, que se ha realizado, en la mayoría de los casos, para «recuperar la salud» sin tener en cuenta las actividades de prevención.

Se deben cambiar las condiciones actuales de la consulta diaria, ya que la excesiva burocratización de la AP y la falta de apoyos al MF por parte de otros profesionales sigue obstruyendo su progreso. Pero, a pesar de todo, ¿no están acaso los MF incorporando nuevas tareas a su práctica, como el manejo de la anticoagulación, cirugía menor, psicoterapia, infiltraciones, etc.? Y esto es bueno para los MF y sobre todo para los pacientes. ¡Actualmente no se puede justificar que la atención al área reproductiva de las mujeres sea inasumible!

Para conseguir mejoras en la atención al área reproductiva de las mujeres es necesaria una adecuada formación, acorde con el desempeño profesional en la AP. Depende, en primer lugar, de que las autoridades sanitarias pongan en marcha estrategias que aseguren la formación del futuro médico de familia en AP, evitando un déficit en su formación que con posterioridad revertirá de manera negativa en su práctica clínica.

Es importante que los responsables de políticas sanitarias asuman que es necesario dotar de tiempo al médico de familia para poder brindar una atención integral (actividades de fomento, prevención recuperación y rehabilitación) y

que los profesionales no consideremos como ajeno lo que nos es propio.

Hoy tenemos en consulta a María que cuenta con orgullo a su hijo de 14 años (tras su paso por pediatría, nos lo trae en la segunda presentación): «Este médico fue el primero que me vio al inicio de tu embarazo, y en esa visita me emocioné al oír por primera vez tus latidos. ¡Cómo pasa el tiempo!» El chico tiene un simple catarro de vías altas; su abuela, que hoy les acompaña, nos comenta que ha manchado un poco, no sabe si por la vagina o el recto, ¡hay que verla! Hace 3 meses que recetamos «la píldora» a su hermana de 18 años, y pronto vendrá a revisión. A su madre le haremos una nueva citología antes del verano. Éste es un ejemplo de atención integral, y todavía quedan muchos MF que no la están brindando. ¡Estamos a tiempo de mejorar esta situación. Merece la pena!

**E. Bailón Muñoz, L. Arribas Mir, I. del Cura González,  
A. Delgado Sánchez, B. Gutiérrez Teira,  
A. López García-Franco y A. Prieto Orzanco**

Médicos de Familia. Miembros del Grupo de Trabajo semFYC de Atención a las Mujeres. España.

## Bibliografía

1. Villar J, Khann-Neelefour D. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.
2. Arribas L, Bailón E, De la Iglesia B. El médico de familia y el control del embarazo en las distintas comunidades autónomas. *Aten Primaria* 2002;29:234-6.
3. Arribas L. Papel y competencias del médico de familia en la atención a la mujer y su coordinación con el nivel especializado. En: Libro de ponencias. XV Congreso Nacional Medicina Familiar y Comunitaria. Platja d'Aro, 1995; p. 149.
4. Bailón E, Delgado A, Arribas L, Melguizo M. La atención a las mujeres en Atención Primaria. *Aten Primaria* 1996;17:483-85.
5. Newman SR, Stone MB, Sakornbut E, Wolkomir M, Thiese SM. Obstetric care in family practice residencies: a 5-year follow-up survey. *J Am Board Fam Pract* 2002;15:20-4.
6. Delgado A. Formación y desempeño asistencial de los médicos de familia en la atención a la mujer. En: Libro de ponencias XV Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Platja D'Aro 1995; p. 151.
7. Fernández C. Cataluña crea la ginecología de primaria. *Diario Médico*, 1 de octubre de 2003.
8. Kristensen FB, Andersen KV, Andersen AMN, Hermann N, Knudsen VW, Nielsen HK. Physical examinations and laboratory test in antenatal care visits in Denmark. *Scand J Prim Health Care* 1995;13:52-8.
9. Castejón R, Delgado A, De la Revilla L, Solis JM, Ceinos F, Bellón JA. Estudio comparativo de la calidad de la atención prenatal entre centro de salud y hospital. *Aten Primaria* 1989;10:706-14.
10. Larimore WL, Sapolsky BS. Maternity care in family medicine: economics an malpractice. *J Fam Practice* 1995;40:153-60.
11. Keith R, Frisch L. Fetal biometry: a comparison of family physicians and radiologists. *Fam Med* 2001;33:111-4.