

Evaluación de Programas Salud Materno-Infantil Andalucía 1984-1994



Escuela Andaluza
de Salud Pública

M^a del Mar
García Calvente
Editora



JUNTA DE ANDALUCÍA
Consejería de Salud

EVALUACIÓN DE PROGRAMAS SALUD MATERNO-INFANTIL ANDALUCÍA 1984-1994

M^a del Mar García Calvente

Editora



JUNTA DE ANDALUCÍA
Consejería de Salud

1996



Escuela Andaluza
de Salud Pública

Catalogación por la Biblioteca de la EASP

EVALUACION de Programas: Salud Materno-Infantil: Andalucía 1984-1994/

editora: M^a del Mar García Calvente _

Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1996 (Serie de Monografías: 16)

NLM Classification WA 310

1. Salud materno-infantil. 2. Evaluación de Programas. I. García Calvente, M^a del Mar. II. Serie.

Edita:

ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA

Campus Universitario de Cartuja. Apdo. de Correos 2070

18080 Granada España

ISBN: 84-87385-35-4

Depósito Legal: GR-1049-96

Diseño de Cubierta: Ángel Collado

Ilustración de cubierta: Pablo Picasso: *Las tres figuras* (época azul)

Fotocomposición: M Salvatierra

Imprime: Copartgraf S.C.A.



Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma ni por ningún medio de carácter mecánico ni electrónico, incluidos fotocopia y grabación, ni tampoco mediante sistemas de almacenamiento y recuperación de información, a menos que se cuente con la autorización por escrito de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Las publicaciones de la Escuela Andaluza de Salud Pública están acogidas a la protección prevista por las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Escuela Andaluza de Salud Pública, juicio alguno sobre la condición jurídica de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto a la delimitación de sus fronteras.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Escuela Andaluza de Salud Pública los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

De las opiniones expresadas en la presente publicación responden únicamente los autores.

Editora:

María del Mar García Calvente

Autores:

Guadalupe Carmona López

María Teresa Cruz Piqueras

Isabel Fernández Ruiz

María del Mar García Calvente

Pilar Gutiérrez Cuadra

Mariano Hernán García

Joan Carles March Cerdá

M^a Ángeles Prieto Rodríguez

Fernando Silió Villamil

Profesionales colaboradores en el proyecto de Evaluación del Programa de Salud Materno-Infantil:

1) Por la Escuela Andaluza de Salud Pública:

Análisis de impacto y necesidades:

M^a del Mar García Calvente, Isabel Fernández Ruiz,
Pilar Gutiérrez Cuadra

Análisis de opinión de los usuarios:

Mariano Hernán García, Joan Carles March Cerdá,
M^a Teresa Cruz Piqueras

Auditoría de gestión:

Fernando Silió Villamil, M^a Ángeles Prieto Rodríguez,
Guadalupe Carmona López, Pilar Gutiérrez Cuadra

Análisis de costes:

Guadalupe Carmona López, Fernando Silió Villamil,
M^a Ángeles Prieto Rodríguez

2) Por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

Dirección General de Salud Pública

M^a Antigua Escalera Urkiaga
Gloria Andérica Frías
Ángeles Mon Carol
Rafael Muriel Fernández
Ana Rufo Romero
Manuel Silva Perejón

Servicio Andaluz de Salud

José M^a de la Higuera González
Rafael Pereiro Hernández
Elisa Vizuete Rebollo

ÍNDICE

PRÓLOGO	7
INTRODUCCIÓN	11
I. ENFOQUES EN LA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS	13
A. Marco para evaluar programas de salud	15
B. Descripción del programa.....	18
C. Planteamiento del proyecto de evaluación	23
II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	29
A. Diseño de la evaluación: Pluralidad y participación	31
B. Análisis de necesidades y valoración del impacto.....	36
C. Análisis de la opinión de los usuarios	40
D. Auditoría de la gestión.....	47
E. Análisis de los costes.....	52
III. EVALUACIÓN	61
A. Planificación de la fecundidad	63
1. Impacto sobre la planificación de la fecundidad	63
2. Opinión de las usuarias de los servicios de planificación familiar	79
B. Maternidad y nacimiento	87
1. Impacto sobre la salud durante la maternidad	87
2. Impacto sobre la salud de los recién nacidos.....	104
3. Opinión de las usuarias de los servicios de atención al embarazo, parto y puerperio.....	115
C. Infancia y adolescencia.....	123
1. Impacto sobre la salud en la infancia y la adolescencia	123
2. Opinión de los usuarios de los servicios de salud infantil	160
3. Perspectiva de los niños en una encuesta infantil.....	167

D. Funcionamiento del Programa de Salud Materno-Infantil.....	175
1. Accesibilidad a los servicios materno-infantiles	175
2. Organización interna del programa.....	182
3. Directrices del programa	193
4. Estrategias de captación en los sub-programas	196
5. Sistemas de información y registro	202
6. Continuidad de la atención.....	206
7. Formación de los profesionales.....	216
8. Motivación e incentivos.....	219
E. Análisis de los costes del Programa de Salud Materno-Infantil	225
1. Embarazo, parto y puerperio: Coste según protocolo.....	225
2. Seguimiento de la salud infantil: Coste según protocolo.....	227
3. Planificación de la fecundidad: Coste según protocolo.....	227
4. Coste del programa en 1993	229
F. Necesidades y retos actuales de la salud materno-infantil	231
1. Planificación de la fecundidad	231
2. Atención a la maternidad y al nacimiento	234
3. Salud durante la infancia y la adolescencia	235
IV. CONCLUSIONES	239
A. Programa de planificación familiar.....	241
B. Programa de atención al embarazo, parto y puerperio.....	244
C. Programa de atención a la salud infantil.....	247
D. Fortalezas y debilidades del programa	250
V. RECOMENDACIONES	253
VI. AGRADECIMIENTOS.....	263
VII. BIBLIOGRAFÍA	269

PRÓLOGO

En el conjunto del Estado Español, y aún en los países de nuestro entorno europeo, el abordaje de la salud de colectivos amplios de forma integral, mediante programas que abarquen desde la atención y asistencia sanitaria hasta la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, más allá de las campañas y luchas sanitarias mantenidas en el tiempo, es ciertamente reciente.

Evaluar este tipo de programas, de forma amplia y rigurosa, valorando las actividades realizadas, su impacto en la población, los resultados obtenidos y los procesos en la prestación del servicio, identificando además sus fortalezas y sus oportunidades de desarrollo, pero también sus debilidades y las amenazas a las que está sometido, con una perspectiva temporal dilatada, es aún más infrecuente.

Una evaluación de este tipo es la que la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía acometió con el trabajo objeto de esta publicación. Su realización fue confiada en el marco del Plan Andaluz de Investigación y Docencia Materno-Infantil, a la Escuela Andaluza de Salud Pública, entidad cuya capacidad técnica y prestigio internacional suponen un valor añadido a esta evaluación.

En ella no sólo se ha procedido al análisis de los indicadores clásicos de morbimortalidad o a la evolución de algunos parámetros epidemiológicos (que han sido buenos). También se ha querido conocer la opinión de profesionales, gestores y usuarios, así como los procesos de prestación del servicio, avanzado en la política de situar al ciudadano como centro del Sistema Público de Salud, y a los profesionales como protagonistas de la prestación del servicio.

De esta evaluación se desprende una evolución positiva y más que satisfactoria, tanto desde la perspectiva de la oferta y utilización de los servicios, como desde los resultados obtenidos. Del mismo modo, se evidencia la buena acogida dispensada por los usuarios y los profesionales a los nuevos servicios ofertados desde el Programa de Salud Materno-Infantil.

Siendo importante la constatación de que la línea emprendida es bien aceptada por los usuarios y profesionales, y que ha contribuido a elevar el nivel de salud de la población, quizás lo más interesante de esta evaluación sea

precisamente la identificación de las debilidades y amenazas del Programa de Salud Materno-Infantil, desde la múltiple perspectiva de ciudadanos, profesionales y gestores.

Algunas de las debilidades y de las oportunidades de desarrollo del Programa detectadas se han abordado ya. Baste citar el avance que sobre la base de una alta calidad científica y técnica ha supuesto el Decreto por el que se determinan los derechos de los padres y los niños en el ámbito sanitario en el proceso del nacimiento; el Convenio realizado con Correos para garantizar la agilidad del circuito postal del Subprograma de Detección de Metabolopatías; la potenciación dentro del Contrato-Programa Consejería-SAS de las actividades tendentes a mejorar la coordinación entre los niveles asistenciales y de nuevas fórmulas de gestión, así como la mejora constante y la integración de los sistemas de información.

En otros aspectos, los esfuerzos se han orientado a aumentar y difundir la oferta de determinados servicios, como los de Planificación Familiar y los de Educación y Orientación Sexual para Jóvenes, servicios en que el compromiso se centra fundamentalmente en que los ciudadanos dispongan de una oferta adecuada y suficiente.

También se han acometido proyectos de gran alcance, como es el programa de Detección de Cáncer de Mama iniciado en 1995 y que continúa en este año su desarrollo.

La próxima publicación de la Guía de Atención al Niño con Problemas Crónicos de Salud y el inicio de los trabajos para efectuar la valoración del estado nutricional de la población en Andalucía y establecer la determinación reglada de la citología vaginal ilustran claramente el camino emprendido en el marco del Plan Andaluz de Salud.

Aunque normalmente los resultados y las recomendaciones que las entidades auditoras y evaluadoras efectúan a cualquier organización son de uso interno, la Consejería de Salud ha querido poner a disposición de los profesionales y de los usuarios este informe.

Y esto por el convencimiento de que debe ser objeto de reflexión no sólo por los administradores de los servicios, sino también por los gestores responsables de la ejecución en el nivel operativo de las políticas sanitarias, por los

profesionales como protagonistas de la prestación del servicio, y por los ciudadanos como razón de ser del sistema.

Un Sistema Público de Salud no se construye ni se mantiene desde las administraciones, sino desde la voluntad de los ciudadanos y el trabajo de los profesionales. Por tanto, en gran medida está en sus manos determinar qué desarrollo es deseable para el sistema y qué nivel de responsabilidades están dispuestos a asumir. Por otra parte, gran parte del contenido de estas recomendaciones pasan por la corresponsabilización de los profesionales y de los usuarios con el sistema.

Este informe de la Evaluación del Programa de Salud Materno-Infantil de Andalucía, con la amplia perspectiva que suponen diez años de desarrollo, se pone pues a disposición de gestores, profesionales y ciudadanos con el ánimo no sólo de informar, sino también de facilitar la participación, la reflexión y el debate.

*D. Jose Luis García de Arboleya Tornero
Excmo. Sr. Consejero de Salud
de la Junta de Andalucía*

INTRODUCCIÓN

El libro que aquí se presenta es el resultado del proyecto de Evaluación del Programa de Salud Materno-Infantil en Andalucía, tras sus primeros diez años de funcionamiento, encargado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía a la Escuela Andaluza de Salud Pública. Podemos decir, sin temor a equivocarnos, que es uno de los proyectos más importantes realizados en el marco del Plan Andaluz de Investigación y Estudios en Salud Materno-Infantil (PADIM), que se viene desarrollando desde 1987 en virtud de convenio entre la Consejería de Salud y la EASP.

La obra se dirige a todas aquellas personas interesadas en la evaluación de planes y programas de salud, tanto en el nivel estratégico, de establecimiento de prioridades, como en el nivel más operativo de actuación. También será de utilidad a los profesionales que, desde el campo de los servicios sanitarios y desde otros sectores -como los servicios sociales o educativos-, trabajan en la mejora de las condiciones de vida y de salud de madres y padres, de niños y niñas, de adolescentes y jóvenes, en sus respectivos lugares de trabajo. Algunos de los resultados que presenta el libro son fruto de la opinión de los usuarios y usuarias de los servicios de salud materno-infantil. A ellos, y a todas aquellas asociaciones y organizaciones ciudadanas que los representan, se dirige también este libro.

El libro se estructura en seis partes. La primera ofrece una perspectiva de los diversos enfoques para la evaluación de programas en la actualidad y se concreta la opción que se ha tomado en este caso. Se describen brevemente las características más importantes del programa que aquí se evalúa y se define el planteamiento de la evaluación llevada a cabo.

La segunda parte resume la estrategia metodológica con la que se ha abordado la evaluación del programa en su conjunto y el proceso seguido, así como los métodos, instrumentos y fuentes de información utilizadas en cada uno de los aspectos abordados.

La tercera parte incluye los resultados más relevantes de la evaluación del programa. Se han agrupado los resultados del análisis de impacto y de la opinión de los usuarios en los tres grandes componentes del Programa de Salud

Materno-Infantil (PSMI) evaluados: la planificación de la fecundidad, la atención a la maternidad y al nacimiento y la atención a la infancia y adolescencia. Se resúmen seguidamente los resultados del funcionamiento y el análisis de los costes del PSMI en su globalidad. Finalmente se ofrece una visión, desde el punto de vista de expertos consultados, sobre las necesidades y los retos actuales de la salud materno-infantil en nuestro medio.

En la cuarta parte se sintetizan las conclusiones de la evaluación de los diferentes sub-programas, resaltando las fortalezas del PSMI que habría que potenciar y las debilidades que deberían minimizarse.

La quinta parte establece una serie de recomendaciones para avanzar en el desarrollo del programa, a la luz de los resultados de la evaluación de su primera década de funcionamiento.

El sexto acápite corresponde a los agradecimientos, necesariamente amplios, dedicado a reconocer a todos aquellos -profesionales, gestores, políticos, usuarios- que de una manera u otra han contribuido a la realización de esta evaluación.

Queremos destacar que el trabajo realizado durante el proyecto ha sido amplio y prolífico, y en él ha participado un grupo numeroso de profesionales. Se ha realizado un gran esfuerzo unificador de síntesis para facilitar la lectura, lo cual ha obligado -a veces- a excluir muchos de los resultados de esta evaluación, sobre todo los que tenían un carácter muy local y específico. Por esta razón, todos aquellos interesados en conocer información a nivel desagregado - por provincias o por distritos de atención primaria- pueden contactar con la EASP, donde se le facilitarán los datos en la medida en que estén disponibles.

María del Mar García Calvente
Editora

I. ENFOQUES EN LA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS

A. MARCO PARA EVALUAR PROGRAMAS DE SALUD

La evaluación se puede entender como una manera de utilizar el aprendizaje sistemático de la experiencia como instrumento de avance hacia el futuro. Evaluar una intervención, un servicio o un programa supone emitir juicios de valor acerca de ellos, no para dictar sentencia sino para elaborar propuestas de acción.

Algunas características definen la evaluación como parte de un proceso más amplio de planificación y desarrollo de programas y servicios. En primer lugar, su propósito no consiste en aumentar el conocimiento existente o en comprobar hipótesis acerca de una determinada intervención. El ciclo evaluativo sólo se completa cuando se emite un *juicio* acerca del objeto evaluado. Esto significa que el papel del evaluador nunca es neutro, quien evalúa se ve obligado a explicitar su propia posición y a respaldarla con argumentos. Admitir la ausencia de neutralidad significa admitir también que diferentes evaluadores podrían emitir juicios distintos según su propia posición respecto al objeto de la evaluación.

En segundo lugar, el énfasis de la evaluación se sitúa en la *utilización* de los resultados. Interesa aquí distinguir el concepto de "utilidad" del de "utilización" de los resultados. Para que una evaluación resulte útil tienen que darse una serie de requisitos, entre ellos que los resultados se produzcan a tiempo, esto es, en el momento oportuno para que los cambios sugeridos sean pertinentes y viables. Por otra parte, no sólo se ha de plantear la cuestión acerca de si se cumplieron o no los objetivos para los que fué diseñado el programa, sino que la evaluación tendrá que responder al por qué se alcanzaron o no. La respuesta a la pregunta de si funciona o no un programa resulta insuficiente para dirigir la acción posterior; la evaluación tendría que orientar acerca de qué partes o aspectos funcionan y cuáles no.

Sin embargo en demasiadas ocasiones las evaluaciones, incluso aquellas que han logrado producir resultados potencialmente útiles tras un proceso difícil y costoso, no son utilizadas en la práctica. Se han identificado como posibles razones el papel que desempeña el evaluador en el proceso de utilización -desligado a veces de la aplicación posterior de los cambios recomendados-, la resistencia al cambio propia de toda organización y la tendencia de las evaluaciones a poner el énfasis en lo que no funciona y a presentar pocos aspectos positivos.

Por qué no se utilizan los resultados de las evaluaciones

1. Papel que desempeña el evaluador
2. Resistencia al cambio de la organización
3. Difusión inadecuada de los resultados
(no llegan a donde tienen que llegar)
4. Vacío entre resultados y acción
5. Tendencia a ignorar aspectos positivos

La adecuada difusión de los resultados constituye uno de los factores clave que puede marcar la diferencia entre la utilización o no de una evaluación. La comunicación de la información derivada del proceso evaluativo supone un potente instrumento de cambio en las organizaciones y un factor fundamental en la implicación de los diversos actores. Esta retroalimentación se ha mostrado sumamente útil como incentivo, tanto para los profesionales que trabajan en el programa como para los propios directivos.

El énfasis en la participación de los diversas partes interesadas a lo largo del proceso evaluativo es otro de los elementos que caracterizan la evaluación de programas y servicios. El *modelo centrado en los utilizadores*, propuesto por diversos autores, supone que, como paso importante de la evaluación, se han de plantear las cuestiones de quién y para qué se van a utilizar los resultados. Los potenciales utilizadores de la evaluación de un programa pueden ser muy diversos: políticos, gestores, agencias financiadoras, profesionales, investigadores, usuarios del programa... La diversidad de sectores implicados supone la existencia de intereses múltiples respecto al qué y al cómo de la evaluación. La identificación de aquellos utilizadores que realmente tienen un papel de decisores en relación a los cambios propuestos a partir de la evaluación, resulta un elemento clave del proceso.

Modelo de evaluación orientada hacia los utilizadores

1. Identificación de los decisores más relevantes y de los usuarios de la información que la evaluación produzca
2. Trabajo del evaluador con estos grupos para definir las cuestiones relevantes a evaluar
3. Decisión sobre diseño y métodos de recogida y análisis de la información derivados de las cuestiones anteriores

(Adaptado de Patton)

Las diferencias en puntos de vista e intereses de los utilizadores de la evaluación abren un amplio abanico sobre el tipo de cuestiones planteadas en el proceso y sobre cómo abordarlas. Se configura así un modelo de evaluación de programas en el que la pluralidad de perspectivas es una de las principales características. Esta *visión plural* exige del evaluador la capacidad de manejar la amplia gama de instrumentos metodológicos disponibles. Cada una de las cuestiones planteadas en la evaluación, que responde a los intereses de los que van a utilizar los resultados, requerirá probablemente un abordaje metodológico e instrumental diferente.

Tabla 1. Paradigmas de la evaluación de programas

ENFOQUES CUALITATIVOS	ENFOQUES CUANTITATIVOS
<ul style="list-style-type: none"> • Por qué y cómo se produjeron -o no- los efectos (deseados e imprevistos) • Orientados al proceso • Válidos y subjetivos • Evaluador como instrumento • No generalizables • Perspectivas de los clientes • Orientados al caso 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuánto se consiguieron los efectos deseados • Orientados a verificar los efectos • Reproducibles y "objetivos" • Tecnología como instrumento • Generalizables • Perspectiva externa a los implicados • Orientados a la población

En el proceso de evaluación del Programa de Salud Materno-Infantil (PSMI) en Andalucía que a continuación se describe, se ha utilizado un enfoque con énfasis en la utilización de los resultados para la acción. De este modo han constituido claves importantes del proceso la flexibilidad para dar respuesta a las necesidades de los diversos decisores y la capacidad para manejar una pluralidad de métodos de evaluación.

B. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

Dentro del ámbito de colaboración que la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, el Servicio Andaluz de Salud y la Escuela Andaluza de Salud Pública vienen manteniendo en relación al Programa de Salud Materno-Infantil (PSMI)¹, se encarga a la Escuela Andaluza de Salud Pública la evaluación de este programa a los diez años de su puesta en marcha en Andalucía. Se trata de un proyecto de asesoría en el que se ofrece una evaluación global del PSMI en Andalucía, con la perspectiva temporal de la década transcurrida desde la puesta en marcha del programa en 1984 hasta la actualidad. El propósito fue alimentar la toma de decisiones, como instrumento útil para la planificación y para la gestión de servicios de salud materno-infantiles.

El PSMI en Andalucía comienza a definir sus actuaciones a comienzos de los años 80, y el marco legal para su desarrollo queda constituido por el Decreto 219/85 de la Consejería de Salud y Consumo. Durante la década de desarrollo del PSMI, se han producido en Andalucía transformaciones importantes en los servicios sanitarios públicos. Estos cambios en la política sanitaria han afectado a la propia estructura y la organización de los servicios de salud materno-infantiles. Es importante destacar que el PSMI fue uno de los primeros programas de salud puestos en marcha con el inicio de la Reforma de la Atención Primaria en Andalucía. En cierto modo este programa ha sido pionero en la introducción de cambios, tanto en la organización de los servicios como en las prácticas de los profesionales, dirigidos hacia el trabajo por programas. Como elemento fundamental de cambio, el PSMI introduce actividades netamente preventivas y de promoción de la salud en la práctica profesional.

¹ Esta colaboración se enmarca dentro de las actividades del Programa Andaluz de Investigación y Estudios en Salud Materno-Infantil (PADIM), que se desarrolla a través del convenio existente entre la EASP y la Consejería de Salud

Algunas de estas actividades ya se estaban desarrollando antes del inicio del PSMI (como es el caso de las vacunaciones), pero no de manera tan sistemática e integrada en la práctica habitual de los servicios de salud.

A lo largo de estos años se ha modificado también el contexto social en el que se han ido desarrollando las actividades y se han producido cambios que han afectado a la situación de la salud de la población a la que se dirige el programa. En esta década se ponen de manifiesto en Andalucía importantes transformaciones referidas a tendencias demográficas, indicadores económicos y sociales, situación de salud de la población general y aparición de nuevos problemas y nuevas demandas a los servicios sanitarios.

El Programa de Salud Materno-Infantil incluye un conjunto amplio y diverso de actuaciones encaminadas a mejorar la salud de la población materno-infantil de Andalucía. Se trata pues de un programa de base poblacional que se dirige a tres grupos diana:

- Las mujeres en edad fértil
- Los niños y niñas
- Los y las adolescentes

En el inicio del PSMI se marcaron los siguientes *objetivos*:

1. Contribuir al desarrollo de una reproducción deseada y responsable.
2. Aumentar el nivel de salud de la mujer gestante y puérpera así como del recién nacido y el lactante, como población de riesgo.
3. Reducir las cifras de morbilidad perinatal y materna.
4. Prevenir la subnormalidad mediante la detección precoz y seguimiento de metabopatías.
5. Promover el desarrollo del niño en condiciones óptimas de salud.
6. Reducir la morbilidad infantil y del adolescente.
7. Alcanzar y mantener coberturas vacunales próximas al 100% de la población susceptible, frente a las enfermedades incluidas en el calendario vacunal.
8. Promover el desarrollo en salud del niño en edad escolar

Los cambios en los problemas de salud y en los factores condicionantes de los mismos, así como la situación de implantación de la Reforma Sanitaria, condicionaron, a partir de 1991, una reorientación del PSMI en el nuevo marco estratégico del Plan Andaluz de Salud. Estas directrices se concretaron en los siguientes objetivos globales para el PSMI:

1. Desarrollo de las acciones del PSMI en el marco del Plan Andaluz de Salud
2. Extensión e implantación del PSMI en todos los distritos de atención primaria
3. Impulso de forma especial del programa de atención al embarazo, parto y puerperio, como clave para la reducción de la morbilidad perinatal y estrategia operativa para viabilizar la atención continuada por programas
4. Integrar y mejorar el sistema de información y registro del programa
5. Proseguir la formación de profesionales y estimular actitudes acordes con los actuales problemas de salud
6. Impulsar y continuar la formación en salud materno-infantil acercándola a los profesionales de la salud y facilitando la comunicación con otros sectores.

Promoción, prevención, educación para la salud y formación de los profesionales han sido directrices fundamentales para el desarrollo del programa, que se irán reflejando en los distintos documentos del mismo. Igualmente, desde su inicio, el programa se orienta hacia una atención integral a la salud materno-infantil, basada en el concepto de riesgo.

El Programa se *estructura* en dos grupos de actuaciones, el área de la mujer y el área infantil, cada una de las cuales constan a su vez de un conjunto de programas. En ellos se engloban actividades de promoción de salud, de prevención y de asistencia a la enfermedad, dirigidas a la población materno-infantil. La descripción en esquema del PSMI según los diversos documentos del programa es la siguiente ²:

² Entre los programas que integran el PSMI se incluye el programa de salud escolar. No se describe aquí porque su evaluación habría requerido un enfoque totalmente diferente al utilizado en las otras tres líneas de servicio, al ser el de salud escolar un programa cuyo desarrollo tiene mucho que ver con los servicios educativos. Sin embargo, en este proyecto de evaluación sí se ha analizado la salud de los escolares y adolescentes andaluces, como uno de los elementos para el análisis de necesidades de los servicios de salud materno-infantiles.

1. *Programa de planificación familiar:*
 - a. Educación sexual
 - b. Anticoncepción
 - c. Prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS)
 - d. Diagnóstico precoz de cáncer ginecológico
2. *Programa de atención al embarazo, parto y puerperio:*
 - a. Seguimiento y control de embarazo
 - b. Educación maternal
 - c. Visita puerperal
3. *Programa de atención a la salud infantil:*
 - a. Seguimiento de la salud infantil: controles de salud.
 - b. Atención programada y a demanda
 - c. Educación para la salud infantil
 - d. Prevención: programa de detección precoz de metabopatías y programa de vacunaciones

Este conjunto de actuaciones que integran el PSMI se dirigen de forma secuencial a la atención de la salud en las etapas vitales sucesivas por las que va atravesando el individuo, desde su nacimiento, crecimiento y desarrollo, hasta el momento en que, ya convertido en adulto, entra a su vez en el proceso de tener hijos.

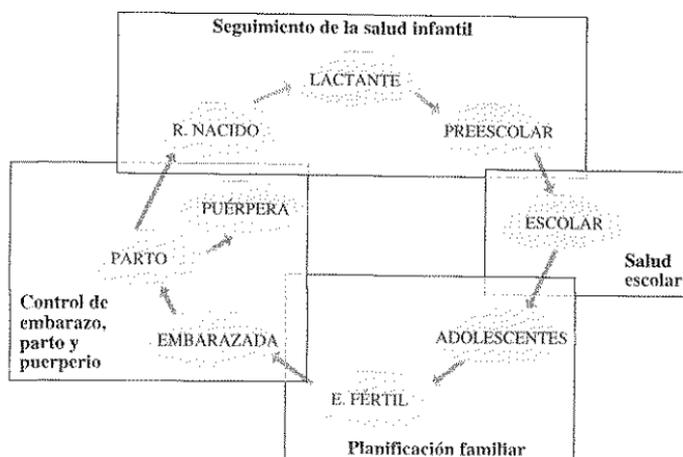


Figura 1. Estructura del Programa de Salud Materno-Infantil

Desde el citado decreto de puesta en marcha del PSMI, éste se definía ya, en lo que se refiere a las áreas de atención, igual que en la actualidad, aunque su estructura formal por subprogramas presentaba algunas diferencias. Así, el programa de vacunaciones y el programa de detección precoz de metabopatías no constituían subprogramas independientes en aquel momento y el programa de salud escolar no formaba parte del PSMI, sino que funcionaba de forma aislada dentro de la atención primaria de salud. El desarrollo progresivo de las distintas actividades que integran el PSMI condiciona que su grado de implantación no sea homogéneo en la actualidad y que no se pueda distinguir de manera nítida una línea que separe el inicio del PSMI como globalidad.

Por otra parte, el PSMI no tiene una estructura específica que le sea propia, sino que está integrado en el resto de servicios de atención a la salud, tanto en el nivel primario como en el especializado. Esto implica que el planteamiento, desarrollo y funcionamiento del PSMI están íntimamente ligados a la planificación, organización y gestión del propio sistema sanitario público en Andalucía.

Algunos subprogramas tienen un desarrollo casi exclusivo en la atención primaria de salud, mientras que otros comparten sus actividades entre la atención primaria y la especializada (el caso del programa de atención a embarazo, parto y puerperio es el ejemplo más evidente). Estos subprogramas exigen una intensa coordinación entre la atención primaria y la especializada (seguimiento de protocolos de derivación, cumplimentación de los documentos de información entre niveles, etc.). Otros, sin embargo, funcionan de forma más independiente y los contactos se limitan a las posibles derivaciones, como es el caso del programa de seguimiento de la salud infantil.

En suma, el PSMI en Andalucía se desarrolla en un marco muy amplio definido por:

- a. La diversidad de los objetivos y componentes del propio programa, integrado a su vez por varios subprogramas.
- b. La diversidad de actividades que se realizan en el marco del programa, en el que se integran las actividades de atención a la enfermedad con aquellas dirigidas a la prevención de riesgos y a la promoción de la salud.
- c. La cantidad y variedad de servicios y profesionales implicados y la complejidad de sus interrelaciones, que atañen tanto al nivel primario como al especializado.

- d. La amplitud de la población a la que va dirigido: mujeres en edad fértil, madres y padres, niños y adolescentes.
- e. La extensión y diversidad del ámbito geográfico en el que se encuadra, abarcando a la totalidad de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Durante una década de desarrollo, han ido aumentando de manera progresiva tanto las prestaciones de los servicios de salud materno-infantiles como su cobertura. También se han modificado las necesidades y las demandas de la población andaluza en relación a la salud materno-infantil. En consecuencia se han producido cambios en la política sanitaria y reorientaciones de las estrategias del Programa Materno-Infantil.

C. PLANTEAMIENTO DEL PROYECTO DE EVALUACIÓN

Como ya se ha comentado, evaluar consiste en emitir un juicio acerca de aquello que se evalúa, y por tanto depende de las expectativas y experiencias de quienes la realizan. Grupos distintos evaluarían un programa de forma diversa, desde distintas perspectivas y con resultados, probablemente, diferentes.

La primera fase del proyecto consistió en delimitar los objetivos y contenidos de la evaluación de manera conjunta con los potenciales usuarios de la información, para asegurar la aplicabilidad de los resultados. De acuerdo con una identificación conjunta inicial de las áreas de mayor relevancia, la evaluación se ha planteado dar respuesta a las siguientes *cuestiones*:

1. ¿Cuáles son los cambios producidos en la situación de salud de la población materno-infantil de Andalucía desde la puesta en marcha del PSMI hasta la actualidad y qué impacto ha tenido el programa en estos cambios?
2. ¿Qué opinan las usuarias y los usuarios sobre los servicios que les ofrece el Programa?
3. ¿Cómo funciona el Programa, cuáles son sus puntos fuertes y sus puntos débiles?
4. ¿Cuál es el coste del PSMI?
5. ¿A qué retos y necesidades se enfrenta el Programa en el momento actual?

El análisis de los cambios producidos en los problemas y necesidades de salud materno-infantil y la evaluación del impacto del programa constituyen uno de los componentes de la evaluación estratégica del PSMI, ya que son útiles para valorar la adecuación del programa a los problemas a resolver y cuál es su contribución a esta resolución.

El estudio de las *necesidades* en salud es un instrumento que permite vigilar los resultados de una política de salud en una colectividad. Son dos las cuestiones principales a las que tiene que ofrecer respuesta este análisis: a) ¿Está dirigiéndose el PSMI a los problemas y necesidades de la población materno-infantil en la actualidad?; b) ¿A qué necesidades se está dando respuesta y a cuáles no?

La aplicabilidad de un análisis de necesidades es principalmente la de fundamentar propuestas de cambio para el futuro, encaminadas a mejorar la adecuación de la oferta del Programa a las necesidades de la población a la que va dirigido. Con este análisis se pretende obtener una imagen global de los problemas de salud que afectan a la población materno-infantil en Andalucía. Esta imagen global no se puede obtener exclusivamente a través de información de tipo cuantitativo. También requiere tener en cuenta opiniones y perspectivas de los diferentes implicados en el programa.

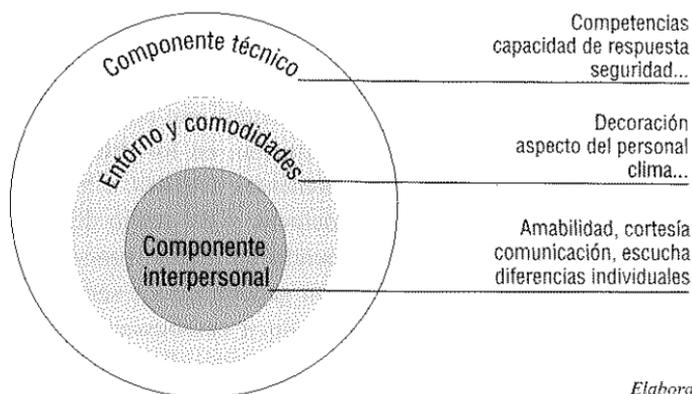
Una valoración del *impacto* del PSMI tendría que responder a la cuestión básica sobre cuál ha sido la contribución del programa a la solución o modificación de los principales problemas de salud de la población materno-infantil en Andalucía en sus diez años de funcionamiento. Cuando definimos impacto nos referimos al efecto general del PSMI sobre la salud de la población. La propia complejidad del PSMI hace poco apropiado un enfoque de tipo experimental para evaluar el impacto del programa. El Programa engloba una amplia gama de actuaciones, que se dirigen a poblaciones diana diferentes. Además, las dificultades inherentes a este tipo de diseño evaluativo aumentan en el caso de un programa que se dirige a cubrir una población tan extensa y presenta problemas para definir claramente un grupo control apropiado.

Los fenómenos relacionados con la salud materno-infantil son -como todos los fenómenos sociales- muy complejos, y en ellos intervienen una multiplicidad de factores. Por lo tanto, lo que aquí se plantea es un análisis del impacto del PSMI en el que predomine el componente valorativo de los cambios habidos en la situación de salud durante los diez años de funcionamiento del Programa.

Uno de los elementos básicos, tanto para analizar las necesidades actuales como para valorar el impacto del PSMI, es la descripción de la *evolución en la situación de salud* de la población materno-infantil de Andalucía durante el periodo de evaluación. Para ello, se han recopilado y analizado los datos disponibles sobre los principales indicadores de salud materno-infantil y su evolución durante la década. Sin embargo, esta información, meramente cuantitativa, resulta insuficiente, por lo que se ha completado con la opinión de expertos en diferentes áreas de salud materno-infantil. En este caso, se ha recabado la opinión de profesionales y gestores implicados a distintos niveles en el desarrollo del PSMI.

En el contexto de los programas asistenciales, de prevención de las enfermedades y de promoción de la salud materno-infantil, se están generando fenómenos de consumo y relaciones entre los servicios y los usuarios que crean opiniones sobre la calidad desde la perspectiva de los ciudadanos. Por medio del análisis de la *opinión de los usuarios* de los servicios de salud materno-infantil, pretendemos integrar la perspectiva de los ciudadanos en la visión global de evaluación. Como es sabido, la satisfacción de aquellos clientes, usuarios o ciudadanos a los que se dirige esa cartera de servicios del PSMI es uno de los determinantes de la asistencia de buena calidad.

Esta visión pretende incorporar la perspectiva del usuario en los planes estratégicos del sector sanitario. Nuestro equipo coincide con Donabedian al agrupar en tres categorías los componentes del servicio sanitario susceptibles de generar satisfacción: componente técnico, componente interpersonal y componente del entorno y sus comodidades.



Elaboración: EASP

Figura 2. Componentes del servicio que pueden generar satisfacción

Desde esta óptica nos hemos propuesto emplear como una medida de calidad de la asistencia la opinión del usuario con relación a estos tres componentes. En estudios revisados sobre satisfacción de los usuarios se concluye que están globalmente satisfechos con los servicios recibidos, pero al ir a temas concretos, como organización del servicio, condiciones ambientales, información a los familiares, trato y amabilidad, la satisfacción disminuye.

También conocemos por los diferentes estudios, realizados desde la orientación de análisis de la calidad de los servicios aportada por autores como Berry o Parasuraman, que la calidad del servicio puede ser observada por el usuario desde una serie de dimensiones y variables que explican las mismas. Éstas se representan según modelos que dan una aproximación fiel y discriminada de las debilidades y fortalezas del servicio. Además en la relación entre usuarios y proveedores intervienen factores internos del servicio materno-infantil, que determinan que el usuario opine sobre lo que impide acceder a los mismos de modo fiable, correcto o seguro; esto presupone recursos tangibles adaptados a los distintos tipos de personas; con consideración y de forma comprensible; con garantía, confianza, cortesía y con empatía. Este conjunto de dimensiones se engloba en un modelo de análisis de la calidad del servicio: *SERVQUAL* que se explica más adelante.

Hoy, la evaluación sobre la calidad de los servicios desde la perspectiva del usuario no puede ser ajena a la visión que de la misma tienen los profesionales; por ello, conviene conocer cual es la aportación que pueden hacer desde el interior de la organización sanitaria. En este sentido, se ha buscado la interrelación entre las dimensiones analizadas desde la perspectiva de los usuarios y las utilizadas para acercarnos a la opinión de los profesionales que trabajan en el Programa.

En el marco de la evaluación global del PSMI, se plantea la *auditoría de gestión interna* del programa como un instrumento que nos permite conocer y evaluar el proceso de funcionamiento del mismo, en los diferentes ámbitos y niveles en los que se desarrolla. En los momentos actuales, a más de diez años de la puesta en marcha del PSMI en Andalucía, y del inicio de la reforma del modelo de atención primaria, se está viviendo un amplio proceso de reflexión sobre la estructuración y funcionamiento en general de los servicios sanitarios. Se plantea, entre otras, la necesidad de introducir cambios que conecten con el parecer de los implicados en su desarrollo. Por todo ello, antes de tomar decisiones concernientes al programa, el análisis de su gestión puede aportar elementos que garanticen el éxito de dicho proceso.

Es necesario identificar las principales fortalezas y debilidades que los diferentes actores perciben en el desarrollo del PSMI y las que se desprenden de los datos que aportan los sistemas de registro que sustentan la gestión del mismo. Esto permitirá mejorar los resultados del programa, añadiendo valor a los servicios materno-infantiles en Andalucía. El diseño de auditoría de gestión que se ha utilizado en esta evaluación, está orientado a ofrecer resultados que ayuden a la toma de decisiones de gestores y responsables, conociendo no solamente las áreas o aspectos a reforzar o modificar en la dinámica de funcionamiento del programa, sino que además se analizan las respuestas que pueden surgir desde diversas perspectivas ante los cambios que se pretendan introducir.

La auditoría de gestión interna de un programa puede ser utilizada como una evaluación explicativa, con el propósito no sólo de medir e interpretar un conjunto de variables, sino de estudiar las relaciones de influencia entre ellas, para conocer su estructura y los factores que intervienen en el desarrollo de un programa y en su dinámica. Su finalidad es llegar al conocimiento, control y transformación de la estructura y organización del programa. Sirve para prever, predecir y orientar la definición de estrategias en nuestra organización. En este análisis han participado, en todo su proceso, responsables, gestores y profesionales de los diferentes escenarios donde se desarrolla el programa.

En los últimos años parece detectarse, tanto a nivel nacional como autonómico, una creciente preocupación por desarrollar nuevos instrumentos en el ámbito sanitario que, en aras de la eficiencia, favorezcan la gestión de los recursos, sin olvidar los objetivos que se persiguen. La búsqueda de la eficiencia, entendida como la relación entre lo que se produce y el coste en el que se incurre, conlleva, por una parte, el uso de instrumentos de medición del producto y, por otra, el desarrollo de sistemas de contabilidad analítica que busquen la asignación de costes al mismo.

Hasta hace pocos años, la información referente a los costes en los que el sistema sanitario incurría se limitaba a la suministrada por el seguimiento presupuestario más o menos desagregada por capítulos y/o unidades presupuestarias. En la actualidad se está produciendo un avance en este sentido, y se dispone de sistemas de contabilidad analítica que permiten aproximarse al coste por actividad, fundamentalmente a nivel de servicios hospitalarios. Un ejemplo de este tipo de sistemas sería el COAN desarrollado en Andalucía. En cuanto a la medición de la actividad, ésta se basa fundamentalmente en la medición de la producción a través de escalas de valoración (UBA, UPA), que traducen a una

misma escala de medición las diferentes actividades, ponderándolas en función del consumo diferenciado de recursos. Estos avances nos permiten asignar costes a diferentes productos en base al volumen de actividad que consumen. La asignación, aunque aún bastante burda, supone un primer eslabón de una cadena que debiera concluir en el análisis de la estructura de costes por producto.

El *análisis de los costes* en los que incurre un determinado programa constituye uno de los elementos clave de un proceso de evaluación, de manera que se puedan valorar los resultados obtenidos. Al mismo tiempo, dotar a los gestores de una herramienta que, junto con la auditoría de gestión -y teniendo en cuenta el análisis de necesidades e impacto del programa- les permita diseñar y evaluar diferentes estrategias.

Como ya se ha comentado, la característica fundamental del PSMI en lo que se refiere a los recursos que consume, es que no existe una red propia de provisión de servicios, sino que implica en sus actividades tanto al nivel de atención primaria como a la atención especializada. La no existencia de una red específica de provisión condiciona que el disponer de una estimación del coste del programa rompa, en parte, con la asunción de la existencia de dos niveles de atención diferenciados y oriente la gestión del programa hacia una gestión por proceso y/o resultado. Dada esta situación, se plantea, en base a la información disponible y haciendo uso de diferentes metodologías, aproximarse, por un lado, al "coste real" del programa y de los diferentes subprogramas que lo componen en el año 1993, y por otro, asignar un "coste medio" a los distintos componentes del mismo.

La evaluación del PSMI en Andalucía, planteada como una valoración global del Programa con la perspectiva de diez años de su desarrollo y dirigida a informar la toma de decisiones para el futuro, aborda los grandes componentes que se han comentado. El impacto del programa y las necesidades actuales como elementos de evaluación estratégica; la opinión de los usuarios incorporando la perspectiva de los ciudadanos, entendida como elemento de legitimación social; la evaluación de la gestión interna del programa, que forma parte de la evaluación a nivel operativo; y el análisis de los costes, como aproximación a la eficiencia. A continuación se describe la metodología utilizada para dar respuesta a las preguntas de evaluación planteadas.

II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

A. DISEÑO DE LA EVALUACIÓN: PLURALIDAD Y PARTICIPACIÓN

El planteamiento de la evaluación del programa como un proyecto de asesoría, le otorga características especiales que lo dirigen hacia la resolución de problemas. La labor de asesoría se sitúa en un plano eminentemente práctico, en el cual la finalidad principal es ofrecer recomendaciones para la acción. En este sentido el proceso evaluativo se ha planteado de forma *interactiva* con los propios usuarios de la información.

Como ya se ha comentado, el enfoque elegido para la evaluación ha sido el de un *modelo centrado en los utilizadores*, es decir, en los decisores que aplicarán posteriormente los resultados a la mejora y transformación del programa. Por ello, hemos optado por incorporar al proceso de evaluación la perspectiva de sus distintos protagonistas, a través de un proceso participativo e interactivo con el equipo de evaluación. De esta manera, han aportado su opinión y su experiencia en las distintas fases del proceso los siguientes actores:

1. Responsables políticos y técnicos del PSMI a nivel regional y provincial.
2. Gestores y profesionales del programa en los distintos niveles del sistema sanitario: atención primaria y atención especializada.
3. Expertos de sectores no sanitarios: servicios sociales, servicios educativos, demógrafos, asociaciones ciudadanas...
4. Usuarías y usuarios de los servicios de salud materno-infantiles: madres y padres, jóvenes y adolescentes, niñas y niños.

La primera fase del proceso consistió en la *definición de los contenidos* de la evaluación, en la que se trataba de concretar operativamente tanto el propósito como los objetivos. Esta fase se planteó mediante reuniones de discusión y consenso con los responsables del programa a nivel regional que habían realizado el encargo del proyecto al equipo de evaluación de la EASP. En esta primera etapa se buscó respuesta a las siguientes preguntas:

1. ¿Para qué se van a utilizar los resultados? ¿Quiénes van a ser los "usuarios" de la evaluación?
2. ¿A qué niveles se plantea la evaluación: político, estratégico, táctico u operativo?
3. ¿Cuáles van a ser los contenidos de la evaluación?: ¿Qué partes del programa, qué servicios, qué actividades? ¿Qué aspectos se van a evaluar, qué dimensiones del programa?

El producto de esta fase fue la definición de los objetivos de evaluación citados con anterioridad.

La segunda fase consistió en obtener una imagen lo más completa posible del objeto de la evaluación: el PSMI. Se comenzó con una *revisión bibliográfica y documental*, incluyendo tanto las publicaciones disponibles en las bases de datos como documentos internos del Programa, desde su inicio hasta la actualidad. Se pretendía así conocer en profundidad el programa y su evolución a lo largo de la década.

El análisis documental se complementó con un *panel de expertos*, constituido por profesionales que estaban trabajando en el programa desde su inicio en los distintos niveles de atención. Se pidió a los participantes que identificaran los aspectos clave del programa en tres momentos temporales -antes de la puesta en marcha del PSMI, durante el periodo 1984-1994 y en la actualidad- en relación a:

1. Necesidades y problemas existentes
2. Objetivos y estrategias del programa
(o de las actividades existentes antes de su inicio)
3. Fortalezas del programa
4. Debilidades del programa

En la tercera fase, una vez determinados los objetivos y contenidos y conocido en profundidad el programa, se procedió al *diseño de la metodología* a seguir. La evaluación tomó la forma de matriz de doble entrada. En uno de los lados se situaron las áreas o componentes de la evaluación:

1. Impacto del programa sobre la salud y análisis de necesidades
2. Opinión de los usuarios de los servicios materno-infantiles
3. Gestión interna del programa
4. Costes del programa

En el otro eje de la matriz, los tres grandes bloques de actuaciones que componen el PSMI y que se pretendían evaluar:

1. Planificación familiar
2. Atención al embarazo, parto y puerperio
3. Atención a la salud infantil

A su vez, en cada una de las áreas se definieron dimensiones específicas a evaluar. El producto integrado de esta matriz constituyó la evaluación global del programa.

La amplia diversidad de los contenidos de la evaluación hizo aconsejable optar por la *pluralidad en la estrategia metodológica*. De esta manera -como se verá más adelante- se han manejado diseños diferentes para ofrecer respuesta a cada una de las cuestiones de evaluación, combinando las posibilidades ofrecidas por la epidemiología con aquellas procedentes de la investigación de servicios de salud, la economía o las ciencias sociales. Se han utilizado técnicas e instrumentos de recogida y análisis de datos que han ofrecido información de tipo cuantitativo y cualitativo: análisis de indicadores, técnica de grupo nominal, encuesta mediante cuestionario, grupos focales y de discusión...

Para cada una de las áreas de evaluación se determinaron tanto el diseño, como las fuentes de información disponibles, los instrumentos de recogida de información y el procedimiento de análisis que, de manera resumida, aparecen en el cuadro.

Tabla 2. Diseño de la evaluación

COMPONENTE DE LA EVALUACIÓN	ESTRATEGIA METODOLÓGICA
<i>Impacto sobre la salud y análisis de necesidades</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de dimensiones específicas: Paneles de expertos y revisión bibliográfica • Análisis de la evolución durante el período 1984-1994 de indicadores de salud seleccionados en Andalucía y comparación con indicadores nacionales: Registros y fuentes documentales • Identificación de necesidades de salud: Consulta a expertos mediante técnicas de consenso
<i>Calidad percibida por los usuarios</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación del modelo SERVQUAL de calidad percibida: Grupos de discusión y Grupos focales • Opinión de niños y niñas hospitalizados: Cuestionario kid's hospital
<i>Gestión del programa</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de la metodología de auditoría operativa • Definición preliminar de dimensiones específicas y generación de hipótesis de trabajo: Entrevistas semiestructuradas a informantes clave • Comprobación de hipótesis de partida: Análisis de registros y otras fuentes documentales, encuesta mediante cuestionario, entrevistas semiestructuradas, grupos focales.
<i>Costes del programa</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Cálculo del coste por subprograma según protocolos estándar establecidos • Cálculo del coste global y por subprogramas a partir de registros de actividad en atención primaria y especializada

La siguiente etapa consistió en la *recogida y análisis de la información*. Este proceso también se planteó de manera interactiva con los usuarios de la evaluación, de modo que se elaboraron informes de resultados preliminares, que eran sometidos a discusión a medida que se avanzaba en la recogida de datos.

De esta manera el desarrollo de la evaluación ha distado mucho de ser lineal y ha adoptado la forma de proceso cíclico e iterativo. El análisis de los resultados preliminares y su discusión podía obligar a hacer modificaciones en el diseño y plan de trabajo a medida que se disponía de más información. Por ejemplo, una recogida inicial de los datos de los registros que evidenciaba una clara tendencia al aumento en la utilización de cesáreas, aconsejó profundizar en el análisis de este fenómeno en los grupos de expertos consultados.

Luego se procedió a la elaboración de *resultados definitivos*, que fueron sometidos a discusión en un grupo amplio de expertos en salud materno-infantil a los que también se pidió que aportaran sugerencias para la mejora del programa. Posteriormente se elaboraron una serie de *conclusiones*, planteadas en forma de puntos fuertes y puntos débiles del programa Materno-Infantil en su conjunto y en cada una de sus áreas. Como producto final, el equipo de evaluación elaboró un conjunto de *recomendaciones* dirigidas a ofrecer instrumentos para la planificación y la gestión del programa.

La evaluación se ha completado con el diseño de un *plan de comunicación* en el que se plantean una serie de metas. Entre ellas, conseguir que el mayor número posible de profesionales, instituciones, grupos e individuos clave conozcan los puntos fuertes del programa para potenciarlos y los puntos débiles para minimizarlos. El plan incluye una identificación de los segmentos de población a los que tendría que llegar y un avance de posibles estrategias. La adecuada comunicación se considera clave para asegurar la utilización de los resultados de la evaluación, ya que supone un instrumento de implicación de los distintos actores del programa en un proceso de avance y mejora de la salud materno-infantil.

El proceso evaluativo es un ciclo que no finaliza con la emisión de un informe. Ninguna evaluación se puede considerar completa hasta que se procede a la *aplicación de los resultados* que se han obtenido. Esta última fase marca a su vez el inicio de un nuevo proceso evaluativo de los cambios introducidos. Podríamos decir que la "prueba de fuego" de toda evaluación debería ser su utilidad para producir cambios y mejoras.

B. ANÁLISIS DE NECESIDADES Y VALORACIÓN DEL IMPACTO

Este componente de la evaluación ha analizado la evolución de la salud materno-infantil en Andalucía durante el período de desarrollo del PSMI (1984-1994), los cambios producidos y la posible influencia del programa sobre dichos cambios. Así mismo, se han identificado las necesidades a las que el PSMI tendría que responder en el momento actual. Para ello se han utilizado los datos disponibles en fuentes documentales y la información generada por diferentes grupos de expertos y profesionales implicados en el programa.

Por una parte, se han recogido y analizado los datos disponibles sobre los principales indicadores de salud materno-infantil y su evolución durante la década. Esta información cuantitativa se ha completado con la opinión de expertos en diferentes áreas de salud materno-infantil. Para lograrlo se ha seguido una metodología que combina información cuantitativa y cualitativa, organizada en varias etapas:

ETAPA 1: Descripción de la situación de salud y su evolución durante la década

El tipo de información a analizar se ha definido en base a las dimensiones de la salud materno-infantil identificadas como más relevantes, previa consulta a responsables y profesionales del Programa de Salud Materno-Infantil.

Dimensiones de análisis del impacto del programa

1. Planificación de la fecundidad

- Fecundidad y natalidad
- Embarazo no deseado
- Oferta y utilización de servicios de planificación familiar
- Conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos
- Interrupción voluntaria del embarazo
- Anticoncepción en adolescentes
- Enfermedades de transmisión sexual

2. *Maternidad y Nacimiento*

- Mortalidad materna
- Morbilidad asociada al embarazo, parto y puerperio
- Embarazo de riesgo
- Utilización de servicios de atención prenatal y educación maternal
- Hábitos y estilos de vida durante el embarazo
- Atención al parto
- Salud durante el puerperio
- Mortalidad perinatal y neonatal
- Morbilidad en el recién nacido
- Promoción de la lactancia materna

3. *Infancia y adolescencia*

- Mortalidad durante la infancia y adolescencia
- Morbilidad durante la infancia y adolescencia
- Utilización de servicios sanitarios por los niños
- Hábitos y estilos de vida durante la infancia y adolescencia
- Problemas de salud de especial relevancia

En esta etapa se han utilizado básicamente *fuentes de datos documentales*, obteniendo la información disponible en los registros habituales, tanto los sanitarios como los no sanitarios. Se ha recabado la información disponible para el período 1984-1994, para el total de Andalucía y con desagregación a nivel provincial. Se han utilizado también como fuentes de datos los estudios específicos localizados en la bibliografía, los documentos del PSMI, así como documentación no publicada a la que se ha tenido acceso. Además de los datos agregados procedentes de los diferentes registros, se ha realizado una explotación específica de las dos *Encuestas Nacionales de Salud* (ENS) existentes hasta el momento en España (1987 y 1993), utilizando los datos procedentes de las muestras de población infantil de Andalucía y del resto de España.

Impacto y necesidades: fuentes de información

- Movimiento Natural de la Población
- Registro de Mortalidad de Andalucía
- Registro de I.V.E.
- Libro de partos y recién nacidos
- Encuestas de morbilidad hospitalaria
- Registros de actividad asistencial hospitalaria
- Sistemas de vigilancia E.D.O.
- Memorias anuales del P.S.M.I.
- Encuesta Nacional de Salud 1987 (muestra población infantil)
- Encuesta Nacional de Salud 1993 (muestra población infantil)
- Estudios específicos
- Consulta a expertos: técnicas de consenso

ETAPA 2: Análisis e interpretación de los cambios producidos

Tomando como punto de partida la información obtenida en la etapa anterior, se han analizado los cambios en la salud materno-infantil mediante la comparación de la situación al inicio del PSMI (antes de 1984) con la actual. Se ha realizado también un análisis comparativo entre la evolución de la situación en Andalucía y en España en su conjunto. En el caso de los datos procedentes de las ENS, se compararon los resultados de las muestras en población infantil de Andalucía en 1987 y 1993. Para 1993, también se realizó la comparación de resultados entre la muestra andaluza y la del resto de España.

Para analizar el posible impacto del PSMI sobre la evolución de la situación de salud se han valorado los diversos factores que pueden tener relación con los cambios detectados. Como ya se ha comentado, un diseño de tipo experimental o cuasi-experimental, aún siendo el más adecuado desde el punto de vista metodológico, no ha sido aplicable de hecho en la situación real del programa y con la información disponible. Por tanto, no se realizan atribuciones "causales" al programa (o a otros posibles factores). Más bien se trata de un análisis valorativo que ofrece posibles hipótesis de interpretación de los cambios identificados en la situación de salud.

Para ello, el análisis realizado por el equipo de evaluación se ha enriquecido con la información cualitativa procedente de las consultas realizadas a expertos sobre cómo se han modificado los problemas de salud materno-infantil en

Andalucía durante la década y su atribución al programa. La obtención de esta información se ha realizado de manera conjunta para el análisis de las necesidades y para la valoración del impacto, siguiendo la metodología que se describe a continuación.

ETAPA 3: Análisis de las necesidades

En esta etapa se ha obtenido información a través de grupos de expertos, utilizando técnicas de discusión y consenso. Los criterios de selección de los participantes se basaron en su experiencia de trabajo con la población materno-infantil, bien como profesionales clínicos o gestores del programa en los servicios sanitarios, bien como expertos de sectores no sanitarios. También se tuvieron en cuenta criterios de diversidad geográfica y de niveles de atención (primaria y especializada). En total, se han realizado cinco grupos, integrados por participantes con diferentes perfiles.

Perfiles de los participantes

- Responsables y gestores del PSMI a nivel autonómico y provincial
- Directores y coordinadores de distrito de atención primaria
- Responsables de unidades docentes
- Profesionales de equipos de salud mental
- Profesionales de atención primaria con experiencia de trabajo en el programa en diversas zonas de Andalucía
- Profesionales de atención especializada, tanto en el área de obstetricia y ginecología como en el área pediátrica
- Profesionales en relación con la población materno-infantil desde otros sectores (Servicios Sociales, Instituto Andaluz de la Mujer, Instituto de Estadística de Andalucía, etc.)

En el grupo, se pedía a cada uno de participantes que identificara las necesidades en salud materno-infantil a las cuales tendría que ofrecer respuesta el programa en la actualidad, así como la evolución de estas necesidades a lo largo del desarrollo del PSMI durante la década. Posteriormente se abrió un tiempo de discusión y finalmente se elaboraban las conclusiones. Los resultados se presentan como síntesis de las conclusiones de los grupos, ordenadas en relación a los tres grandes componentes del PSMI que han sido evaluados: planificación de la fecundidad, atención al embarazo, parto y puerperio y atención a la salud infantil.

C. ANÁLISIS DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS

El núcleo de este componente de la evaluación es la obtención de la opinión de los usuarios sobre los servicios materno infantiles de Andalucía por medio de técnicas cualitativas. Se ha utilizado la metodología de los *grupos de discusión*, integrados por usuarias y usuarios que utilizaron los servicios materno-infantiles de Andalucía tres meses antes del comienzo del proyecto. Se han incluido como servicios sanitarios materno-infantiles aquellos hospitales, centros de salud y ambulatorios constituidos al menos un año antes del comienzo del estudio e integrados en las demarcaciones sanitarias atendidas.

Los bloques de contenido sobre la opinión de los usuarios se han estructurado en forma de variables relacionadas por medio del *modelo SERVQUAL* de Berry, Parasuraman y Zeithaml, centrado en obtener información sobre la calidad total del servicio o calidad dimensionada.

Variables que componen el modelo SERVQUAL

1. Accesibilidad:

- facilidad de contacto
- facilidad de acceso físico y telefónico
- tiempos de espera.
- horario adecuado.
- ubicación del servicio.
- acceso legal

2. Comunicación:

- comprensión del lenguaje
- escucha
- explicación del servicio, atributos.
- consideración del problema del usuario, opinión del mismo.
- cartera de servicios.

3. Cortesía:

- amabilidad del personal.
- consideración hacia el usuario.
- aspecto del personal.

4. Competencias:

- conocimiento y habilidades del personal para realizar el servicio.
- coordinación interna de la organización

5. Capacidad de respuesta:

- hacerlo a su tiempo
- agilidad de trámites
- diligencia

6. Seguridad:

- seguridad física, incremento o disminución al estar en contacto con el servicio.
- tratamiento confidencial.

7. Tangibilidad:

- evidencia física del servicio
- instalaciones materiales.
- decoración.
- equipo.
- aspecto externo del personal.
- representación física del servicio
- imagen corporativa.

En la segmentación de los grupos se han tenido en cuenta el sexo, la edad, la relación con el servicio y el tipo de servicio utilizado y la accesibilidad geográfica. Para la selección de los perfiles de los participantes se ha seguido un esquema que sigue un proceso cronológico en la vida del ciudadano/a objeto del PSMI y que podría responder a la consecución de un conjunto de etapas:

Mujer fértil	Embarazo	Nacimiento	Infancia	Adolescencia
--------------	----------	------------	----------	--------------

Adecuando este esquema a las diferentes actividades que el PSMI ha articulado y teniendo en cuenta las variables independientes del estudio, se realizaron 14 grupos. No obstante, una vez analizados los grupos de la primera fase del estudio fue necesario redimensionar algunos de los segmentos con nuevos grupos no previstos para enriquecer aún más la información recogida, llegando hasta un total de 18 grupos.

Tabla 3. Relación de grupos según población, seguimiento y lugar

GRUPO	POBLACIÓN	SEGMENTO	LUGAR
GRUPO 1	P. Fecundidad	C.S/Ambulatorio P.F	CÁDIZ (CHICLANA)
GRUPO 2	P. Fecundidad	Jóvenes / P.F Programa específico	MÁLAGA
GRUPO 3	P. Fecundidad	Jóvenes / P.F Programa específico	JAEN (ALCALÁ REAL)
GRUPO 4	P. Fecundidad	Población marginal	GRANADA
GRUPO 5	P. Fecundidad	IVES	ANDALUCÍA
GRUPO 6	Embarazo	Jóvenes Embarazo	CÁDIZ CHICLANA
GRUPO 7	Embarazo	Centro de Salud Embarazo normal Zona urbana	GRANADA
GRUPO 8	Embarazo	Centro de Salud Embarazo patológico Zona semi-urbana	CÁDIZ (SAN ROQUE)
GRUPO 9	Embarazo	Embarazo normal Red no reconvertida Zona rural	SEVILLA (CANTILLANA)
GRUPO 10	Embarazo	Embarazo patológico Red no reconvertida Zona rural	SEVILLA (CANTILLANA)
GRUPO 11	Infantil	PNS / Zona rural	SEVILLA (SAUCEJO)
GRUPO 12	Infantil	PNS / Zona urbana	MALAGA
GRUPO 13	Infantil	Ambulatorio / No PNS	SEVILLA (OSUNA)
GRUPO 14	Infantil	Padres / Crónicos	GRANADA
GRUPO 15	Infantil	Niños / Crónicos	JAEN
GRUPO 16	Infantil	Niños / Agudos	CÓRDOBA
GRUPO 17	Infantil	Cuidados perinatales	CÁDIZ (SAN ROQUE)
GRUPO 18	General	Asociaciones	GRANADA

P.F.: Planificación familiar; PNS: Programa de Seguimiento de la Salud Infantil

De esta forma, los perfiles de los participantes quedaron definidos de la siguiente manera:

a. Planificación de la fecundidad

1. Mujeres que utilizan los servicios de planificación familiar de centro de salud o ambulatorio.
2. Jóvenes que utilizan servicios de planificación familiar y/o acuden a un programa específico.
3. Jóvenes que no utilizan ningún servicio de planificación familiar ni acuden a un programa específico.
4. Mujer en edad fértil con hijos, perteneciente a población marginal o precaria.
5. Mujeres con al menos una experiencia de interrupción voluntaria de embarazo.

b. Embarazo, Parto y Puerperio

6. Mujeres jóvenes con una o más experiencias de embarazo en zona semi-urbana.
7. Mujeres de zona urbana con centro de salud. Embarazo normal.
8. Mujeres de zona semi-urbana con centro de salud. Embarazo patológico (algún ingreso o post operatorio).
9. Mujeres de zona rural con actividades del PSMI. Red no reconvertida. Embarazo normal.
10. Mujeres de zona rural con actividades del PSMI. Red no reconvertida. Embarazo patológico (algún ingreso o post operatorio).

c. Salud Infantil

11. Madres de niños mayores de 2 meses, con varias visitas al Programa de Niño Sano (PNS) de zona rural.

12. Madres de niños mayores de 2 meses, con varias visitas al PNS de zona urbana.
13. Madres de niños mayores de 2 meses, asistidos en consulta ambulatoria de niño fuera del PNS.
14. Madres niños integrados en algún programa o conjunto de actividades asistenciales o preventivas derivadas de una patología crónica (diabetes, fenilcetonuria, nefrológica, endocrinológica, salud mental, etc)
15. Niños de 9 a 14 años que han contactado con el hospital por un proceso crónico.
16. Niños de 9 a 14 años que han contactado con el hospital por un proceso agudo.

d. Otros

17. Asociaciones de amas de casa, de consumidores, de ayuda mutua, de afectados, de defensa del ciudadano.

Los grupos de discusión se organizaron de acuerdo a las diferentes variables establecidas en el apartado de segmentación. Para la selección de los perfiles de los participantes en los grupos, se eligieron diversas zonas de Andalucía en función de los perfiles de utilización de servicios elegidos. Se contactó con un informador clave que convocaba a los participantes siguiendo recomendaciones previas del equipo de asesoría que evitaran posibles sesgos metodológicos. Estos grupos estaban constituidos por 6-10 personas cada uno. A los participantes de los mismos se les citaba solicitando su colaboración en un estudio sobre la sanidad que estaba llevando a cabo un equipo de investigación de la EASP y se les invitaba a que acudieran a una reunión en lugar, fecha y hora prefijados.

La información obtenida por medio de observaciones y opiniones basadas en experiencias, expresadas en los grupos de discusión, se analizaron e interpretaron a tres niveles:

1. Nivel elemental de estructuras fundamentales del contenido (verosimilitud),
2. Nivel autónomo de los diferentes textos que componen el discurso y,
3. Nivel unificador del discurso del grupo.

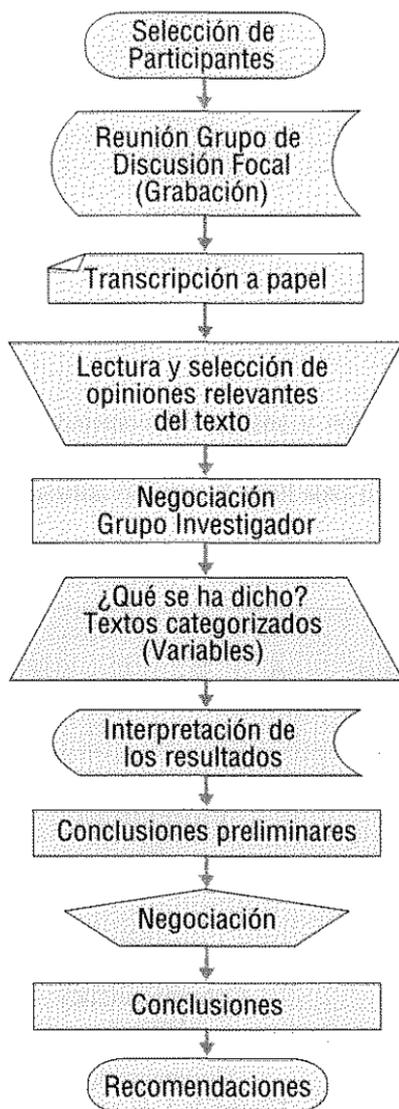


Figura 3. Proceso del análisis de opinión de usuarios

(Elaboración: EASP)

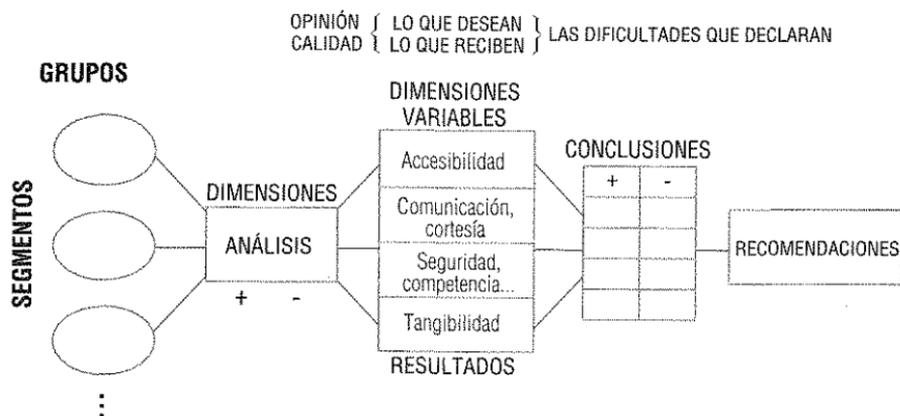


Figura 4. Grupos de discusión y principales variables que intervienen
(Elaboración: EASP)

El guión de observación y análisis del contenido se realiza respondiendo a una matriz de observación que busca la presencia de las variables de opinión (modelo SERVQUAL) en cada línea de servicio utilizada, definidas anteriormente.

Guión de observación y análisis del contenido

Líneas de servicio Etapas por las que pasa el usuario en su relación con el área Materno-infantil	A	B	C	D		
+ Aciertos - Errores	VARIABLES de OPINIÓN				Interpersonal		
+ Puntos fuertes - Puntos débiles					Accesibilidad	Comunicaciones Cortesía	Materiales y tecnología
+ Lo Que falta - Lo Que sobra					Competencias Capacidad de respuesta Seguridad	Tangibilidad	Métodos y entorno

D. AUDITORÍA DE LA GESTIÓN

La auditoría de gestión del programa de salud materno-infantil en Andalucía se elabora en fases sucesivas, cada una de las cuales requiere un abordaje metodológico específico.

A continuación se describen las fases y se definen los instrumentos utilizados para obtener y analizar la información en cada una de ellas.

1. Fase preliminar
2. Definición de hipótesis preliminares
3. Búsqueda de información
4. Análisis de la información y conclusiones
5. Recomendaciones

1. Fase preliminar

En esta fase se identifican las principales dimensiones en las que se centrará el análisis de la gestión del programa.

Los instrumentos metodológicos utilizados en esta fase son las entrevistas semiestructuradas a informantes clave y una búsqueda bibliográfica y documental. Se ha entrevistado a profesionales, gestores y responsables del programa en diferentes ámbitos y niveles de atención.

Se realizan en esta fase un total de 25 entrevistas a personas relacionadas con el programa materno-infantil en Andalucía:

Tipo de personal entrevistado

- Médicos de centros de salud (urbano y rural)
- Enfermeras de centros de salud (urbano y rural)
- Pediatras de centros de salud (urbano y rural)
- Matronas de centros de salud (urbano y rural)
- Médicos de atención primaria en zonas no reconvertidas (urbano y rural)
- Matronas de atención primaria en zonas no reconvertidas (urbano y rural)
- Obstetra del segundo nivel (Ambulatorio)
- Ginecólogo del segundo nivel (Ambulatorio)

Obstetra de hospital
Ginecólogo de hospital
Coordinador de enfermería (Distrito de atención primaria)
Coordinador de epidemiología y programas (Distrito de atención primaria)
Director de Distrito de Atención Primaria
Subdirector médico (Hospital Materno-infantil)
Responsable del programa (Gerencia provincial)
Coordinador de laboratorio de metabopatías
Responsable del programa (Consejería de Salud)

La búsqueda bibliográfica y documental se realizó en las bases de datos: MEDLINE, HEALTHPLAN, Índice Médico Español (IME).

La selección de publicaciones no incluidas en las bases de datos, publicaciones no periódicas y documentación no publicada fue propuesta por informantes clave.

La información recogida orientó la propuesta inicial de dimensiones y en un segundo momento validó las dimensiones propuestas. De esta forma se seleccionan y se definen las dimensiones en las que se centrará la auditoría de la gestión interna del programa. Resultan las siguientes:

Dimensiones de la auditoría de gestión

Accesibilidad: oferta de servicios, facilidad de contacto, facilidad de acceso físico y telefónico, tiempos de espera, Cita Previa, horario adecuado, horario de tarde.

Organización interna: existencia de un responsable, funciones y roles de los profesionales, mecanismos de coordinación entre ellos, trabajo protocolizado, trabajo en equipo, programas integrados o dispensarizados.

Directrices: existencia y definición de objetivos, mecanismos de evaluación y comunicación interna.

Estrategias de captación: captación activa, captación pasiva, relación con las coberturas alcanzadas y desarrollo del enfoque de riesgo.

Sistemas de información y registro: valoración sobre la adecuación y utilidad de los mismos, *feed-back* de la información y periodicidad.

Continuidad de atención: responsable entre niveles, protocolos comunes, intercambio de información, reuniones, sesiones clínicas y formación conjunta.

Formación de profesionales: influencia de la formación previa y adquirida en el PSMI, formación continuada y formación conjunta entre niveles.

Motivación e incentivos: percepción de profesionales y gestores.

2. Definición de hipótesis preliminares

Con la información obtenida en la fase anterior se identifican puntos clave en relación a las dimensiones seleccionadas y se generan las hipótesis preliminares.

3. Búsqueda de información

En esta fase se utilizan diferentes estrategias de búsqueda, con el fin de obtener información suficiente que hace posible el contraste de las hipótesis preliminares y además permite formular hipótesis nuevas y su verificación posterior.

Las fuentes de información y las estrategias de investigación utilizadas han sido:

Fuentes de información

Memoria anual de actividad asistencial del SAS. (REGAP 1993).

Memoria del Programa de Salud Materno-infantil. Consejería de Salud 1993.

Anuarios de los Distritos Sanitarios de Atención Primaria, 1993.

Cartera de Servicios de los Distritos Sanitarios de Atención Primaria, 1993.

Encuesta a Directores de Distrito de Atención Primaria.

Entrevistas semiestructuradas a directivos de hospital (Servicios Materno-Infantiles)

Grupos focales con profesionales de centros de salud.

E. ANÁLISIS DE LOS COSTES

La metodología seguida varía respecto a cada uno de los subprogramas en los que se estructura el Programa de Salud Materno Infantil de Andalucía, en función de su naturaleza y de la información disponible. Sin embargo, el proceso es común a todos y consta de los siguientes pasos:

1. Identificación de las actividades involucradas en cada subprograma.

2. Estimación del coste de cada actividad:

a. Coste de las actividades de Atención Primaria

(1) *Valoración de las actividades de atención primaria.* Para estimar el coste de las actividades de atención primaria se ha adaptado la Escala de Valoración de Atención Primaria (EVAP) desarrollada por el Distrito Costa del Sol.

La adaptación de dicha escala fue necesaria porque la información disponible sobre las actividades de atención primaria de Andalucía recogidas en el Registro de Actividades de Atención Primaria (REGAP) no contempla todas las actividades valoradas en ella.

(2) *Cálculo de la producción en EVAP por distrito y en Andalucía.* Este cálculo se lleva a cabo ponderando el volumen de actividad recogido en el REGAP por los valores de la escala EVAP.

(3) *Cálculo del coste/EVAP por distrito y Andalucía.* Dado el gasto en capítulos I y II en el año 1993 en cada distrito y en Andalucía, se calcula el coste por unidad de valor dividiendo éste por el número de EVAP producidas.

(4) *Cálculo del coste 'real' por actividad en cada distrito y en Andalucía.* Se obtiene multiplicando el coste/EVAP por el valor relativo que la escala asigna a cada actividad.

b. Coste de las actividades de Atención Especializada

Dado que las actividades de atención especializada que el programa realiza, se refieren a actividades de los servicios de obstetricia y ginecología y

urología, se ha recogido de la explotación anual del COAN (1993) el coste/UPA de dichos servicios.

La Unidad Ponderada Asistencial (UPA) es una unidad de medida elaborada por el Ministerio de Sanidad y Consumo que valora los distintos tipos de actividad hospitalaria con diferencias relevantes en cuanto a costes y pondera dichas actividades de acuerdo con sus diferentes consumos de recursos.

En el año 1993, ocho hospitales de la red hospitalaria de Andalucía disponían de este sistema de contabilidad, por lo que los datos relativos a los costes de las actividades de atención especializada, hacen referencia al coste medio incurrido por los servicios de estos hospitales.

3. Estimación del coste de pruebas complementarias:

El coste de las pruebas complementarias se ha calculado a partir de los costes por Unidad Relativa de Valor (URV) procedentes de la explotación del COAN (1993) y el valor relativo de cada prueba en la correspondiente URV dependiendo del servicio hospitalario que la realiza.

4. Estimación del coste del protocolo/s de cada subprograma.

a. Atención al embarazo, parto y puerperio.

La atención al embarazo, parto y puerperio en función de factores tales como el tipo de red (reconvertida/no reconvertida), forma organizativa del centro que presta el servicio, resultado del episodio "parto" y lugar de la atención al puerperio, puede presentar, a una mujer en particular que requiera este tipo de atención, varios posibles escenarios, de los que se ha asignado el coste a dieciocho de ellos, tal como se describe a continuación.

(1) Atención al embarazo.

La situación actual de la atención al embarazo en Andalucía presenta como hechos relevantes en lo que se refiere a la estimación del coste, los siguientes:

Existencia de dos redes asistenciales diferenciadas en cuanto a su organización, lo que condiciona tanto el nivel (primario/especializado) que presta dicha atención como los protocolos de actuación que se llevan a cabo.

Diferencias dentro de la red reconvertida, existiendo zonas básicas de salud donde los controles protocolizados los realizan los diferentes profesionales compartiendo tiempo y espacio, y otras donde todos los realiza el médico ó ciertos controles los realiza éste y otros enfermería dependiendo del protocolo utilizado.

Teniendo en cuenta estas peculiaridades, se han establecido tres posibles escenarios:

Caso 1. Atención al embarazo en centros de salud donde los controles los realiza el médico general.

Caso 2. Atención al embarazo en centros de salud realizándose los controles de forma conjunta (Médico General+ enfermería/matrona).

Caso 3. Atención al embarazo por el segundo nivel.

(2) Atención al parto.

El episodio Parto dentro del subprograma de Atención al Embarazo, Parto y Puerperio es la siguiente actividad a la cual se le asigna el coste. Para ello, de los diferentes resultados del mismo se han considerado los siguientes:

- Parto sin complicaciones
- Parto con complicaciones
- Cesárea

La estimación se ha realizado en función de la estancia media que cada uno de ellos produce (información procedente de la explotación anual del CMBDAH. 1993).

(3) Atención al puerperio.

La atención al puerperio tiene como actividad principal la visita puerperal pudiéndose realizar tanto a domicilio como en consulta. La asignación del coste a cada una de ellas se estableció considerando la visita en consulta como visita programada de enfermería y la visita a domicilio como visita domiciliaria de enfermería.

b. Seguimiento de la salud infantil.

Puesto que el subprograma parece ser propio de las zonas reconvertidas, se ha asignado coste a un protocolo referido a ellas y mayoritariamente común entre ellas. Esta estimación se basa en lo siguiente:

- (1) El protocolo considerado corresponde al de la Cartera de Servicios en cuanto al número de controles y el momento temporal de su realización.
- (2) Los profesionales implicados en cada uno de los controles, se han asignado teniendo en cuenta diferentes consultas realizadas a profesionales.
- (3) No se tiene en cuenta el coste de las vacunas.

c. Planificación de la fecundidad.

La imagen que el subprograma de Planificación de la fecundidad tiene, tanto para la mayoría de los profesionales como de los usuarios, hace referencia más a un servicio de anticoncepción que a todos aquellos servicios que en cierta forma se describen en la Cartera de Servicios.

En este sentido, hemos considerado dos posibles escenarios dependiendo del tipo de red que presta dicho servicio (red reconvertida/red no reconvertida). En la red reconvertida, se ha considerado que las visitas de primer nivel son realizadas de forma conjunta por médico general y enfermería. Falta por determinar el proceso a seguir por mujeres cuya elección sea diafragma, DIU o contracepción hormonal.

Se ha estimado el coste de vasectomía como el coste de una intervención ambulatoria llevada a cabo en un servicio de urología.

El coste de interrupción tubárica, tanto si la técnica utilizada es laparoscopia como endoscopia, se ha estimado en función de la estancia media de cada uno de sus DRG (361 y 362 respectivamente) (Explotación anual 1993, CMBDAH).

5. Estimación del coste de cada subprograma en el año 1993.

A pesar de la existencia de diversas fuentes, datos e indicadores referentes al programa en general y a cada subprograma en particular, a la hora de estimar el coste de los mismos nos hemos encontrado con algunas lagunas de información que nos han llevado a tomar decisiones y formular hipótesis con objeto de obtener un resultado aproximado. El proceso y el resultado obtenido es producto de la información disponible, sobre la actividad realizada en el periodo de estudio en Andalucía, en las distintas fuentes consultadas.

a. Atención al embarazo, parto y puerperio, 1993.

(1) Atención al embarazo

El proceso seguido para estimar el coste de la atención al embarazo en Andalucía es el siguiente:

(a) Estimación del coste del protocolo por distrito en la red reconvertida:

Dependiendo de la forma en la que los profesionales del distrito realizan los controles, el protocolo incurre en un consumo diferente de recursos derivado del número de EVAP que se le imputan.

Para cada Distrito se estima el coste del protocolo teniendo en cuenta el coste/EVAP del mismo y la forma en la que los profesionales de dicho Distrito realizan los controles.

(b) Estimación del coste de la atención al embarazo por distrito:

Se supone que el número de mujeres con 5 ó más visitas prenatales (indicador de la Memoria del Programa) cumplieron el protocolo y que éstas se distribuyen de forma homogénea entre zonas reconvertidas y no reconvertidas.

El coste para el distrito se calcula pues, teniendo en cuenta el porcentaje de reconversión del mismo, el número de mujeres con 5 ó más visitas prenatales, el/los costes del protocolo para la parte reconvertida del distrito y el coste del protocolo en red no reconvertida.

(c) Coste de la Atención al embarazo en el conjunto de Andalucía.

Sumatorio del coste de la atención al embarazo por distrito.

(2) Atención al parto

(a) Cálculo del número de nacidos por cesárea en el distrito.

Número de nacidos vivos en el distrito multiplicado por el porcentaje de cesáreas en la provincia a la que pertenece.

(b) Estimación del coste del parto por distrito.

Sumatorio del coste de un parto sin complicaciones por el número de nacidos vivos menos los nacidos por cesárea y el coste de una cesárea por el número de nacidos por cesárea en el distrito.

(c) Coste del parto en Andalucía.

Sumatorio del coste del parto por distrito.

(3) Atención al puerperio

(a) Cálculo del número de visitas puerperales en consulta por distrito.

Diferencia entre el número de visitas puerperales y el número de visitas puerperales a domicilio.

(b) Coste de la visita puerperal por distrito.

Sumatorio del coste de las visitas puerperales en consulta y el coste de las visitas realizadas a domicilio.

(c) Coste de la visita puerperal en Andalucía.

Sumatorio de los coste de la visita puerperal por distrito.

(4) Educación maternal

(a) Estimación del coste de una sesión de educación maternal por distrito.

Se ha considerado el valor en EVAP dado por la escala del distrito Costa del Sol (0,5 EVAP).

(b) Estimación del coste de la educación maternal por distrito.

(i) Puesto que se dispone del número de mujeres en educación maternal y el número de mujeres que han realizado 3 ó más sesiones, consideramos que la diferencia son mujeres que han realizado 1 ó 2 sesiones solamente.

(ii) Estimación del coste por distrito para aquellas mujeres que realizaron 1 ó 2 sesiones de educación maternal.

Se supone que sólo han realizado una sesión. El coste para el distrito será el producto del número de mujeres con una o dos sesiones por el coste de una sesión en el distrito.

(iii) Estimación del coste por distrito para aquellas mujeres que realizaron 3 ó más sesiones de educación maternal.

Se supone que todas se han ajustado al protocolo del distrito (realizan el número de sesiones protocolizadas que el distrito ha explicitado en la cartera de servicios). El coste para el distrito será el producto del número de mujeres con 3 ó más sesiones, por el número de sesiones protocolizadas en el distrito y por el coste de una sesión en el distrito.

(iv) Coste total para el distrito.

Sumatorio de los dos anteriores.

b. Seguimiento de la salud infantil, 1993

Se estima el coste del seguimiento de la salud infantil para los niños menores de 1 año suponiendo que éstos realizaron sus controles en zonas reconvertidas. La oferta de este subprograma en zonas no reconvertidas es casi anecdótica y la información disponible se refiere fundamentalmente a ésta población.

La estimación se realiza a partir del número de niños de 1 año que han realizado al menos una visita y el número de niños menores de 1 año que han realizado al menos 3 ó más visitas (datos procedentes de la memoria del programa). El proceso seguido es el siguiente:

(1) Cálculo del coste para cada distrito

(a) Coste para el distrito de los niños que realizaron sólo los dos primeros controles.

Se supone que los niños que realizaron sólo los dos primeros controles son la diferencia entre los que realizaron tres o más visitas y los que realizaron al menos una visita. El coste sería el producto entre el número de niños, el número de EVAP que suponen los dos primeros controles según protocolo y el coste/EVAP del distrito.

(b) Coste de los niños que realizaron 3 ó más visitas.

Se considera que estos niños realizaron los 4 primeros controles del protocolo, controles susceptibles a realizar a niños menores de 1 año según protocolo, puesto que el 5º control, protocolizado a la edad de 10 meses, en la mayoría de los distritos lo realizan conjuntamente con el 6º, según la información sobre el número de controles disponible en la cartera de servicios. Al igual que en el caso anterior, el coste sería el producto entre el número de niños, el número de EVAP de suponen los cuatro primeros controles y el coste/EVAP del distrito.

(c) El coste total para el distrito sería la suma de los dos anteriores.

(2) Coste del subprograma en Andalucía

Sumatorio del coste del subprograma por distrito.

c. Planificación de la fecundidad. 1993

Teniendo en cuenta que la información disponible sobre la actividad realizada imputable a este subprograma se limita al número de visitas e indagando en otras fuentes, al volumen de bloqueos tubáricos realizados, la estimación del coste de Planificación de la fecundidad en Andalucía se ha realizado de la siguiente forma:

(1) Coste del subprograma por distrito

Suponiendo que el número de primeras consultas corresponden a mujeres que realizan las dos primeras consultas especificadas en el protocolo considerado en este trabajo y que dichas mujeres se distribuyen de forma homogénea entre red reconvertida y red no reconvertida, el coste para un distrito se estima a partir del porcentaje reconversión, el número de primeras consultas y el coste de las dos primeras consultas en red reconvertida y red no reconvertida.

(2) Coste del subprograma en el primer nivel

Sumatorio del coste por distrito.

(3) Coste por interrupción tubárica en 1993

Se estima el número de interrupciones tubáricas por procedimiento en Andalucía, extrapolando los datos procedentes de la explotación

del CMBDHA en función del número de altas de los hospitales a los que se refiere dicha información y el número de altas de todos los hospitales del SAS.

Al coste de cada procedimiento se le suma el coste de una visita, de segundo nivel, previa a la intervención. Multiplicando cada coste por el número de casos estimados se obtendrá el coste por interrupción tubárica.

(4) Coste del subprograma en Andalucía

Suma de los dos anteriores.

III. EVALUACIÓN

A. PLANIFICACIÓN DE LA FECUNDIDAD

1. IMPACTO SOBRE LA PLANIFICACIÓN DE LA FECUNDIDAD

a. La evolución de los patrones de fecundidad y natalidad

Andalucía y España están participando del descenso de la natalidad y fecundidad que muestran los países de nuestro entorno desde hace dos décadas. Europa en su conjunto se encuentra actualmente por debajo del nivel de reemplazo, lo que supone que, en caso de no cambiar la tendencia actual, el crecimiento de la población será cero o negativo en un futuro próximo. En España, de mantenerse el actual ritmo de descenso, se prevé que la población comience a reducirse a partir del año 2009.

Tabla 5. Indicadores demográficos. Andalucía y España, 1976-1991

Año	Número de nacimientos		Tasa bruta de natalidad		Índice sintético de fecundidad		Edad media a la maternidad		Porcentaje de nacidos fuera del matrimonio	
	Andalucía	España	Andalucía	España	Andalucía	España	Andalucía	España	Andalucía	España
76	126.555	677.456	20,51	18,85	3,24	2,79	28,36	28,54	1,81	2,16
77	124.265	656.357	19,97	18,05	3,13	2,66	28,24	28,47	1,97	2,32
78	122.741	636.892	19,55	17,32	3,04	2,53	28,15	28,40	2,14	2,50
79	118.213	601.992	18,65	16,22	2,86	2,31	27,95	28,30	2,43	2,80
80	116.074	571.018	18,14	15,21	2,75	2,20	27,89	28,20	3,02	3,93
81	110.337	533.008	17,10	14,12	2,54	2,04	27,90	28,23	3,54	4,42
82	109.258	515.706	16,76	13,58	2,43	1,94	27,95	28,33	4,02	5,12
83	104.876	485.352	15,96	12,71	2,27	1,79	27,98	28,37	4,64	5,21
84	102.050	473.281	15,41	12,34	2,14	1,72	27,96	28,43	5,76	6,75
85	97.638	456.281	14,64	11,85	1,99	1,63	27,96	28,46	6,50	7,96
86	95.039	438.750	14,00	11,39	1,89	1,54	28,02	28,56	7,08	8,00
87	93.364	426.782	13,64	11,01	1,82	1,46	28,02	28,60	7,54	8,27
88	92.040	418.919	13,43	10,78	1,75	1,42	27,97	28,60	8,24	9,11
89	89.562	408.434	13,01	10,49	1,68	1,36	28,07	28,74	8,35	9,35
90	89.218	401.073	12,89	10,29	1,65	1,33	28,13	28,87	8,33	9,61
91	88.319	395.989	12,73	10,18	1,61	1,30	28,25	29,04	8,52	10,00

Fuentes: I.E.A. Departamento de Estadísticas Demográficas; Paneque Sosa, P. "Cambios Demográficos y Sociales en Andalucía", Ponencia al V *Síposium de Salud Materno-Infantil*, Granada, junio 1994; Instituto de la Mujer. *La Mujer en Cifras. (Una década 1982-1992)*, 1994. Instituto de la Mujer. *La Mujer en España. Situación Social, 1990*. (Elaboración EASP)

Entre los años 1960 y 1991 ha descendido a casi la mitad el número de nacimientos en España, descenso que se acelera desde la segunda mitad de la década de los setenta. Andalucía, que es la Comunidad Autónoma que partía de cifras más altas de natalidad, ha experimentado una reducción superior al

30% desde 1976 hasta 1991, año en que la tasa de natalidad era de 12,73. A pesar de este descenso, las tasas andaluzas permanecen por encima de las españolas hasta la actualidad, y es una de las Comunidades Autónomas que presentan tasas más elevadas en el conjunto nacional.

La tasa de fecundidad general ha disminuido en la Comunidad Europea de forma constante desde mediados de los años sesenta. No obstante, el ritmo de descenso no ha tenido la misma intensidad durante todo el período 1965-1990 y en los últimos cinco años la fecundidad prácticamente se ha estancado. No todos los países tienen un comportamiento homogéneo. En el período 1986-1990, algunos países ya están experimentando un aumento de la fecundidad, mientras que en el sur de Europa se mantiene la tendencia al descenso, de comienzo tardío pero de ritmo más rápido que en otros países. Actualmente, España es el segundo país con un Índice Sintético de Fecundidad (ISF) más bajo, sólo superado por Italia.

Tabla 6. ISF en los países de la Unión Europea. 1960, 1986 y 1990

País	1960	1986	1990
UE	2,61	1,58	1,55
Bélgica	2,56	1,54	1,62
Dinamarca	2,75	1,48	1,67
España	2,86	1,54	1,34
Francia	2,73	1,83	1,78
Grecia	2,28	1,61	1,41
Holanda	3,12	1,55	1,62
Irlanda	3,76	2,41	2,18
Italia	2,41	1,31	1,27
Luxemburgo	2,28	1,43	1,61
Portugal	3,10	1,62	1,43
Reino Unido	2,72	1,78	1,84
RFA	2,37	1,35	1,48

Fuente: I.E.A. Departamento de Estadísticas Demográficas

Andalucía ha reducido en un 40% los nacimientos por cada 1.000 mujeres en edad fértil durante el período 1975-1990. Si nos ceñimos al período 1984-1990, esta reducción se cifra en un 22%. Sin embargo, la caída más importante de la fecundidad en los últimos veinte años en Andalucía se produce en el período 1976-1984, con un porcentaje de cambio entre un 23% y un 49%, según la provincia. En España la tendencia es igualmente descendente, aunque Andalucía sigue manteniendo unos niveles superiores a los del conjunto de estado.

En Andalucía, el ISF es superior a la media de España aunque, al partir de valores más altos, la caída está siendo más marcada. En 1990 la Comunidad Andaluza alcanzaba la cifra de 1,65 frente a 1,34 en España en el mismo año. Desde 1985, Andalucía se encuentra por debajo del índice de reemplazo generacional, mientras que en España, la fecundidad se sitúa por debajo del nivel de reemplazo desde 1981. Esta caída del ISF se observa en todas las provincias andaluzas. Aunque la velocidad de descenso es variable, la tendencia es hacia una mayor homogeneidad interprovincial en los valores de éste índice.

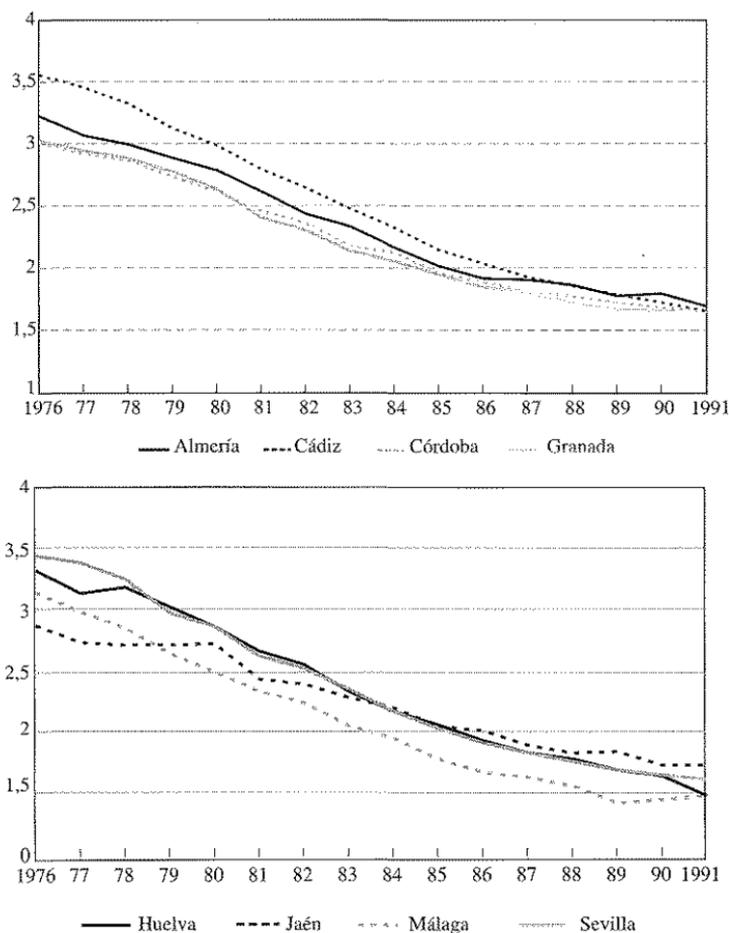


Figura 5. Evolución índice sintético de fecundidad. Provincias andaluzas 1976-1991

Fuente: IEA Departamento de Estadísticas Demográficas. (Elaboración EASP)

Este descenso de la fecundidad se ha traducido en un cambio de la distribución de los nacimientos según el rango durante las últimas dos décadas. Mientras que en 1975 más del 20% de los nacimientos se situaban en el rango de cuatro o superior, en 1991 este porcentaje es del 6,5%. Entre 1983 y 1991, los nacimientos en este rango han disminuido en más del 50%. Este dato nos ofrece información acerca de la magnitud del descenso en la multiparidad, que no hay que olvidar constituye uno de los criterios de riesgo del programa de planificación familiar en Andalucía.

Si analizamos las tasas específicas de fecundidad por edad entre las mujeres andaluzas en el período comprendido desde la mitad de los años setenta hasta 1990, comprobamos que todos los grupos de edad presentan una tendencia descendente. Los grupos de mujeres entre los 20-24 años y 25-29 presentan un descenso bastante pronunciado durante todo el período, mucho más acentuado en el grupo más joven, con un descenso desde 1976 hasta 1990 del 55%. Igual tendencia podemos observar en el conjunto del estado. A pesar de este descenso, las mujeres de edades comprendidas entre 25 y 29 años continúan siendo las que más contribuyen a la fecundidad.

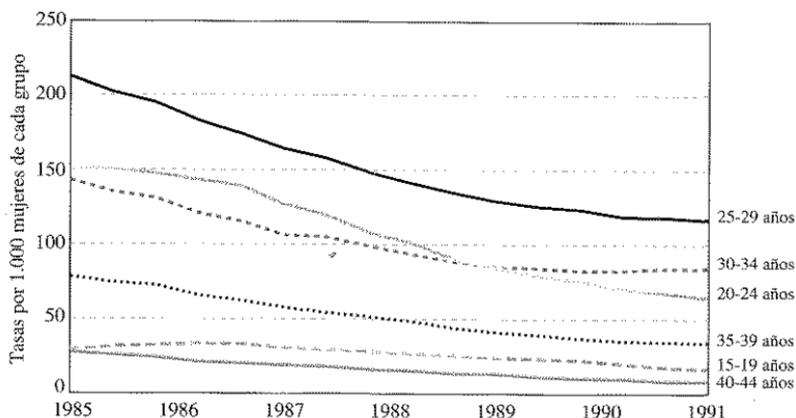


Figura 6. Evolución de las tasas de fecundidad específica por grupos de edad. Andalucía 1976-1991

Fuente: I.E.A. Departamento de Estadísticas Demográficas. (Elaboración EASP)

Son las mujeres de edades comprendidas entre los 30 y los 34 años las que muestran una cierta estabilización de las tasas de fecundidad a partir de 1985, de tal modo que en el año 1986 se produce un cruce de la evolución entre dos

grupos de edad: el de 30-34 se sitúa por encima del de 20-24 años, ocupando así el segundo lugar en tasas de fecundidad. Este fenómeno se producía de manera similar en España en el año anterior. Las tasas específicas de fecundidad en el grupo de mujeres entre los 15 y los 19 años experimentan cierta tendencia ascendente en la mitad de los setenta, con un máximo al final de esa década, a partir del cual inicia el descenso que continúa hasta el momento actual.

En suma, el descenso global de la fecundidad se ha producido sobre todo a expensas de los grupos de mujeres más jóvenes. A este hecho, hay que añadir el retraso de la edad de la madre al nacimiento del primer hijo, el descenso de la nupcialidad y el aumento de los hijos nacidos fuera del matrimonio. Además, la disminución de la fecundidad se ha producido sobre todo en los nacimientos de rango superior.

- Disminuye la fecundidad, sobre todo entre mujeres jóvenes.
- Disminuyen los nacimientos de rango superior.

A pesar del descenso de las tasas de fecundidad en adolescentes, existe en el momento actual la percepción por parte de los profesionales del programa de que el embarazo no deseado en la adolescencia es un problema no resuelto y se considera uno de los retos pendientes de la planificación familiar en Andalucía.

Probablemente, la mayor accesibilidad a los métodos de planificación de la fecundidad haya disminuido la tolerancia social hacia el fenómeno del embarazo no deseado, fenómeno que se suele asociar al embarazo en la adolescencia. Por otra parte, en el momento actual, la sociedad parece más sensibilizada a las consecuencias negativas que puede tener un embarazo no deseado para el desarrollo personal y profesional de una mujer adolescente. Podríamos decir que el "coste de oportunidad" de un embarazo no deseado durante la adolescencia es más elevado en el momento actual que unas décadas atrás.

No ha ocurrido así en el caso de los embarazos de mujeres mayores de 35 años. El conjunto de fenómenos descritos anteriormente en relación con la evolución del patrón reproductivo en nuestro medio, llevan a plantear la hipótesis de que los embarazos en mujeres mayores no sean embarazos no deseados, sino todo lo contrario, embarazos buscados tras un período de retraso voluntario de la edad de la maternidad. Probablemente, el perfil de las muje-

res que tienen hijos en estas edades no sea homogéneo, y haya que tener en cuenta factores diferenciadores como el nivel educativo y social de cada segmento. Esta hipótesis se ve avalada por la opinión de los profesionales consultados sobre la existencia de una demanda creciente y no cubierta de atención a los problemas de esterilidad e infertilidad.

El hecho de que los cambios señalados se estén produciendo en todos los países del entorno y de que su comienzo, y mayor intensidad, se sitúe antes de la puesta en marcha del programa de planificación familiar en Andalucía, hacen pensar que su atribución al propio programa no sea clara. La mayor participación de las mujeres en el mercado laboral, junto con una elevación importante en sus niveles de educación, son factores que probablemente tengan mucho que ver con los cambios de patrones de fecundidad señalados. A ellos se añade la mayor accesibilidad a los métodos anticonceptivos y a los servicios de planificación de la fecundidad.

El embarazo no deseado constituiría uno de los indicadores más adecuados para valorar el impacto de las intervenciones en planificación de la fecundidad. Sin embargo, esta información resulta difícil de obtener y no está disponible habitualmente. Los resultados de estudios específicos realizados a nivel de Andalucía en los años 87 y 88 indican que hasta un 45% de las mujeres no habían buscado el embarazo.

Sería interesante disponer de información actualizada de estos indicadores que permitiría efectuar algunas comparaciones. No obstante, los datos plantean la hipótesis de que la sola oferta de servicios y métodos de planificación familiar no es suficiente para evitar el embarazo no deseado. Esta hipótesis es coherente con la información sobre utilización de servicios actualmente disponible.

b. Evolución en la oferta y utilización de los servicios

La oferta de servicios de planificación familiar ha aumentado de forma evidente en Andalucía durante la última década. La elección de una estrategia de integración de estos servicios en la red de atención primaria, en lugar de la opción por centros específicos que han realizado otras Comunidades Autónomas, ha tenido un claro efecto positivo sobre la oferta de servicios de planificación en nuestra Comunidad, en relación a otras regiones. Del total de centros de

planificación familiar existentes en España en 1990, el 44% estaban ubicados en Andalucía. Este porcentaje se situaba en el 11% en el año 1987.

Tabla 7. Centros de planificación familiar por Comunidades Autónomas

	1987	1990
ANDALUCIA	36	280
ARAGÓN	9	18
ASTURIAS	6	6
BALEARES	8	6
CANARIAS	4	10
CANTABRIA	7	4
CASTILLA- LA MANCHA	12	11
CASTILLA-LEÓN	18	15
CATALUÑA	66	77
EXTREMADURA	7	22
GALICIA	14	14
LA RIOJA	2	3
MADRID	41	52
MURCIA	18	27
NAVARRA	9	5
PAÍS VASCO	27	34
VALENCIA	45	55
CEUTA Y MELILLA	2	2
TOTAL	331	641

Tomado de: Instituto de la Mujer. La Mujer en Cifras 1992.

En el año 1993, la oferta de planificación familiar en la cartera de servicios de atención primaria era muy amplia en Andalucía, aunque persisten importantes diferencias entre redes asistenciales. Así, el 95% de las ZBS de la red reconvertida ofertan este servicio, mientras que en la red no reconvertida este porcentaje disminuye al 68%. La oferta de horario de tarde es igualmente amplia, y se puede considerar la más extensa del PSMI.

A pesar de esta buena accesibilidad física, los indicadores de cobertura del programa son bajos. En la actualidad, el 23% de las mujeres en edad fértil de Andalucía han utilizado, al menos en una ocasión desde 1985³, el programa de planificación familiar en el nivel primario de atención. La captación al programa se ha mantenido prácticamente constante durante el período 1985-1993 entre 2-3% anual.

³ Esta cifra equivale al indicador de cobertura acumulada del programa de planificación familiar

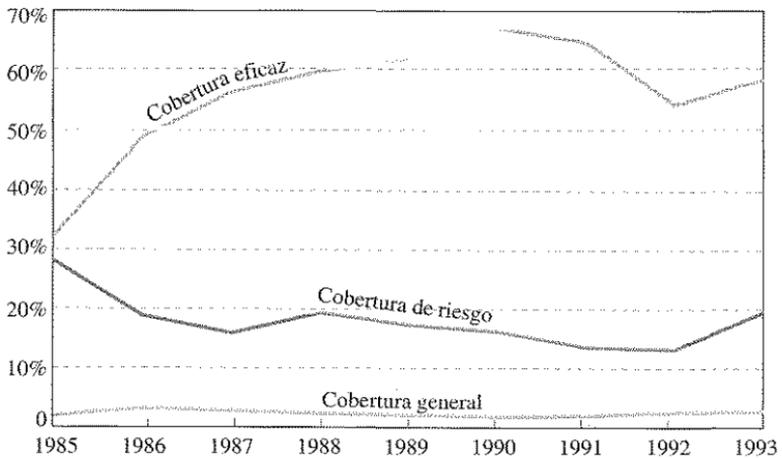


Figura 7. Evolución de los indicadores del Programa de Planificación Familiar. Andalucía 1985-1993

Fuente: Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública. Informe de la Salud 1993-1994. (Elaboración EASP)

Por otra parte, y a diferencia de lo que ocurre con otros programas, actualmente existe controversia acerca de cuál debe ser el grado adecuado de utilización de los servicios de planificación familiar por la población en edad fértil. Este cuestionamiento está en relación con la falta de acuerdo entre los profesionales sobre si el proceso de planificación de la fecundidad debe estar más o menos medicalizado o sanitizado. A ello se añade la dificultad para utilizar un denominador adecuado, referido a mujeres sexualmente activas y que deseen planificar su fecundidad con la ayuda de los servicios sanitarios.

Además, los comportamientos relacionados con la reproducción están influenciados por un conjunto complejo de elementos de todo orden, y durante las últimas décadas se han producido cambios culturales profundos en las formas de entender la sexualidad, la reproducción y la contracepción en nuestro entorno.

A estas bajas coberturas de captación, se añade el hecho de que las mujeres que sí utilizan los servicios públicos de planificación familiar presentan un perfil bien definido y que no se corresponde en general con un perfil de riesgo. Las mujeres que utilizan estos servicios en Andalucía suelen ser mujeres con trabajo remunerado, entre los 20 y los 35 años, que viven en núcleos urbanos y que conviven de forma estable con su pareja.

- La integración de los servicios de planificación familiar en la red de atención primaria supone un aumento de la oferta y de la accesibilidad.
- El 23% de las mujeres andaluzas en edad fértil utilizan al menos en una ocasión los servicios de planificación familiar en el período 1985-1993.
- El perfil de las usuarias de los servicios no se corresponde con los grupos definidos de riesgo por el programa.

La información sobre embarazo no deseado comentada anteriormente, constituye otro indicador de que el programa no está alcanzando a los grupos de mayor riesgo. A ello se puede añadir el hecho de que el 50% de las mujeres que se sometieron a un IVE en el año 1993 no habían utilizado ningún centro de planificación familiar en los dos años anteriores al aborto, y que el 20% de ellas se habían sometido anteriormente a otro IVE.

La aplicación de criterios de riesgo idóneos y la adecuación de los servicios a segmentos de población con necesidades específicas son retos a los que actualmente se enfrentan los profesionales que trabajan en el programa. Los factores relacionados con la accesibilidad cultural de los servicios parecen importantes, sobre todo si hablamos de segmentos específicos de población, como aquellos considerados de riesgo.

c. Conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos

Según datos de la encuesta realizada por el Instituto Andaluz de la Mujer en 1990, un 16% de las mujeres andaluzas entrevistadas manifestaron no conocer ningún método anticonceptivo, porcentaje que disminuyó claramente en el caso de conocimiento sugerido. Aunque el nivel de conocimiento de los distintos métodos es bastante elevado en general, el análisis por segmentos muestra que, al igual que ocurre con la utilización de los servicios, este conocimiento no se distribuye de manera homogénea en la población. Las mujeres de edades comprendidas entre los 20 y los 35 años, de mayor nivel socio-cultural y residentes en municipios urbanos eran las que demostraban un grado mayor de conocimiento de los métodos de anticoncepción.

Casi la mitad del total de las mujeres manifestaron no utilizar ningún método anticonceptivo, y, entre las más jóvenes (de 16 a 22 años), este porcentaje se

elevó al 75%. La píldora fue el método más utilizado por las mujeres de la muestra, seguido del preservativo. Hay que destacar la utilización del coitus interruptus por un porcentaje elevado de mujeres, cercano al 20% de las encuestadas.

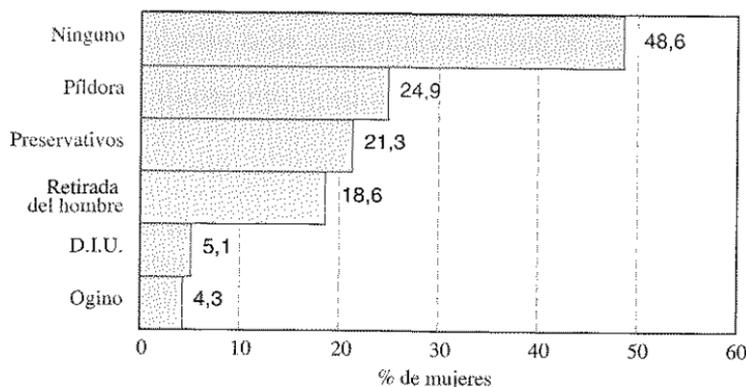


Figura 8. Principales métodos anticonceptivos que usan las mujeres. Andalucía 1990

Fuente: Instituto Andaluz de la Mujer. Situación Social de la Mujer en Andalucía, 1990. (Elaboración EASP)

La utilización de métodos de anticoncepción definitivos, como la vasectomía y la ligadura de trompas, afectó a un porcentaje mínimo de las mujeres encuestadas. Es posible que en este caso sí haya que tener en cuenta dificultades de accesibilidad a dichos servicios, como parecen evidenciar los datos del programa. En 1993, 2544 mujeres estaban en lista de espera para bloqueo tubárico en Andalucía y 2509 varones en el caso de la vasectomía. En el 56% del total el tiempo de demora era superior a 6 meses, pero para la vasectomía este porcentaje se elevaba al 70%. Recientemente se han puesto en marcha medidas en algunos centros hospitalarios tendentes a reducir las listas de espera en el nivel terciario de atención del programa, medidas que, en opinión de los profesionales consultados, han resultado efectivas.

La información sobre la evolución del indicador de cobertura eficaz también puede servir para ilustrar el patrón de utilización de determinados métodos anticonceptivos, en este caso, el DIU y los anticonceptivos hormonales. El progresivo aumento de este indicador a lo largo del período de funcionamiento del programa sugiere la hipótesis de que cada vez son más las mujeres que buscan asesoramiento de los servicios sanitarios públicos antes de comenzar a utilizar dichos métodos. Pero también puede indicar que han ido cambiando los patrones de utilización de los distintos métodos, de tal manera que se haya reducido el uso de DIU y anticonceptivos hormonales.

Tabla 8. Evolución del consumo de anticonceptivos hormonales ()
Andalucía y España 1985, 1989, 1993 y 1994.*

(Número absoluto de envases y envases consumidos por 1.000 mujeres entre los 15 y los 44 años)

	Andalucía		España	
	N	env./1.000 mujeres	N	env./1.000 mujeres
1985	241.890	168,50	1.431.791	174,86
1989	224.638	147,61	1.371.599	159,65
1993	172.335	108,04	1.078.606	121,99
1994	135.382	83,93	---	---

Fuente: Datos de consumo farmacéutico cedidos por el SAS. (Elaboración EASP)

(*) Anticonceptivos hormonales sistémicos que incluye: progestágenos y estrógenos en asociaciones fijas y progestágenos y estrógenos en preparados secuenciales.

La información disponible sobre el consumo farmacéutico de anticonceptivos hormonales indica una disminución importante, tanto en números absolutos como en relación a la población de mujeres en edad fértil. El ritmo de descenso no ha sido homogéneo durante el período 85-94. En Andalucía, la disminución del número de envases consumidos por cada 1000 mujeres en edad fértil fue del 12,5% entre 1985 y 1989. Sin embargo, esta disminución alcanzó un 26,5% entre 1989 y 1993. El descenso ha alcanzado un 22% en el último período de sólo un año, entre 1993 y 1994.

d. Interrupción voluntaria del embarazo

La relación de la IVE con la planificación de la fecundidad y el impacto de las intervenciones realizadas en este ámbito puede ser considerada en un doble sentido. Por una parte, se puede entender como un problema de salud, o una consecuencia no deseada, relacionada con la falta de efectividad de los servicios de planificación familiar para evitar el embarazo no deseado. Entendida así, se asume que la IVE constituiría un "último recurso", utilizado sólo cuando han fracasado otras medidas.

Por otro lado, una vez que se ha producido el embarazo no deseado, se puede considerar que los servicios de IVE constituyen una oferta adicional, entre otras, de recursos de planificación de la fecundidad. Se puede entender así que el aborto voluntario es uno de los métodos anticonceptivos disponibles y su utilización indicaría una mejora en la accesibilidad de los servicios dirigida a evitar los embarazos no deseados.

En Andalucía se ha ido incrementando de forma progresiva el número de IVEs notificadas desde 1987 hasta 1993, año en que la tasa de IVE fue de 3,85 por cada 1000 mujeres en edad fértil. Aunque durante todo el período las tasas andaluzas permanecen por debajo de las del conjunto de España, Andalucía es una de las comunidades autónomas con mayor aumento en las tasas de IVE si analizamos el porcentaje de cambio entre 1987 y 1993, y ocupa el segundo lugar, precedida de Cataluña.

Tabla 9. Evolución de la I.V.E. según Comunidad Autónoma de residencia, 1987-1993. Tasas por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años

	1987	1988	1989*	1990	1991	1992	1993
ANDALUCÍA	0,31	1,80	1,75	1,21	2,65	2,97	3,85
ARAGÓN	0,89	1,88	2,52	4,12	3,81	3,96	3,56
ASTURIAS	6,81	10,40	10,54	9,89	10,89	10,86	10,95
BALEARES	1,16	2,88	3,67	6,56	7,04	6,93	5,63
CANARIAS	1,39	0,77	1,47	3,76	4,36	4,88	6,16
CANTABRIA	3,12	6,46	6,57	6,13	6,16	5,46	4,96
CASTILLA-LA MANCHA	1,63	2,19	2,68	2,87	3,07	3,05	3,08
CASTILLA Y LEÓN	2,85	5,52	5,90	5,88	5,47	5,45	5,66
CATALUÑA	0,31	0,34	0,33	5,21	5,90	6,95	7,02
C. VALENCIANA	4,14	4,53	6,51	6,63	6,99	6,92	6,33
EXTREMADURA	1,10	1,59	2,04	1,66	2,04	1,87	3,53
GALICIA	0,77	1,39	1,75	2,33	3,21	3,69	3,47
MADRID	4,91	6,33	7,32	6,65	6,64	7,12	5,87
MURCIA	1,29	2,15	2,65	2,76	3,43	3,86	4,21
NAVARRA	2,41	2,72	2,54	1,80	1,36	1,78	0,96
PAÍS VASCO	1,25	2,81	3,34	2,99	2,76	2,53	2,62
LA RIOJA	1,80	2,44	3,46	3,87	3,11	3,63	2,59
CEUTA Y MELILLA	0,22	1,44	1,17	0,74	1,55	1,97	1,60
ESPAÑA	1,99	3,07	3,56	4,29	4,79	5,10	5,15

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Registro de I.V.E. (Elaboración EASP)

(*) Los datos de las I.V.E.S realizadas en Cataluña se incorporan a los nacionales en 1989.

Las tasas de IVE específicas para cada grupo de edad en Andalucía evidencian un aumento en todos los grupos desde el año 1987 hasta 1993. Durante todo el período se ha mantenido el predominio del grupo de mujeres de 20 a 24 años, seguido del de 25 a 29. El grupo de adolescentes entre 15 y 19 años presenta tasa mayores al grupo de 40 a 44 años. La cifra de abortos notificados en el grupo de menores de 15 años es mínima, pero se mantiene a lo largo de los años. Esta distribución por grupos de edad es similar a la que se evidencia en España.

Para contrarrestar el efecto esperable de la fecundidad específica por edad, se ha calculado la razón de IVE por 1000 nacidos vivos en cada grupo de edad de la mujer. De este ajuste resulta que los grupos que más contribuyen al IVE son las mujeres más mayores (45-49 y 40-44 años), seguido de las más jóvenes (15-19 años). Esta mayor contribución, en términos relativos a su fecundidad, a la interrupción voluntaria del embarazo de los grupos de edades extremas se ha acentuado a lo largo de los años. De esta manera, la razón IVE/nacidos vivos está aumentando en mayor proporción en los grupos de 45-49, 40-44 y 15-19 años, en comparación con los grupos de 20 a 39 años.

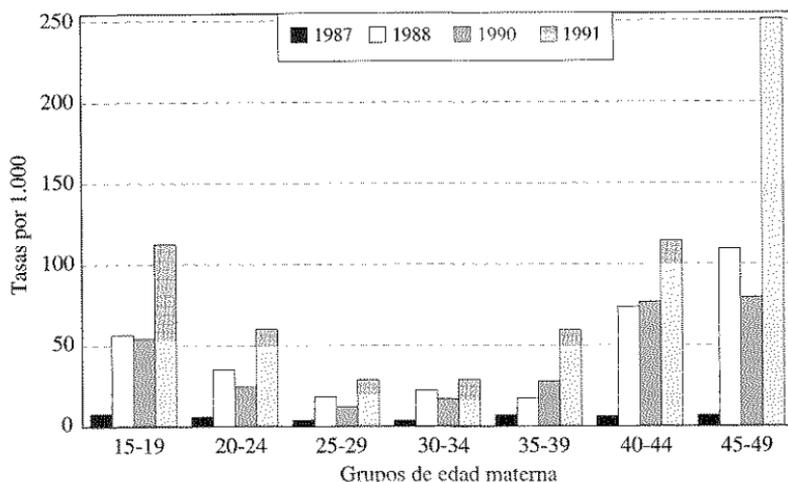


Figura 9. Razón de I.V.E. por 1.000 nacidos vivos según grupos de edad. Andalucía 1987-88, 1990-91

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo, Registro de I.V.E. Nacidos vivos del Movimiento Natural de la Población y Memorias Programa Metabopatías (Elaboración EASP)

La gran mayoría del total de IVE notificados en Andalucía se han producido en centros de titularidad privada, sin que esta característica parezca modificarse a lo largo del período de análisis. En el año 1993, se registraron un total de 6.213 interrupciones voluntarias del embarazo, de las que sólo 15 fueron realizadas en centros públicos.

Como ya se ha comentado, el 50 % de las mujeres a las que se practicó IVE en 1993 no habían utilizado ningún centro de planificación familiar en los dos años anteriores, aunque este porcentaje era mayor en el año precedente, ya que en 1992 no habían acudido el 57%.

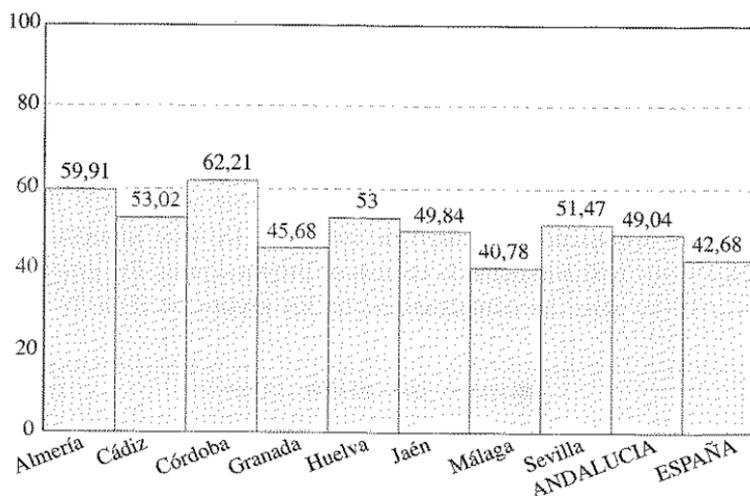


Figura 10. Porcentaje de mujeres que utilizaron un centro de P.F. en los dos años anteriores al I.V.E. España, Andalucía y provincias (1993)

Es importante resaltar que, en el año 1993, algo más del 20 % de las mujeres que abortaron voluntariamente ya habían abortado con anterioridad en una o más ocasiones. Este porcentaje se ha mantenido relativamente constante, aunque con ligera tendencia a aumentar, durante los últimos años en Andalucía, y resulta similar al encontrado para España en su conjunto. Resulta llamativo que un porcentaje relativamente elevado de adolescentes, casi un 9%, ya habían abortado en otra ocasión anterior.

Aunque es lógico pensar que los problemas derivados del aborto ilegal han disminuido desde la promulgación de la ley de despenalización, no hay que olvidar que, de las 35 muertes maternas habidas en Andalucía desde 1984 a 1993, 7 fueron debidas a aborto, y que las complicaciones del aborto provocado en deficientes condiciones suelen ser causa de morbilidad materna.

La información disponible sobre la práctica del aborto voluntario apuntan hacia la necesidad de reflexión acerca de la efectividad de los servicios de planificación familiar en Andalucía, de su adecuación a grupos específicos de población y de la idoneidad de los distintos métodos para distintos segmentos de la población que desea planificar su fecundidad.

- Más de 6.000 interrupciones voluntarias del embarazo en Andalucía durante 1993.
- El 50% de las mujeres que se sometieron a IVE no habían acudido en los dos años previos a los servicios de planificación familiar.
- El 20% de las mujeres se habían sometido a otra IVE con anterioridad.

e. Anticoncepción en jóvenes y adolescentes

La oferta de servicios específicos dirigidos a este grupo de población ha aumentado en los últimos años en Andalucía desde un total de 33 centros en 1992 a 101 en 1994. La mayoría de estos servicios están integrados en la red de atención primaria. Como ya se ha comentado, las tasas de fecundidad en adolescentes y jóvenes están disminuyendo en nuestra Comunidad Autónoma desde mediados de los años setenta. No obstante, el embarazo no deseado en los adolescentes es identificado por los profesionales como una de las necesidades que el programa no está cubriendo de manera adecuada.

Esta preocupación se ve refrendada por la información sobre IVE en Andalucía. Un total de 893 adolescentes abortaron voluntaria y legalmente en el año 1993. Más del 65 % de ellas no habían utilizado ningún centro de planificación familiar en los dos años previos al IVE y sólo un 28 % se habían informado sobre el IVE en un centro sanitario público.

El IVE en la adolescencia plantea, además de las dificultades culturales y de tolerancia social del fenómeno en sí, los problemas añadidos que entraña el hecho de tratarse en ocasiones de menores de edad. Esto genera conflictos legales y de accesibilidad a los servicios que requerirían un tratamiento especial.

Estos datos sugieren que la planificación de la fecundidad en adolescentes y jóvenes constituye un problema aún no resuelto en nuestro medio. No tanto por las tasas de fecundidad específicas en estas edades, que están disminuyendo, sino sobre todo por las especiales características culturales de este grupo de población que hacen que los servicios estándar de planificación no sean los más adecuados para ellos.

La oferta de planificación familiar dirigida a la población adolescente y joven no se plantea exclusivamente en términos de anticoncepción. La prevención de las enfermedades de transmisión sexual y, muy especialmente, la epidemia de SIDA, plantea otras necesidades que son especialmente relevantes en estos grupos de edad. De hecho, se hace necesaria una reflexión acerca de la posibilidad de ofertar a la población adolescente y joven un apoyo más global desde los servicios sanitarios, especialmente en aspectos de educación para la salud que incluya, no sólo aspectos de sexualidad, sino también otras demandas.

- Disminuyen las tasas de fecundidad en adolescentes.
- Aumento progresivo de la oferta de servicios dirigidos a jóvenes.
- En 1993, 893 adolescentes se sometieron a IVE en Andalucía, el 65% de ellas no habían acudido en los dos años anteriores a un centro de planificación.

f. Evolución de las enfermedades de transmisión sexual y el sida

La evolución de las incidencias de enfermedades de transmisión sexual constituyen indicadores del impacto del programa de planificación familiar, que en Andalucía incluye entre sus actividades las relacionadas con la prevención de las ETS. Aunque su análisis detallado excede los límites de este libro, comentamos los datos más relevantes.

El fenómeno sin duda más importante a este respecto es la epidemia de SIDA que experimenta Andalucía de manera similar al resto de España y los países del entorno. En Andalucía se habían declarado un total de 3.253 casos de SIDA desde 1981 hasta septiembre de 1994. La tasa acumulada se sitúa por debajo de la de España en casi 24 puntos. La distribución de los casos por grupos de edad indica que el mayor porcentaje se acumula en los grupos de 20 a 39 años. Durante la edad infantil y adolescencia, la frecuencia es relativamente mucho más baja, con un 2,4 % de casos en menores de 15 años y un 1,8% entre los 15 y 19 años.

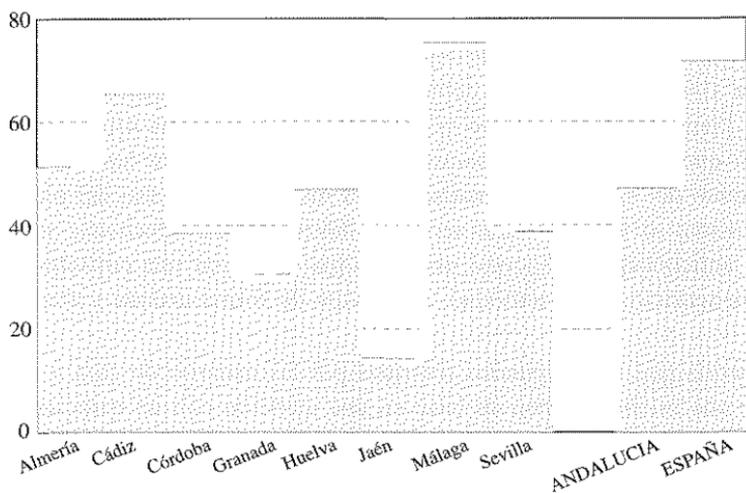


Figura 11. Sida. Tasas acumuladas 81-84 por 1.000 habitantes. Andalucía, provincias y España. 1981 a 1994 (a 30-9-94)

La evolución de la uretritis gonocócica en España muestra una tendencia descendente en el último decenio. Sin embargo, las tasas de incidencia en Andalucía, que se situaban por debajo de las españolas hasta 1987, las han superado a partir de ese año hasta la actualidad. En cuanto a la sífilis, el fenómeno es similar a la gonococia, permaneciendo las tasas andaluzas por debajo de las nacionales hasta 1988, año a partir del cual la evolución ha sido ascendente, presentando actualmente tasas más elevadas que las del conjunto de España, con cifras cercanas a las del año 1983.

2. OPINIÓN DE LAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La amplitud y heterogeneidad de los servicios ofrecidos a través del programa de planificación familiar (PF) hacen de su evaluación un proceso complejo donde entran en consideración una gran variedad de factores. La valoración que las usuarias realizan sobre el programa de PF implica la revisión de, al menos, tres aspectos: el segmento de edad al cual se dirige el programa, la coordinación entre niveles, y la adecuación del servicio o actividad a cada tipo de mujer.

En primer lugar, las usuarias consultadas no identifican los diferentes servicios ofertados a través de PF como pertenecientes a un programa global. No hay una visión de programa, como ocurre por ejemplo con el de Embarazo, Parto y Puerperio donde sí que se identifica de forma más nítida una línea de atención que va desde la preparación de la mujer al parto hasta un control y seguimiento del estado de la madre tras el mismo. En el caso del programa de planificación, se valoran como servicios diferenciados, informarse sobre algún método anticonceptivo, hacerse una citología o realizar una consulta sexológica. Cada servicio, cada actividad, se percibe de forma aislada y distinta.

Parecería que las propuestas referidas por las usuarias de cara a mejorar el servicio que reciben, tienen su base en una atención con un carácter más versátil y capaz de adaptarse a la edad de la mujer y al tipo de demanda por el que acude a consulta. En cuanto al perfil de los profesionales, las mujeres jóvenes muestran sus preferencias de ser atendidas por mujeres, sobre todo si son jóvenes y con capacidad de escucha.

"Pero... tratarnos como jóvenes, yo es que nunca he tenido contacto con nadie de allí, porque es que es imposible. Es tu número, el número tuyo de la Seguridad Social y una enfermedad". (G.D.3)

"Cuando ya entré y vi que era una chica, dije: "qué bien, genial". O sea, me encantó que fuera..., yo creo que yo vengo por eso. Y además joven". (G.D.2)

"Aunque fuera cinco minutos, pero esos cinco minutos pasarlos agradables, yo creo que es importante el tiempo, yo creo que sí. Es que aquí vienes a lo mejor y se dedica M.J. contigo veinte minutos". (G.D.2)

El ambiente más adecuado para proveer este servicio es en una atmósfera discreta, íntima y confidencial. En lo que se refiere a su ubicación, demandan espacios alternativos a los ya establecidos, y con fórmulas diferenciadas adaptadas a sus necesidades.

"... Porque aquí son más discretos, tu madre no se entera, no te ve tu vecina y cosas de esas". (G.D.2)

"Dentro del Ambulatorio, que hubiera una consulta para nosotros, para jóvenes y tal, pero que fuese discreto... Yo no fui a una

Planificación Familiar, porque decía: «es que me puedo encontrar a cualquiera»". (G.D.3)

"No tienes que pedir cita, no tienes que... decirle a tu madre que vas al ginecólogo y contarle por qué vas al ginecólogo". (G.D.2)

"Aquí no necesitas, vamos yo la cartilla me parece que tenía una fotocopia, pero por casualidad que si no la traigo tampoco hace falta". (G.D.2)

"No sabes si el que te viene es este, si el que te viene es aquel que va más para allá y el uno te dice: «Quítate la ropa»; el otro te dice: «No, ahora no te la quites»; el otro pasa... O sea que allí.. Yo me tumbé una vez en una camilla me acuerdo y entró uno allí...Estaba yo tumbada en la camilla-menos mal que estaba el chisme ese delante". (G.D.3)

Por ejemplo, el grupo de mujeres más jóvenes manifiestan claramente el tipo de servicio que buscan y que esperan recibir: una accesibilidad rápida y libre de trámites, un horario adecuado a sus necesidades (compatible con horario de estudios, cercanía al barrio) y ser atendidas en el mismo momento en que acuden.

"Tienes que faltar a clase para ir al médico". (G.D.3)

Una chica resume a partir de la opinión que elabora sobre el Centro de Orientación Sexual, las características del servicio que recibe. Su aportación puede servir de referencia a la orientación de este tipo de centros.

"Pues con respecto al trato está muy bien. Porque tú entras y van directamente al problema. Tú le cuentas tu problema y ellos te atienden en ese problema ..tú te das cuenta que te están tratando ese problema con gusto, que se preocupan por tu problema. Luego gente, normalmente gente joven, yo es que no he visto nunca gente así más mayor ni tampoco más pequeña ni nada. Y luego, que me gusta porque a lo mejor te están reconociendo en el problema que tú tienes; y te ven otros y te lo apuntan y se preocupan por lo que te pasa; y te llaman por teléfono a ver si se te ha olvidado la cita; y están encima tuya con respecto a lo que tú... no sé, yo qué sé como... A mí me gustó mucho el trato de M.J. por eso, porque yo no la

conocía, entré y se me presentó, me presenté y empezó a hablarme sin preguntarme nada, te dice eso... Te habla de todo lo que hay, de todos los métodos anticonceptivos". (G.D.2)

"O sea, ellos te explican te dan un abanico de posibilidades y tú eliges". (G.D.2)

Merece quizás una revisión algo más pormenorizada debido a otras condiciones y circunstancias que suele rodear su decisión de acudir a PF (sin el permiso de sus padres, con un embarazo no deseado, etc).

Para hacer más accesible este programa a aquellas jóvenes que deseen contactar con alguno de sus servicios, aluden al carácter "especial" que adquiere para ellas el primer contacto que tienen con un centro de PF o de Consulta de jóvenes, en relación a cualquier otro tipo de demanda de consulta que suelen percibir dentro de un proceso más normalizado (ir al médico).

"Cuando yo fui a PF, pasé una vergüenza. Después le tienes que hablar todo claro: las veces que lo hago, las veces a la semana, eso con un hombre....". (G.D.3)

Una vez más, por tanto, tener presente la heterogeneidad poblacional a la que se dirige el programa, puede inducir a un cuestionamiento o replanteamiento de los objetivos y estrategias de captación del mismo, en un intento por adecuar los distintos grupos a partir del motivo de demanda de consulta.

"Hay mucha gente distinta y para poder entrar un poco a toda la gente hay que hacer varias propuestas; con el mismo método, pero que no se puede coger a toda la gente, no se puede agrupar de la misma forma". (G.D.3)

La opinión de las jóvenes que acuden a otros servicios de planificación familiar no orientados específicamente hacia ellas, es diferente. Se destaca la distancia respecto al médico que las atiende. La visión que se tiene es en definitiva un servicio presionado por la falta de tiempo, no personalizado y basado más en intereses del propio sistema sanitario que en ellas mismas.

"Entré y había un hombre, supongo que sería un ginecólogo y... me preguntaba sin darle importancia igual que «¿cuántos años tienes?», te decía: «¿Cuando es la primera vez que lo has hecho?»". (G.D.3)

Una característica que explica un servicio especial para jóvenes es la rapidez con que te atienden frente a la lentitud que ven en otros servicios más ordinarios.

"Tú llegas aquí y te dan la cita en el mismo momento, cuando tú vas a un ginecólogo y te dan cita para dos meses". (G.D.2)

Otro de los aspectos considerado central en el análisis de la evaluación del programa es la descoordinación entre niveles que perciben sus usuarias. Esta falta de coordinación tiene dos efectos: por un lado, la descoordinación entre niveles asistenciales y, por otro, la no coordinación de cara a centralizar en un único profesional el seguimiento del caso lo largo de todo el proceso.

De esta forma, las mujeres consultadas identifican diferencias en lo que se refiere a la atención entre los servicios recibidos en los Centros de Salud (CS) y los de Ambulatorio y/o hospital. Valoran como punto fuerte del PSMI la atención y el trato que dispensan en los primeros.

"En el Centro de Salud hay más organización, es diferente el trato aquí al del Centro de Salud". (G.D.1)

"Aquí si le preguntas y que te lo digan pues te lo dicen, y si no entiendes se lo vuelves a preguntar y te lo dicen más claro, más confianza por lo menos a mí. Más simpáticos, le preguntas algo y te..., y además que te ven por los pasillos y te dicen hola, adiós o lo que sea, pero que en los hospitales...". (G.D.4)

Entre otros aspectos, destacan la diligencia del CS en tramitar algunos procesos como la ligadura de trompas, así como la facilidad de acceso que obtienen a través del programa de cita previa. Como puntos más débiles constatan el retraso de algunas pruebas que achacan sobre todo a la derivación de otro nivel de atención como ocurre por ejemplo con las citologías.

"La cita tarda mucho a ver que me invento para que me hagan la citología". (G.D.1)

"En el hospital tardan tres o cuatro meses en dar la citología. En casa de "X" una semana. Tú tienes que inventar una infección para que él te haga la citología. Te pregunta cuantos niños tienes y si tienes cinco te la hace. En consulta no te la hacen". (G.D.1)

También, y como parte de los aspectos más concretos del programa les crea cierta desconfianza e incomprensión que en PF te vea un médico de familia (recordamos que ocurre lo mismo en la consulta de PNS cuando la realiza la enfermera). Otra crítica reiterada es la no disponibilidad de un único centro dónde se pueda seguir todo el proceso de PF, teniendo que ir del CS o Ambulatorio al hospital y viceversa.

*"¿Por qué me ve un médico de cabecera en Planificación familiar?".
(G.D.1)*

Esta demora y descoordinación entre niveles tiene repercusiones, como ya se ha dicho, sobre todo entre las usuarias más jóvenes, que tras contactar con el servicio identifican trámites y poca agilidad de algunas pruebas. Es muy importante considerar la importancia del tiempo de espera sobre todo en la prevención de embarazos no deseados.

"Y para que te den cita, te dan la cita a los tres o cuatro meses. Luego empieza el tratamiento, que termina el tratamiento, espera otra vez a que te hagan otra citología, otra vez los resultados de la citología te los dan al mes o a los dos meses". (G.D.5)

"Yo creo que esto está muy bien, lo del Centro de Orientación Sexual este está muy bien, que aquí te atienden rápidamente, en el ginecólogo tienes que ir primero al de cabecera, pedir cita para el ginecólogo, te dan cita un montón de tiempo, luego vas al ginecólogo que tengas en tu cartilla, a tu especialista..." (G.D.2)

Entre las opiniones del grupo de mujeres atendidas en cualquiera de los servicios ofertados por la red sanitaria pública y pertenecientes a un sector de población más desfavorecido, no se identifican opiniones o necesidades específicas sobre los servicios, diferentes al resto de los grupos.

"Aquí nos tratan muy bien, porque tenemos muy buen médico pues se interesa y muchas veces cuando me ve me pregunta. Ve un problema y pone empeño, pone empeño por arreglarlo". (G.D.4)

En general, el conjunto de las mujeres consultadas valoran con un nivel de preparación y competencia adecuado a los profesionales por las que son atendidas, ya sea en hospitales, ambulatorios o CS.

Este reconocimiento hacia la competencia profesional del personal, no se corresponde en todos los casos con una óptima transmisión de información. Las mujeres alegan recibir una información insuficiente sobre el proceso en las consultas que realizan y manifiestan su deseo de poder disponer de un horario más abierto que les permita compaginar su trabajo, horario de clase, cuidado hijos... con la consulta.

Conseguir una cita de IVE a través de PF es fácil, aunque no se identifica ni con todos los CS ni con todos los profesionales sanitarios, sino más bien con algunas personas y centros concretos. Las opiniones recogidas de la atención recibida en las clínicas sugieren una revisión de diferentes aspectos referidos, sobre todo, a la información, al trato y a la adaptación del programa a las diferencias individuales entre mujeres.

"Al día siguiente ya estaba yo en la clínica, vamos, tardé una semana desde ir la primera vez a planificación a decir que estaba embarazada y tal a haber abortado, una semana, el lunes había ido y el sábado había abortado. O sea... rapidísimo".

"Yo no sé si eso se hace en todos los Centros de Salud o solamente en el CS "X". Yo sé que en el Centro de Salud "X" la gente, no te ponen ningún tipo de problema para nada".

"... Si a mí, la primera vez que aborté, me hubiera cogido el Centro de Planificación Familiar y me hubiera dicho: «Venga, vente tú aquí que te vamos a buscar aquí el método que te vaya bien. Y si no, vamos a probar de esta manera, y si no vamos a probar de la otra.» Y si se hubieran, de verdad, interesado por mí seguramente yo no hubiera abortado". (G.D.5)

Durante la visita a consulta de cualquiera de los servicios de PF, las usuarias valoran de forma muy positiva la posibilidad de poder ir acompañadas si lo desean. Esto no ocurre sólo en el parto, sino también en las citas de IVE o en una consulta de PF. De igual forma, manifiestan su deseo de que el seguimiento de la planificación lo realice un único profesional, esto genera una mayor confianza y seguridad.

"Me puso la citología y la estaba viendo por una pantalla de ordenador y explicándomelo muy amable. Pues estaba yo tan flipando que le digo: «¿puedes hacer el favor de llamar a mi novio que entre y lo vea?». Y entró y allí estuvimos charlando". (G.D.2)

B. MATERNIDAD Y NACIMIENTO

1. IMPACTO SOBRE LA SALUD DURANTE LA MATERNIDAD

a. Evolución de la mortalidad materna

La mortalidad materna es uno de los indicadores de salud más directamente relacionados con la atención sanitaria, especialmente con la disponibilidad y utilización de los servicios de atención prenatal y de obstetricia. Sin embargo, también se ve influida por las condiciones socioeconómicas generales, las condiciones de salud de la madre antes del embarazo y la incidencia de complicaciones durante el proceso de embarazo o parto.

En salud materno-infantil, la mortalidad materna es, probablemente, el indicador que experimenta una mejoría más clara en nuestro país durante las últimas décadas. Tanto en Andalucía como en el conjunto del estado, hace más de veinte años que se superó el objetivo del programa "Salud para todos" de la OMS, que proponía para el año 2000 una tasa de mortalidad materna inferior a 15 por 100.000 nacidos vivos en los países de la región europea. Ya a principios de la década de los ochenta, España presentaba tasas situadas entre las más bajas de los países industrializados. Estos niveles tan bajos en relación con otros países del entorno apuntaban la hipótesis de la existencia de un subregistro en mortalidad materna. La mayor dificultad en este sentido la presenta el rubro "aborto", ya que se presume un subregistro de mortalidad por abortos ilegales durante los años anteriores a la ley de despenalización.

Resulta claro un descenso de la mortalidad materna, descenso que se venía observando ya en la década de los 60, con un ritmo muy rápido de caída hasta que alcanza una inflexión en 1975 para España y en 1977 para Andalucía. Ambas tasas son prácticamente superponibles hasta la actualidad. En 1993 hubo 4 casos de muerte materna en Andalucía, lo que corresponde a una tasa de 0,45 por 10.000.

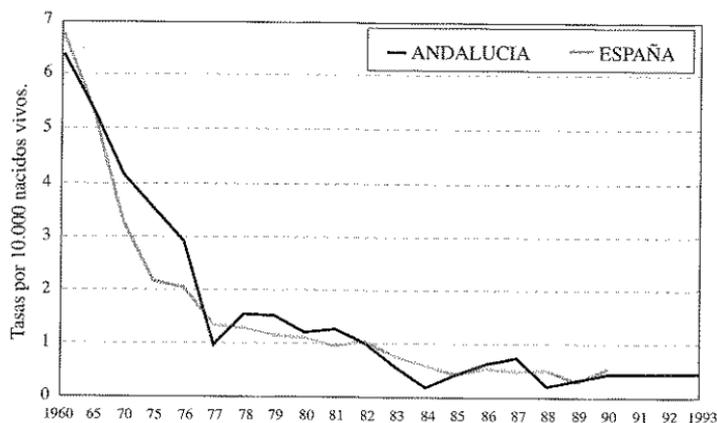


Figura 12. Evolución de la mortalidad materna. España y Andalucía

Fuente: I.N.E. Movimiento Natural de la Población. I.E.A. Registro de Mortalidad de Andalucía. (Elaboración EASP)

Durante el período 1984-1993 el total de casos acumulados en Andalucía fue de 35 muertes maternas, mientras que desde 1984 hasta 1990 se produjeron 144 muertes maternas en el conjunto de España. Sin embargo, la contribución de las diferentes provincias andaluzas no es uniforme durante este período. Además de las diferencias en tamaño y estructura de la población, esta variabilidad en las cifras de muertes maternas podría estar reflejando diferencias en el sistema de registro o bien desigualdades interprovinciales en la atención al proceso de embarazo y parto.

Tabla 10. Mortalidad materna, número de casos, España, Andalucía y provincias 1980-1993.

	España	Andalucía	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla
1980	63	14	0	2	2	4	1	1	2	2
1981	51	14	4	2	3	1	0	2	1	1
1982	54	11	0	2	0	3	1	0	0	5
1983	37	6	1	1	1	1	0	1	1	0
1984	24	2	0	0	0	0	1	0	1	0
1985	20	4	0	2	0	2	0	0	0	0
1986	24	6	0	2	0	2	0	1	1	0
1987	21	7	0	2	1	1	0	1	1	1
1988	21	2	0	1	0	0	0	1	0	0
1989	12	3	0	0	1	1	0	1	0	0
1990	22	4	0	1	0	1	0	0	1	1
1991	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1992	-	3	1	0	1	0	0	0	1	0
1993	-	4	0	2	0	0	0	0	0	2

Fuentes: I.N.E. Movimiento Natural de la Población, I.E.A. Registro de Mortalidad de Andalucía. (Elaboración EASP)

Uno de los factores tradicionalmente relacionados con la mortalidad es la edad de la madre. Como era de esperar, son los grupos de edad que más contribuyen a la fecundidad (de 25-29 años en primer lugar, seguido del de 30-34 años) los que también sufren un mayor número de muertes maternas. Para las mujeres menores de 15 años, la incidencia de muerte materna fue nula en España y de un solo caso en Andalucía durante el período analizado.

Las causas obstétricas directas son, con mucho, el grupo que más contribuye a la mortalidad, y suponen un 74 % del total de casos del período. Este grupo de causas comprende todas aquellas resultantes de complicaciones del embarazo, parto o puerperio, y de "intervenciones, omisiones o tratamiento incorrecto" durante el proceso. Sin embargo, es también importante reseñar que 7 (20%) de las 35 muertes maternas habidas en Andalucía entre 1984 y 1993 fueron debidas a aborto y sus complicaciones.

A pesar de las bajas tasas que presenta, la mortalidad materna aún sigue aportando información útil sobre la calidad de la atención. El hecho es que, en los países desarrollados, un sólo caso de muerte materna supone un desafío para mejorar la atención sanitaria durante el embarazo y el parto. En el momento actual, el objetivo a alcanzar debería ser que no se produzca ninguna muerte materna, dado su carácter de problema muy vulnerable a la atención sanitaria, y uno de los incluidos entre las causas MIPSE. De hecho, la recomendación en países desarrollados es que cada caso de muerte materna sea objeto de una investigación detallada, que permita saber en qué circunstancias se producen las escasas muertes que aún persisten, cuáles son sus causas y qué grupos de mujeres son las más afectadas.

- Desde la década de los 60 está disminuyendo la mortalidad materna en Andalucía, con tasas similares a las de España.
- En el período 1984-1993 murieron 35 mujeres en Andalucía por causas relacionadas con la maternidad.
- Las causas obstétricas directas suponen el 75% de estas muertes.
- Se evidencian diferencias interprovinciales en las tasas de mortalidad materna: ¿desigualdades en la atención perinatal?

b. Morbilidad asociada al embarazo, parto y puerperio

Para aproximarnos a los cambios producidos en los indicadores de morbilidad durante el proceso de embarazo, parto y puerperio contamos fundamentalmente con datos sobre morbilidad hospitalaria, suministrados por la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria -que incluye hospitales público y privados a nivel nacional-, el sistema INHIOS y el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) para hospitales andaluces.

Al igual que ocurría con la mortalidad, la mayor proporción de morbilidad hospitalaria por procesos relacionados con el embarazo, parto y puerperio se incluye en el grupo de causas obstétricas directas. Los datos muestran un aumento de las altas hospitalarias por este tipo de diagnósticos durante el período 1984-1991 en seis de las ocho provincias andaluzas. En este grupo se incluyen procesos relacionados con complicaciones del embarazo (hipertensión o prematuridad), parto (trauma obstétrico, hemorragia posparto, complicaciones de la anestesia) y puerperio (sepsis, embolia pulmonar).

Tabla 11. Evolución de las altas hospitalarias con diagnóstico de causas obstétricas. Provincias de Andalucía 1984, 1987 y 1990
Casos nuevos, tasas por 1.000 habitantes

	Causas Obstétricas Directas			Causas Obstétricas Indirectas		
	1984	1987	1990	1984	1987	1990
Almería	374	456	398	0	7	0
Cádiz	247	196	138	4	2	0
Córdoba	261	224	370	10	4	13
Granada	199	204	345	0	0	3
Huelva	296	361	397	0	7	10
Jaén	159	59	490	0	0	3
Málaga	465	382	277	9	5	5
Sevilla	269	351	347	0	1	1

Fuente: INE. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. (Elaboración EASP)

Una posible explicación a estas diferencias interprovinciales podría estar en la propia construcción de las tasas, expresadas por mil habitantes, que no tienen en cuenta la estructura de la población. Sin embargo, el aumento de la morbilidad hospitalaria por causas obstétricas directas -algunas de ellas fácilmente prevenibles-, y su importante contribución a la escasa mortalidad materna que aún existe, constituye una llamada de atención hacia la necesidad de abordar de manera específica este tipo de problemas.

Las causas obstétricas indirectas contribuyen de forma muy escasa a la morbilidad hospitalaria. El tipo de diagnósticos incluidos en éstas rúbricas contemplan enfermedades infecciosas y otras afecciones maternas concurrentes, cuando complican el embarazo, parto y puerperio. Los avances producidos en el control de las enfermedades infecciosas, por un lado, y la mejora de la atención al embarazo por otro, con especial énfasis en el riesgo clínico que supone el que la madre presente una enfermedad concurrente a lo largo de la gestación, sin duda están contribuyendo a que la morbilidad obstétrica por causas indirectas sea tan baja.

- La morbilidad hospitalaria por causas obstétricas indirectas es muy baja.
- Disminuye la morbilidad hospitalaria por aborto: ¿despenalización?
- Aumento relativo de la morbilidad hospitalaria por causas obstétricas directas

Las tasas de altas hospitalarias por aborto disminuyen en todas las provincias andaluzas, a excepción de dos de ellas, desde 1984 a 1990. Estas tasas muestran igualmente un descenso durante los últimos años en España. La disminución de la morbilidad por aborto, así como de la mortalidad materna por esta causa, se ha demostrado en relación con la despenalización del aborto voluntario en otros países. Es de suponer que en nuestro medio, la ley de despenalización promulgada en el año 1985 haya podido tener un efecto similar, al menos en lo que a morbilidad se refiere. Por otra parte, el aumento del control del embarazo desde etapas tempranas ha podido tener cierto efecto en la prevención de la morbilidad hospitalaria por este tipo de causas.

En el momento actual, no existen datos para el conjunto de la Comunidad Autónoma referentes a la morbilidad durante embarazo y puerperio en los sistemas de registro habituales de atención primaria, por lo que es difícil acercarnos a los problemas de salud de las embarazadas que no necesitan ingreso hospitalario. Sí existe información procedente de estudios transversales amplios, como el realizado por J.M. Aranda y colaboradores en una muestra de 1850 partos representativas de los habidos en hospitales públicos de Andalucía entre julio de 1987 y julio de 1988. El estudio muestra que cerca de un 40% de las mujeres habían padecido algún proceso catalogado como patológico durante el embarazo y un 9% tenía alguna patología previa a la gestación. La anemia fue relativamente frecuente (16%), mientras que la prevalencia de hipertensión arterial (4,5%) y diabetes (2,5%) fueron mucho menores.

c. Atención al embarazo de riesgo

La llamada estrategia de riesgo tiene su mejor aplicación en la atención materno-infantil, y, especialmente, en la atención durante el embarazo. Teniendo en cuenta que, según algunos estudios, más del 75% de los embarazos son completamente normales, tiene especial interés la detección de los que no lo son para dirigir a ellos los mayores esfuerzos.

Sin embargo, la información acerca de la cuantificación de los embarazos de riesgo, la atención recibida y sus resultados no se recoge de forma rutinaria en los sistemas de registro habituales. La única excepción es el Libro de Partos y Recién Nacidos, en el que sí está previsto que se reseñen los factores de riesgo más habituales que han concurrido durante el embarazo. Pero en este caso la información tiene una validez y fiabilidad muy limitada, ya que, a la escasa cumplimentación del Libro de Partos en su conjunto (en 1993 sólo notificaron cuatro provincias, y aún en éstas, no todos los hospitales) se añade una menor notificación de este epígrafe en concreto.

El Libro de Partos sí aporta información del grado de control sanitario del embarazo de riesgo, a través del llamado Índice de embarazo controlado con riesgo. Este nos indica qué proporción de los embarazos de riesgo han sido controlados ⁴.

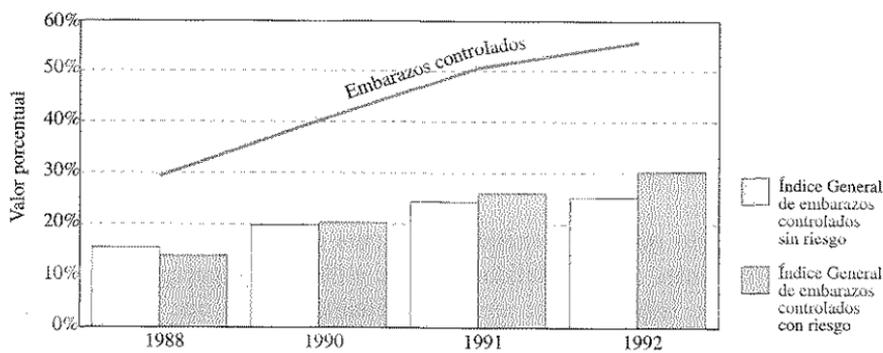


Fig. 13. Asistencia al embarazo. Andalucía 1988, 1990-92

Fuente: Libro de Partos y Recién Nacidos. (Elaboración EASP)

Al analizar los índices de embarazo controlado con y sin riesgo, para Andalucía en el período 1988-1992 se observa que el porcentaje de embarazos controlados con riesgo se sitúa en un 30,35% en ese último año, porcentaje

⁴ Se define como "embarazo controlado" aquel en el que se han realizado un mínimo de cinco visitas prenatales, siendo la primera anterior a la 12ª semana. Esta definición es la misma que se utiliza para el cálculo de la cobertura de control de embarazo en las memorias del programa

que ha experimentado un 118% de aumento en este período. El índice general de embarazo controlado sin riesgo se sitúa en un 25,23%, con un incremento del 62,7% en el mismo período.

Estos datos hay que tomarlos con cautela, porque, como ya se ha comentado, los problemas de cumplimentación del Libro de Partos suponen la posibilidad de sesgos importantes de la información. Sin embargo, según el Libro de Partos, en el año 1992 el 56% de todos los embarazos fueron controlados, cifra que resulta coherente con los datos de cobertura de control de embarazo del 49% aportados por la memoria del Programa de este mismo año.

No obstante, el nivel de subregistro del Libro de Partos (única fuente disponible para este tipo de información) es importante, y no nos permite afirmar que el control del embarazo de riesgo efectivamente ha mejorado en el período evaluado. Sin embargo, hablan a favor de esta hipótesis la extensa oferta del servicio de captación precoz del programa en las Zonas Básicas de Salud, más importante en la red reconvertida, con una buena accesibilidad geográfica sin diferencias entre zonas rurales y urbanas. Igualmente, los profesionales consultados coinciden en afirmar que la accesibilidad de los servicios de captación precoz de embarazo ha mejorado.

- El control de los embarazos de riesgo parece haber aumentado durante la década.
- Existe la necesidad de revisar los criterios de riesgo utilizados y de homogeneizar su registro.

Sin embargo, los problemas de coordinación entre los distintos niveles asistenciales, que se evidencian en todos los aspectos de la atención al embarazo, parto y puerperio, inciden de una manera especial en el caso del embarazo de riesgo por la mayor necesidad de derivaciones al nivel especializado.

Los profesionales manifiestan la necesidad de revisar los criterios de clasificación del riesgo durante el embarazo que se utilizan actualmente, la mayoría en base al riesgo clínico. Por un lado, haría falta evaluar realmente su capacidad de discriminación y valor pronóstico y por otro diseñar estrategias de actuación diferenciadas según el riesgo. Se evidencia también la dificultad de obtener información comparable sobre embarazos de riesgo, ya que se constata la existencia de diversas clasificaciones en los diferentes sistemas de registro al uso.

d. Utilización de servicios de atención prenatal y educación maternal

La evolución de las coberturas de atención al embarazo y educación maternal en el conjunto de Andalucía ha sido favorable para todas ellas desde 1990 (primer año con datos disponibles) hasta la actualidad. En 1993, el 64% de las embarazadas andaluzas habían recibido al menos un control en la red pública y, de ellas, más del 65% realizaron su primer control en el primer trimestre de gestación. El 53% de las embarazadas realizan más de cinco controles a lo largo de la gestación, siendo el primero antes del tercer mes de gestación.

Tabla 12. Indicadores del programa de atención al embarazo, parto y puerperio. Provincias de Andalucía, 1993

	Atención al embarazo			Educación maternal		Atención puerperal		
	Captación	Captación precoz	Cobertura general	Cobertura general	Cobertura eficaz	Cobertura general	Cobertura eficaz	Cobertura a domicilio
Almería	42,96	66,10	29,82	20,99	19,35	24,91	24,31	88,60
Cádiz	71,95	67,78	56,69	61,23	41,86	42,37	33,14	37,74
Córdoba	70,65	51,27	55,87	22,2	18,92	48,93	29,94	39,59
Granada	65,44	72,57	59,54	32,08	29,86	54,05	52,18	87,36
Huelva	27,78	77,88	22,20	27,37	23,65	37,76	29,63	53,14
Jaén	55,48	63,30	44,02	39,17	33,04	56,61	51,80	86,48
Málaga	54,82	70,52	45,17	42,49	38,07	52,49	47,56	44,99
Sevilla	77,40	64,98	67,88	47,39	43,42	54,05	40,92	27,92
ANDALUCÍA	63,80	65,28	52,72	40,67	34,21	48,07	39,06	49,28

Tomado de: Consejería de Salud. Informe de Salud 1993-94

El estudio de J.M. Aranda, realizado en 1987-1988, también nos aporta datos sobre la utilización de servicios de atención prenatal por las embarazadas de la muestra en aquel momento. Teniendo en cuenta tanto servicios públicos como privados, el 45 % de las embarazadas realizaron más de cinco controles prenatales, y la media fue de 5 visitas, mientras que el 6% no recibieron ninguna o sólo una. Si consideramos el número de visitas superior a cinco como equivalente (aunque no idéntico) al indicador de cobertura de embarazo utilizado en las memorias del programa, los porcentajes indican que desde el año del estudio hasta la actualidad, se ha producido un aumento de embarazadas que reciben un número suficiente de visitas prenatales. No obstante, este aumento no resulta tan espectacular como en otros indicadores como el de cobertura de educación maternal.

La Educación Maternal alcanzó en 1993 a más del 40% de las gestantes andaluzas. La encuesta realizada en 1987-88 por J.M. Aranda y colaboradores seña-

laba que la educación maternal fue utilizada por sólo un 12% de las embarazadas, con grandes diferencias entre provincias. Este porcentaje, contrastado con los datos de cobertura mostrados para el período 90-93, evidencia un importante aumento de las embarazadas que utilizan la educación maternal durante los últimos años. Persiste actualmente, sin embargo, una importante variabilidad interprovincial. Hay que destacar que el momento del primer control, el número de visitas realizadas durante el embarazo y la educación maternal recibida, se consideran habitualmente indicadores de calidad de la atención prenatal.

- Entre 1990 y 1993, la cobertura del control de embarazo aumentó en un 34%.
- En ese último año, más del 64% de las embarazadas fueron captadas para el programa.
- El 65% de ellas acudió a su primera visita prenatal antes de la 12ª semana de gestación y el 53% realizó más de cinco controles a lo largo del embarazo.
- Entre 1989 y 1993, la cobertura de educación maternal aumentó en un 68%, y más del 40% de las embarazadas utilizaron en ese último año este tipo de servicios.

Respecto al tipo de servicios utilizados, el estudio citado destacaba la importante participación en el control prenatal del sector sanitario privado, cuyos servicios utilizaron el 27% de las gestantes de la muestra. El mayor peso de la atención prenatal recayó sobre los hospitales de la red pública, donde se controlaron el 47% de las gestantes. Por el contrario, la participación de atención primaria fué sólo del 7%.

Si tenemos en cuenta la mejora de las coberturas de control de embarazo y educación maternal a lo largo de los últimos años, y el mayor desarrollo de la red de atención primaria, con un aumento de la oferta de este tipo de servicios, podemos suponer que el patrón de utilización de servicios prenatales centrado en el hospital y con una alta participación del sector privado ha cambiado desde la fecha del estudio hasta la actualidad.

La extensión de la oferta y de la cobertura de los servicios de atención prenatal y de educación maternal ha sido, como vemos, amplia. Sin embargo, en

el momento actual estos indicadores resultan insuficientes para monitorizar el desarrollo del programa de atención al embarazo. Se requiere la elaboración de indicadores de calidad de las actividades que se realizan y de impacto que permitan valorar la efectividad de las actuaciones sobre la mejora de la salud.

e. Del control de embarazo a la promoción de la salud

Al igual que ocurría con la morbilidad atendida fuera del ámbito hospitalario, no se recoge información sobre hábitos y estilos de vida durante el embarazo en los sistemas de registro del PSMI. La ausencia de este tipo de información dificulta la evaluación de las actuaciones preventivas y promotivas durante la atención al embarazo y, muy especialmente, la educación maternal.

Según la opinión de los expertos y profesionales de la salud materno-infantil que han sido consultados, tanto los objetivos como los contenidos de la educación maternal están más enfocados al comportamiento durante el parto, que hacia la adquisición de conocimientos y el desarrollo de actitudes y conductas que repercutan positivamente en la salud de la embarazada y de su hijo. Esta idea coincide con la opinión que expresan las propias usuarias, que valoran positivamente esta actividad pero consideran que deberían ampliarse la información y el aprendizaje en relación con hábitos y estilos de vida sanos.

Estudios específicos realizados a nivel de Andalucía (J.M.Aranda y colaboradores), indican que el consumo diario de alcohol en pequeñas cantidades es un hecho frecuente entre las embarazadas (cerca de un 70% decían ingerir menos de 10 gramos). Sin embargo, existe un grupo importante cercano al 10% que consumían más de 20 gramos de alcohol diarios.

La mayoría de las embarazadas no habían fumado durante la gestación (74%); el 21% fumaron menos de 10 cigarrillos al día, y un 5% fumaron 10 ó más. Es importante resaltar que casi la mitad de las mujeres que fumaban antes del embarazo lo dejaron durante el transcurso de la gestación. El 15 % de todas las embarazadas dejaron de fumar, bien desde el inicio de la gestación o en algún momento durante el primer trimestre. En cambio, la proporción de las que lo dejaron después del tercer mes fue inferior al 2%. Este dato indica la importancia de incidir sobre el abandono del hábito precozmente durante el control del embarazo. Sin embargo, también hay que resaltar que hubo un 17,5 % de embarazadas que no dejaron de fumar durante toda la gestación. Resulta inte-

resante destacar que el 56% se declaró fumadora pasiva (convivían con fumadores). Este hecho llama la atención acerca de la importancia de actuar también sobre el entorno más inmediato de la embarazada para evitar los efectos nocivos del tabaco.

En relación a otros riesgos para la salud, más del 10% de las gestantes dijeron haber desarrollado una intensa actividad física durante el embarazo. Un 13% identificaron algún problema en relación con la actividad laboral, incluyendo una amplia gama de situaciones, que van desde un puesto de trabajo inadecuado al despido por embarazo.

El consumo de fármacos durante el embarazo es un tema importante en relación a los posibles efectos sobre la madre y, especialmente, sobre el feto. Los datos que se han manejado aquí proceden del Estudio Colaborativo Español sobre Malformaciones Congénitas (ECEMC), que arrojan unas cifras de consumo medio de fármacos de 1,8 por mujer en el conjunto de mujeres embarazadas, cifra que se eleva a 2,3 si se excluyen las que no tomaron ninguno. La proporción de embarazadas que ingieren algún tipo de fármaco durante la gestación se ha ido incrementando durante el período analizado, estabilizándose a partir del año 1981 en una cifra cercana al 85%. El tipo de fármaco más frecuente son los suplementos vitamínicos, consumidos por el 39% de las gestantes, seguido de los antieméticos. Los fármacos antianémicos constituyen el segundo gran grupo de medicamentos en orden de importancia.

Tanto el incremento del consumo de suplementos vitamínicos, como el de antianémicos es interpretado por los autores del ECEMC como un indicador de la mejora del control del embarazo. Sin embargo, apuntan el peligro de la automedicación cuando se trata de fármacos considerados como "beneficiosos" como es el caso de las vitaminas, que podría dar origen a la ingesta incontrolada de este tipo de medicamentos. Aunque podríamos manejar como hipótesis que el patrón de consumo de medicamentos no difiere entre las embarazadas andaluzas y las del conjunto de España, estos datos no hacen más que identificar la necesidad de disponer de información actualizada sobre el consumo de fármacos durante la gestación en nuestra Comunidad.

La ausencia de datos actuales sobre estos y otros hábitos de salud de las embarazadas andaluzas dificulta la valoración del impacto sobre la salud que está teniendo la creciente oferta y utilización de servicios de educación maternal y atención prenatal en nuestra Comunidad.

f. Los cambios en la atención al parto

El importantísimo descenso de las tasas de fecundidad y de natalidad en Andalucía, sitúan el número de recién nacidos en 88.016 durante el año 1993, según el registro del programa de prevención de metabopatías congénitas. Los datos del Instituto de Estadística de Andalucía (IEA) ofrecían una cifra de 102.050 nacimientos para el año 1984. Hoy por hoy, prácticamente el cien por cien de los partos se producen en el medio hospitalario, por lo que este acusado descenso de la natalidad se ha traducido en una disminución del número de partos atendidos en los hospitales. Durante el año 1994 se atendieron en los hospitales de la red pública andaluza un promedio de 195 partos al día, lo que supone un descenso cercano al 10% respecto a 1986, año en que esta cifra se situaba en 217 partos/día.

Tabla 13. Promedio de partos al día en hospitales públicos andaluces. 1986-1994

	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Almería	13,5	14,7	15,3	14,9	15,6	14,6	14,9	13,9	12,6
Cádiz	35,2	32,2	31,3	30,5	28,5	24,6	30,1	28,9	27
Córdoba	24,1	21,9	24,6	24,5	24,8	24,7	24,2	23,3	22,4
Granada	27,0	28,3	26,6	24,9	24,9	25	27,6	26,7	25,2
Huelva	14,2	13,9	13,7	13,8	13,0	13,6	13,8	13,5	12,2
Jaén	22,0	20,7	20,8	20,5	20,5	20,9	20,2	19,9	19,6
Málaga	34,8	34,5	33,6	33,6	32,8	32,8	35,9	34,1	30,1
Sevilla	53,3	51,5	52,0	49,7	52,5	51,6	50,9	49,8	46,5
ANDALUCÍA	216,6	217,6	217,8	212,5	212,5	207,8	217,6	209,9	195,5

Fuente: SAS. Actividad Asistencial en Atención Especializada. (Elaboración EASP)

Igualmente, se ha modificado la oferta de recursos hospitalarios de atención obstétrica, aunque en mucho menor grado. La oferta de camas hospitalarias de obstetricia y ginecología en Andalucía durante los años 86-87 y 91-92, tanto públicas como privadas, ha disminuído en cinco de las ocho provincias andaluzas. La disminución en el total de Andalucía ha sido de un 2% en este período.

La atención al parto no se ha modificado sólo en cantidad, las prácticas obstétricas también se han transformado de manera muy importante durante los últimos años. Por una parte, ha aumentado la disponibilidad de recursos tec-

nológicos que posibilitan un mayor control sanitario sobre el desarrollo de proceso del parto y la vigilancia del bienestar fetal. La utilización de fármacos de diverso tipo para el control de la dinámica uterina, la monitorización fetal, los avances en analgesia y anestesia con disminución de los riesgos de su uso, y la propia asistencia al parto en el medio hospitalario, condicionan que, en la actualidad y en nuestro medio, el parto haya dejado de ser en gran medida un proceso "normal", para ser tratado como proceso "patológico".

Como indicador de estos cambios en las prácticas obstétricas en relación con el parto, podemos citar el porcentaje de partos instrumentales respecto al total de partos. Según datos procedentes del Libro de Partos se ha producido un descenso de este tipo de parto en el conjunto de Andalucía desde el año 1987 (11,8%) hasta el año 1992 (8,5%). Aunque el comportamiento dista de ser uniforme para las distintas provincias, la variabilidad interprovincial ha ido disminuyendo a lo largo del periodo 87-92. Esto indica una progresiva homogeneidad entre los hospitales en cuanto a la utilización del parto instrumental.

Más llamativo resulta el comportamiento del patrón de uso de cesárea. El porcentaje de cesáreas en relación al total de partos ha ido en aumento de manera constante desde 1986 hasta la actualidad. Para el conjunto de hospitales públicos andaluces, este porcentaje ha aumentado un 55% en esos nueve años, de manera que en el año 1994 las cesáreas suponen un 15,8% de todos los partos atendidos.

Tabla 14. Evolución del porcentaje de cesáreas en hospitales públicos andaluces. 1986-1994

	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Almería	10,6	11,0	11,4	13,0	13,7	14,6	14,7	17,0	12,5
Cádiz	9,8	10,4	11,2	12,6	14,4	16,0	15,7	16,8	17,1
Córdoba	10,3	11,8	11,8	12,7	13,5	14,0	15,2	16,8	17,1
Granada	10,7	11,8	12,0	13,4	13,5	14,0	14,2	15,6	16,6
Huelva	8,5	8,2	8,7	9,3	11,2	10,1	11,7	12,6	12,6
Jaén	9,0	8,6	9,6	10,2	10,8	11,9	13,2	15,1	13,9
Málaga	11,6	12,7	13,9	14,1	13,8	15,2	14,5	16,9	17,4
Sevilla	10,2	11,5	12,2	12,6	11,7	12,8	11,6	12,3	14,4
ANDALUCÍA	10,2	11,1	11,7	12,5	12,8	13,7	13,8	15,3	15,8

El coeficiente de variación interprovincial ha aumentado desde 1986 hasta 1994, aunque con oscilaciones entre los años. Esto significa que, a pesar de que la tendencia al aumento de cesáreas ocurre en todas las provincias, también han aumentado las diferencias de utilización entre ellas.

En relación al tipo de hospital, se constata que no hay diferencias entre hospitales generales, de especialidades y regionales en cuanto al porcentaje de cesáreas, y que incluso estas diferencias han ido disminuyendo a lo largo del período 1986-1993.

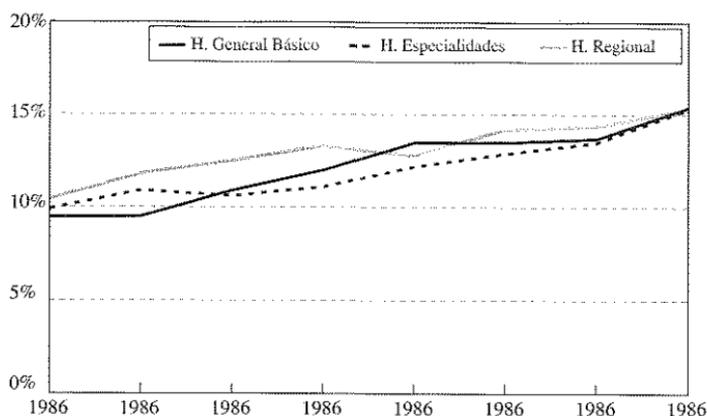


Fig. 14. Evolución del porcentaje de cesáreas según tipo de hospital. Andalucía 1986-93

Fuente: S.A.S. Actividad Asistencial en Atención Especializada. (Elaboración EASP)

El fenómeno del incremento de cesáreas no es específico de Andalucía. El aumento se viene evidenciando en el conjunto de España desde el inicio de la década de los 80, y de manera similar en la mayoría de los países occidentales.

Las causas no están claras, pero parecen más relacionadas con la variabilidad de prácticas médicas obstétricas que con un incremento de situaciones de riesgo. Esta hipótesis parece estar avalada por la existencia de un mayor uso de la cesárea en hospitales privados en relación con los de titularidad pública, cuando los partos de riesgo son por el contrario más frecuentes en los hospitales públicos. La variabilidad en el uso de cesárea también se da entre países con diferentes sistemas de financiación de la atención al parto, de manera que cuando el sistema es mayoritariamente privado y con pago por acto médico, el porcentaje de cesáreas es mayor.

Tabla 15. Cesáreas por 1.000 nacimientos según Comunidad Autónoma. 1984-1988

	1984	1985	1986	1987	1988
ANDALUCIA	83	91	101	110	119
ARAGON	91	93	103	112	116
ASTURIAS	110	140	118	11	143
BALEARES	76	77	84	104	110
CANARIAS	91	110	113	123	122
CANTABRIA	109	117	123	145	142
CASTILLA Y LEON	86	92	99	106	120
CASTILLA LA MANCHA	80	92	111	103	115
CATALUÑA	124	119	132	141	148
C. VALENCIANA	98	106	118	127	136
EXTREMADURA	77	97	100	102	115
GALICIA	94	111	128	130	138
MADRID	105	118	126	133	148
MURCIA	83	89	96	104	99
NAVARRA	96	109	126	137	144
PAIS VASCO	100	108	113	123	131
LA RIOJA	102	124	128	145	131

Tomado de: Sarría Santamera A, Sendra Gutiérrez JM. Evolución de la tasa de cesáreas en España: 1984-1988. Gaceta Sanitaria 1994, 8: 209-214.

No sabemos si este uso es o no apropiado, es decir, si se utiliza la cesárea en todos los casos en los que se necesita y sólo en estos. De cualquier forma, la relación entre el incremento del uso de la cesárea y el descenso de la tasa de mortalidad perinatal es una hipótesis aún no demostrada y ampliamente controvertida. En nuestro caso, el análisis de correlación entre porcentaje de cesáreas y tasas de mortalidad para el período 1986-1991 en Andalucía, no ha demostrado correlación lineal significativa entre el porcentaje de cesáreas y las tasas de mortalidad materna, fetal, perinatal ni neonatal.

Por otro lado, la práctica de la cesárea puede aumentar el riesgo de complicaciones maternas, aumenta la duración de la estancia de la madre (y, por lo tanto también del recién nacido) en un centro hospitalario y condiciona una mayor medicalización del parto, cuando la tendencia social se dirige actualmente hacia una consideración creciente del embarazo y parto como fenómenos no patológicos.

El progresivo incremento del uso de la cesárea en nuestros hospitales es un fenómeno que merece especial atención, tanto por la necesidad de evaluar sus

efectos, positivos y negativos, sobre la salud de la madre y del niño (también del resto del núcleo familiar), como de conocer los factores que están condicionando su aumento y las estrategias más adecuadas para una intervención.

- Entre 1986 y 1994 descendió en un 10% el promedio diario de partos atendidos en los hospitales públicos andaluces.
- En ese mismo período aumentó en más del 50% el porcentaje de partos terminados en cesárea.
- Las cesáreas suponen un 16% de los partos en hospitales públicos (1994).
- Disminuye el porcentaje de partos instrumentales desde un 12% en 1987 hasta un 8,5% en 1992.

Otro de los elementos que caracteriza la atención obstétrica es la duración de la estancia en el hospital de la madre por motivos relacionados con su embarazo, parto y puerperio. En cuanto a la evolución de la estancia media obstétrica durante el período 1986-1993, se observa que la variación es mínima para el conjunto de Andalucía a lo largo del período. Actualmente, se sitúa en 4,04 para el total de la Comunidad, y oscila en un rango de 3,49 y 4,61 entre provincias. La variabilidad interprovincial, sin embargo, es importante a lo largo del período 86-93, aunque parece evidenciarse un descenso a partir del año 1990.

Si nos ceñimos a la estancia media por parto normal, los datos procedentes de los 16 hospitales que notifican este indicador al Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBD) durante el año 1993, muestran una estancia media de 3,07 días; con variaciones entre hospitales desde un máximo de 4,27 hasta un mínimo de 2,15 días. Probablemente, la duración de la estancia media por parto normal sea actualmente menor que hace 10 años. El hecho de que la estancia media obstétrica en su conjunto prácticamente sea la misma, y que el porcentaje de cesáreas haya aumentado, hace pensar que la duración de la estancia media obstétrica se ha mantenido fundamentalmente a costa de su aumento por cesárea.

Existen evidencias en otros estudios de que los avances en la atención al parto y la disponibilidad de tecnología de calidad en este área contribuyen a la

mejora de los indicadores de morbilidad materna y perinatal. En nuestro ámbito esta mejoría se ve reflejada en la disminución de la mortalidad materna, el descenso de las tasas de mortalidad perinatal y neonatal, la disminución de la morbilidad materna por causas prevenibles y el aumento de la salud de los recién nacidos. Sin embargo, la excesiva medicalización de un proceso "natural" puede ir en detrimento de otros aspectos de calidad percibida de especial relevancia para las usuarias de estos servicios.

g. La salud durante el puerperio

El porcentaje de aumento de la cobertura de visita puerperal entre 1990 y 1993 es de un 253% para el conjunto de la Comunidad. Es cierto también que el aumento tan espectacular está relacionado con el hecho de que este indicador es el que partía de cifras más bajas de todos los contemplados en el programa: en 1990 no llegaban al 15% las mujeres que habían tenido un hijo y recibían visita puerperal. Actualmente las coberturas generales se sitúan por encima del 48%, y el 39% de las visitas son realizadas precozmente. De ellas, prácticamente la mitad se realizan en el domicilio.

- En 1990 el porcentaje de mujeres que recibían visita puerperal no llegaba al 15%, mientras que en 1993 el 48% de las puerperas recibieron este servicio.
- La mitad de las mujeres reciben la visita puerperal en su domicilio.

La oferta de atención puerperal es amplia en la red de atención primaria: más del 80% de las Zonas Básicas de Salud ofertan este servicio. Sin embargo, un hecho que resulta evidente cuando nos acercamos a analizar el puerperio es precisamente la falta de datos sobre la salud durante este período, con la excepción de los indicadores de cobertura utilizados en el PSMI.

El esfuerzo que los profesionales y la propia organización están realizando para extender la cobertura de la atención puerperal, se ve reflejado en la valoración positiva de esta actividad por parte de las propias usuarias. Estos esfuerzos deberían verse complementados con la existencia de información acerca de la efectividad de la visita puerperal sobre la mejora de la salud de las madres y sus hijos.

2. IMPACTO SOBRE LA SALUD DE LOS RECIEN NACIDOS

a. Evolución de la mortalidad perinatal y neonatal

Dadas las bajas cifras que en los países industrializados ofrecen las tasas de mortalidad infantil, la mortalidad perinatal⁵ se ha convertido en un indicador más sensible que aquella cuando se trata de evaluar la atención sanitaria. Resulta especialmente importante para evaluar la calidad de la asistencia prenatal y la atención durante el parto y período inmediatamente posterior. En Andalucía se puede observar que la mortalidad durante el período perinatal es la que más contribuye a la mortalidad global ocurrida durante el primer año de vida. Sin embargo, es precisamente este componente el que muestra una mayor velocidad de descenso. La mortalidad anteparto supone el mayor porcentaje de toda la mortalidad producida durante esta etapa.

*Tabla 16. Componentes de la mortalidad infantil.
Tasas por 1.000 nacidos vivos. Andalucía 1984-1991*

	Fetal Tardía*	Perinatal	Neonatal	Neonatal Precoz	Neonatal Tardía	Postneonatal	Infantil
1984	7,98	14,09	7,39	6,04	1,35	2,89	10,28
1985	8,41	14,13	6,87	5,65	1,22	3,31	10,18
1986	-	14,30	7,40	-	-	2,80	10,20
1987	6,58	11,63	6,53	5,01	1,52	2,90	9,44
1988	6,49	11,23	6,08	4,70	1,38	3,12	9,20
1989	5,93	10,62	6,00	4,66	1,34	2,70	8,70
1990	5,43	9,76	6,15	4,30	1,85	2,78	8,93
1991	4,86	9,08	5,56	4,20	1,36	2,80	8,36

* Tasas por 1.000 nacidos vivos más muertes fetales tardías.

Fuentes: I.N.E, Movimiento Natural de la Población, I.E.A. Anuarios Estadísticos de Andalucía (Elaboración EASP)

El descenso de la mortalidad perinatal ha sido continuado, tanto para Andalucía como para España, durante los últimos veinte años, aunque las tasas andaluzas siguen siendo superiores a las de España en su conjunto. Para el período 1984-1991, la tasa de mortalidad perinatal experimentó una disminu-

⁵ Por mortalidad perinatal entendemos las muertes producidas después de la 28ª semana de gestación y antes de la primera semana de vida. La tasa se ha calculado por 1.000 nacidos vivos

ción de un 35,5% en Andalucía, mientras que el descenso para España se cifra en un 50% hasta 1990. En todo caso, los datos disponibles para España ponen de manifiesto que este descenso se inicia en los años sesenta, en contraste con la tendencia al aumento que se evidenciaba en las primeras seis décadas de este siglo ⁶.

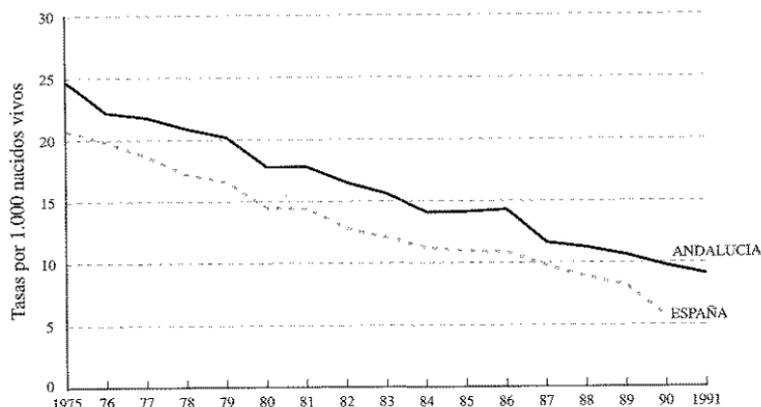


Fig. 15. Evolución de la mortalidad perinatal en Andalucía 1975-1991 y España 1975-1990

Fuentes: I.N.E. Movimiento Natural de la Población. I.E.A. Anuarios Estadísticos de Andalucía. (Elaboración EASP)

En cuanto al comportamiento de la tasa de mortalidad perinatal en las distintas provincias, se evidencia un descenso en todas ellas, aunque existen diferencias en cuanto a la velocidad de este descenso. Observamos un aumento de la variabilidad interprovincial en las tasas de mortalidad perinatal a lo largo de los últimos años analizados, de forma que el coeficiente de variación entre provincias tiende a aumentar a partir de 1988. Este fenómeno contrasta con la tendencia a una menor variabilidad en las tasas de mortalidad infantil. Estos datos se pueden interpretar como una disminución de las diferencias entre provincias en las tasas de mortalidad infantil, mientras que estas diferencias parecen aumentar en cuanto a la mortalidad perinatal.

⁶ El estudio "La mortalidad infantil española en el siglo XX", realizado por R. Gómez, pone de manifiesto la contradicción de ese aumento de la mortalidad perinatal hasta los años sesenta con la mejora progresiva de las condiciones de vida durante ese periodo, que se refleja en un descenso continuado de la tasa de mortalidad infantil en nuestro país. La hipótesis que maneja la autora es que este aumento no es real, sino condicionado por una mejora progresiva del registro de este tipo de muertes, consideradas durante ese periodo como abortos legalmente

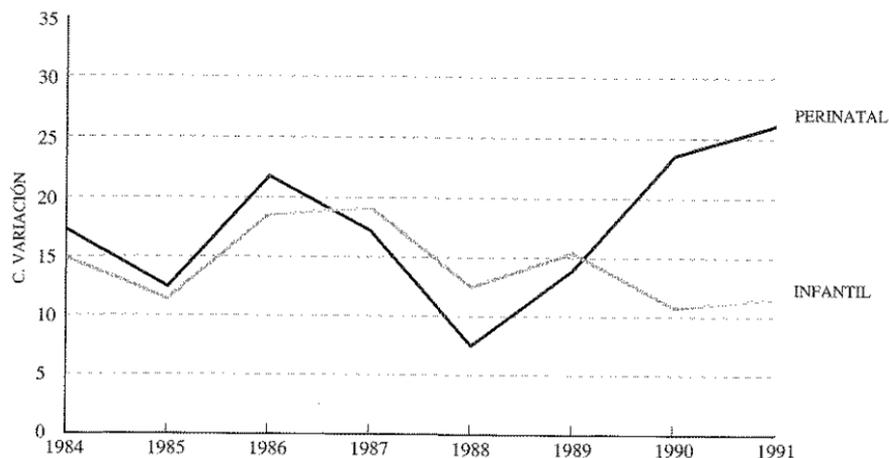


Fig. 16. Coeficiente de variación de las tasas de mortalidad infantil y perinatal. Andalucía. 1984-1991

Fuentes: I.N.E. Movimiento Natural de la Población. I.E.A. Anuarios Estadísticos de Andalucía. (Elaboración EASP)

Según los datos del Libro de Partos, la mortalidad anteparto supone, para todos los años estudiados, el mayor porcentaje de toda la mortalidad producida durante esta etapa. Aunque el número total de muertes es escaso, las que se producen se acumulan en el período anterior al parto. Le siguen en frecuencia las producidas antes de las 24 horas. Las muertes producidas intraparto corresponden a un porcentaje pequeño del total.

También se ha producido un descenso de la mortalidad neonatal durante el período 1984-1991 en Andalucía, que se cifra en un 25%. Este descenso ha ocurrido fundamentalmente a expensas de la mortalidad neonatal precoz; en cambio la mortalidad neonatal tardía ha permanecido prácticamente constante. La tendencia al descenso de la mortalidad neonatal ya era evidente a mediados de los años setenta, aunque las tasas para Andalucía permanecen por encima de las nacionales durante todo el período 1975-1989.

Si analizamos las causas de mortalidad en niños menores de una semana, la más importante la constituyen las anomalías congénitas, que se han mantenido en primer lugar durante todo el período evaluado (1984-1990). En el segundo lugar se sitúan la prematuridad y el bajo peso al nacer, que también se han mantenido en este lugar durante el período. Las causas relacionadas con complicaciones maternas durante el embarazo (ruptura prematura de membranas, embarazo ectópico o embarazo múltiple, entre otras), han disminuido claramente

durante el período 84-90, de tal forma que de ocupar el cuarto puesto entre las causas de muerte en niños menores de una semana, han desaparecido de entre las cinco primeras. De manera similar ha ocurrido con las causas relacionadas con complicaciones de la placenta, del cordón umbilical o de las membranas (placenta previa o prolapso de cordón entre otras).

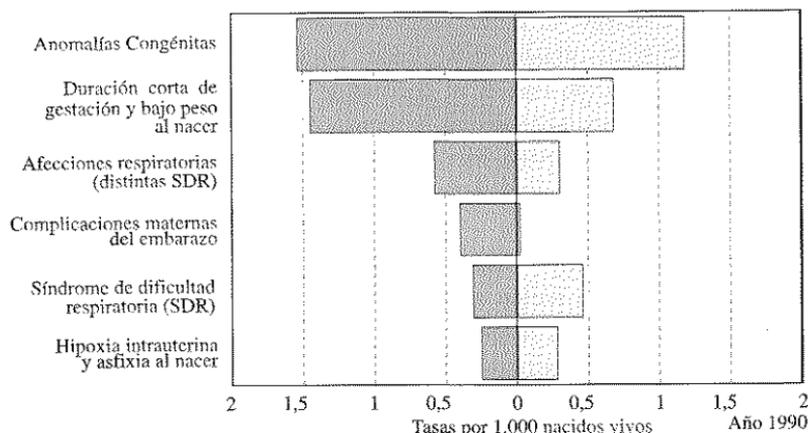


Fig. 17. Principales causas de mortalidad en menores de una semana. Andalucía 1984-1990

Fuente: I.N.E. Movimiento Natural de la Población (Elaboración EASP)

Estos datos sugieren la hipótesis de que la mejora de la atención al proceso del embarazo y parto ha tenido efecto, no sólo en la disminución de las tasas de mortalidad durante este período, sino también en la modificación del perfil de causas de muerte durante la primera semana de vida, a costa de la disminución de las causas más fácilmente prevenibles. Sin embargo, actualmente el quinto lugar lo ocupan la hipoxia intrauterina y asfixia al nacer, causas que siguen siendo susceptibles de prevención a través de una mayor atención al parto.

- La tasa de mortalidad perinatal descendió en un 35% y la neonatal en un 25% en el periodo 1984-1991.
- Tiende a aumentar la variabilidad interprovincial de la mortalidad perinatal.
- Las anomalías congénitas ocupan el primer lugar entre las causas de muerte durante la primera semana de vida, seguidas de la prematuridad y el bajo peso al nacer.

b. Principales causas de morbilidad en el recién nacido

La existencia de un registro como el Libro de Partos superaría ampliamente la dificultad para obtener información acerca de la salud durante el período perinatal y neonatal a partir de registros sistemáticos, ya que incluye información muy relevante para el análisis de la salud durante el embarazo y el período perinatal. Sin embargo, la infranotificación de este registro, sobre todo en algunas de las provincias, plantea dificultades para generalizar la información existente. Según el Libro de Partos, el porcentaje de recién nacidos con algún tipo de patología ha experimentado un descenso del 64% en el período 1987-1992, año en que esta proporción es de un 6%. Esto es, más del 90% de los recién nacidos registrados no presentan ningún problema de salud.

La prematuridad constituye claramente el proceso patológico más frecuentemente identificado en los recién nacidos con algún tipo de morbilidad, además, su importancia relativa respecto al total de procesos mórbidos ha ido aumentando a lo largo del período 1987-1992. Tan sólo entre 1990 y 1992 este aumento ha sido superior al 25%. Esta tendencia al aumento del parto prematuro se constata también según la información disponible en el Movimiento Natural de la Población en todas las provincias andaluzas, aumento que se cifra en un 31 % para el conjunto de Andalucía. El porcentaje de nacimientos prematuros se situaba en torno al 4% para el conjunto de Andalucía en 1990. Es de destacar que el porcentaje de prematuridad es menor en Andalucía que en el conjunto de España, que se situaba en un 5,4% para 1990.

El aumento de la prematuridad como causa de morbilidad está en estrecha relación con el aumento de la supervivencia de recién nacidos cada vez con mayor grado de inmadurez y de peso muy bajo. Y esto, entre otros factores, porque los avances en el terapia intensiva neonatal han sido espectaculares durante los últimos años, especialmente en la atención a este tipo de problemas. Sin embargo, también se manejan otras hipótesis (como el aumento de madres fumadoras), avaladas por la frecuencia relativamente más elevada del problema entre mujeres de clase social más alta comprobada en otros países.

La prematuridad es un factor claramente asociado a la morbimortalidad neonatal. Una proporción que oscila entre el 10,5% y el 13,5 % de todos los procesos mórbidos se dan en niños nacidos antes de la 37ª semana. Las afecciones respiratorias, la enfermedad hemolítica, los traumatismos, anoxia o sufrimiento fetal y el bajo peso son los tipos de procesos que contribuyen en

mayor medida a esta morbilidad. La frecuencia de afecciones respiratorias en el grupo de niños prematuros ha disminuido entre los años 1991 y 1992, mientras que ha ocurrido lo contrario con el bajo peso al nacer, que se sitúa como primera causa de morbilidad en este último año.

La segunda causa más frecuente de morbilidad entre los recién nacidos es el bajo peso para la edad gestacional, que supone un 18% de todos los procesos mórbidos en 1992, según el Libro de Partos. La información procedente del Movimiento Natural de la Población, indica que el porcentaje de recién nacidos de bajo peso ⁷ ha ido en aumento en la década 1981-1990, tanto en Andalucía como en España. Este aumento podría atribuirse a una mejora del registro, sin embargo, es plausible la hipótesis de un aumento real del problema, ya que este fenómeno también se está evidenciando en otros países de nuestro entorno.

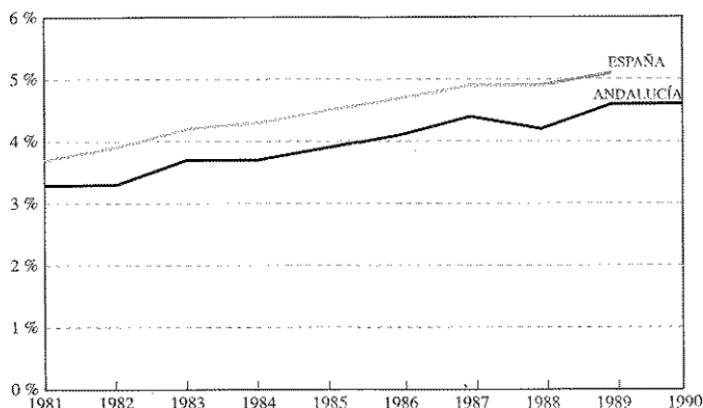


Fig. 18. Porcentaje de nacimientos con peso menor a 2.500 grs. Andalucía. 1981-1990 y España 1981-1989

Fuente: I.N.E. Movimiento Natural de la Población. (Elaboración EASP)

La cifra de bajo peso al nacer se sitúa en 4,6% para Andalucía en 1990, porcentaje inferior al de España que se cifra en un 5%. Sin embargo, en el caso de Andalucía el aumento ha sido de un 39,4% en los diez años anteriores, más elevado que el ocurrido en España, donde el bajo peso ha aumentado en un 37,8% hasta el año 1989.

Este aumento se ha producido a expensas de los nacidos con peso entre los 1.000 y 2.499 gramos, que han experimentado un incremento superior al 25%

⁷ El concepto de "bajo peso para la edad gestacional" no es estrictamente comparable con el de "bajo peso al nacer". Este último se aplica a todo recién nacido con peso inferior a 2.500 grs., sea cual sea su edad de gestación

entre 1984 y 1990. Mientras que el grupo de recién nacidos de muy bajo peso (menos de 1.000 gramos), se mantiene prácticamente constante. Para los recién nacidos entre 1000 y 2499 gramos, el porcentaje ha aumentado en todos los grupos de edad de la madre desde 1984 hasta 1990, y el aumento es mayor conforme va aumentando la edad materna.

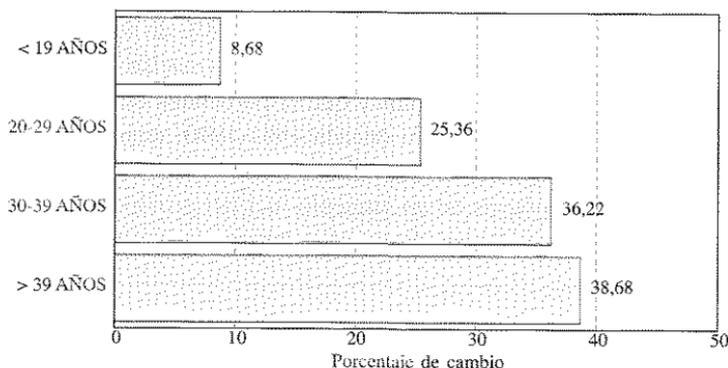


Fig. 19. Nacimientos con peso entre 1.000 y 2.499 grs. según edad de la madre. Andalucía. Porcentaje de cambio de 1984 a 1990

Fuente: I.N.E. Movimiento Natural de la Población. (Elaboración EASP)

Este hecho sugiere la hipótesis de que el aumento del bajo peso al nacer está en relación con el crecimiento relativo de la tasa de fecundidad entre mujeres más mayores. El componente más importante del bajo peso al nacer en los países desarrollados son los recién nacidos prematuros. Por lo tanto, el aumento observado en nuestro medio, tanto del bajo peso como de la prematuridad, podría obedecer al mismo conjunto de factores, entre ellos, a la tasa de fecundidad relativamente superior en mujeres mayores de 35 años y al retraso de la edad al tener el primer hijo. El comportamiento de los recién nacidos de muy bajo peso sigue un patrón diferente. En este caso, los datos indican que el muy bajo peso al nacer está aumentando en los grupos de madres con edades situadas en ambos extremos del período fértil, mientras que disminuye en el resto.

- En más del 90% de los recién nacidos no se presenta ningún problema de salud durante la etapa perinatal.
- La proporción de recién nacidos que presentaban alguna patología descendió un 64% entre 1987 y 1992.
- Parto prematuro y bajo peso al nacimiento: problemas en aumento.

Otro grupo de problemas relevante durante la etapa peri y neonatal son las patologías que se producen durante el transcurso del parto. Los traumatismos obstétricos, anoxia y sufrimiento fetal suponen entre un 7 y un 10 % de los procesos mórbidos en el recién nacido. Parece existir una tendencia a la disminución en el período 1990-1992 (8,54%). La escasa disponibilidad de datos fiables en los sistemas de registro nos impide establecer relaciones entre la frecuencia de este tipo de problemas y los cambios de prácticas obstétricas en la atención al parto, entre ellos el aumento del porcentaje de cesáreas, como fenómeno más evidente.

Las anomalías congénitas constituyen un problema del máximo interés, ya que son la primera causa de mortalidad en este grupo de edad, hecho que no ha sufrido cambios durante la última década. Suponen entre un 7 y un 9% de todos los procesos mórbidos, porcentaje que sufre un aumento cercano al 4% durante el período 90-92. Según los datos del Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas (ECEMC), la frecuencia anual de recién nacidos vivos con defectos congénitos muestra un incremento entre los años 1976-1981, a partir de este año la frecuencia se mantiene en torno a un 2% hasta 1986. Andalucía se situaba en ese año en una cifra de 1,6% de malformados sobre los nacidos vivos, mientras que la media nacional estaba en el 2%.

La importancia relativa que tienen actualmente la prematuridad y el bajo peso, en relación con otros procesos mórbidos en la etapa neonatal, junto con el aumento de la supervivencia de los recién nacidos con este tipo de problemas, sugiere una llamada de atención sobre el seguimiento a medio y largo plazo de estos niños. La mayor frecuencia posterior de problemas de salud y la necesidad de apoyo especial, hace que estos niños constituyan un grupo de riesgo definido que requerirá atenciones diferenciadas.

c. Prevención de metabopatías congénitas durante la etapa neonatal

El programa de salud materno-infantil en Andalucía desarrolla un programa específico de detección precoz y seguimiento de metabopatías. Tiene como objetivo la prevención de las repercusiones negativas sobre el desarrollo de determinadas enfermedades congénitas del metabolismo. El diagnóstico y tratamiento precoces evitan las consecuencias negativas del padecimiento de estas enfermedades, especialmente el retraso mental. Están incluidas en este

programa el hipotiroidismo (transitorio y congénito) y la fenilcetonuria (también otras hiperfenilalaninemias). Entre las actividades del programa se incluyen la extracción de las muestras (la 1ª para detección de hipotiroidismo y la 2ª para fenilcetonuria), la detección de la prueba y el seguimiento de los casos detectados.

El hipotiroidismo congénito es una enfermedad relativamente común, cuya incidencia oscila entre 1-2 casos por cada 4000 nacidos vivos. El diagnóstico y tratamiento precoz resulta esencial para un buen pronóstico, ya que, si se deja evolucionar, provoca retraso mental y del crecimiento. El diagnóstico precoz requiere un screening de los recién nacidos, puesto que los síntomas y signos clínicos suelen detectarse tardíamente.

La incidencia de fenilcetonuria es menor (alrededor de 1 caso por 15.000 nacidos vivos), y el diagnóstico y tratamiento dietético precoz previenen el retraso mental en prácticamente todos los niños con esta enfermedad. Sin el screening, la fenilcetonuria no suele detectarse hasta que ya se ha producido el retraso mental irreversible. Desde el año 1986, se han detectado en Andalucía un total de 299 casos de hipotiroidismos, de los cuales 68 eran transitorios. El total de casos de fenilcetonuria ha sido de 31, y 76 hiperfenilalaninemias.

La evolución de las tasas de incidencia (casos detectados), se mantiene bastante estable a lo largo del período analizado, y concuerda con las incidencias informadas en la bibliografía.

Las extracciones de ambas muestras no son simultáneas en todas las provincias. Dado que la primera se realiza siempre antes del alta hospitalaria del recién nacido, la diferencia de cobertura entre la primera y segunda prueba es un indicador de funcionamiento adecuado del programa. Esta diferencia ha ido disminuyendo a lo largo de los años, manteniéndose entre 2 y 3% desde 1990.

Uno de los indicadores (aunque indirecto) de la efectividad del programa es el promedio de tiempo de inicio del tratamiento. Se sabe que el tratamiento instaurado precozmente -alrededor del primer mes de vida- conduce a un desarrollo normal en la práctica totalidad de los niños afectados. Este promedio se situaba entre los 12 y 15 días en los años 1991-1993.

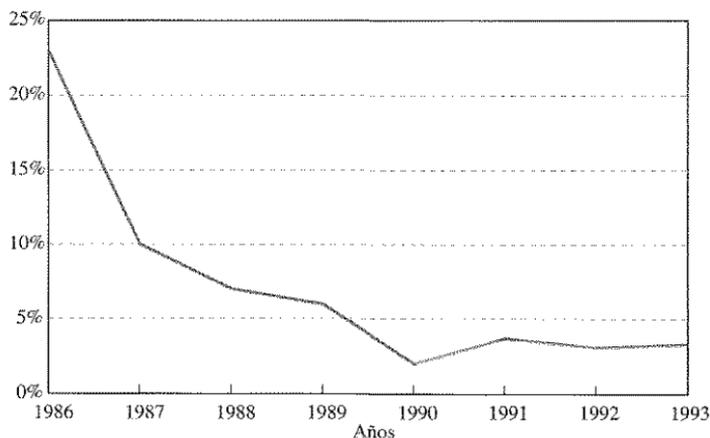


Fig. 20. Programa metabopatías: evolución de las diferencias de cobertura de la 2ª prueba respecto a la 1ª. Andalucía. 1986-1993

Fuente: Memorias del Programa de Detección de Metabopatías Congénitas e Informe de Salud 1993-94. (Elaboración EASP)

La prevención de metabopatías congénitas es una de las actividades más claramente definidas en el Programa de Salud Materno-Infantil. La detección y tratamiento precoces constituyen una de las intervenciones preventivas de demostrada eficacia y de mejor relación coste-efectividad. Su cobertura es la más alta de todas las actividades englobadas en el PSMI, de tal manera que sus datos sirven como denominadores de recién nacidos vivos para el resto de los programas.

d. Promoción de la lactancia materna

Una de las actividades más relacionadas con la promoción de salud durante la etapa infantil es la de procurar condiciones favorables para que la lactancia materna sea lo más duradera y satisfactoria posible. Las ventajas de la lactancia al pecho han sido ampliamente descritas en relación, tanto con la salud del niño como con la de la madre. Sin embargo, el amamantar a los bebés y sobre todo, el mantener durante algunos meses esta alimentación, se ha vuelto cada vez menos frecuente. Este no es un fenómeno específico de nuestro país, sino que se presenta en gran parte de los países industrializados. La disminución más importante de la lactancia se ha producido entre las madres más jóvenes y de bajo nivel cultural. Entre los factores que parecen estar influyendo en la disminución de la lactancia materna se señalan el cambio en el estilo de vida de

las mujeres, la promoción de la industria de dietética infantil y la carencia de orientación y apoyo por parte de los servicios sanitarios.

En 1984 se realizó un estudio en Andalucía sobre prevalencia y duración de la lactancia materna. En aquel año, la lactancia había sido iniciada, como única forma de alimentación, en el 55% de los niños estudiados y el 19% de ellos dejaron de ser amamantados antes del tercer mes. La mayor parte de los menores de un año estaban siendo alimentados artificialmente en el momento de realización de la encuesta. Aún sumando los porcentajes de aquellos que sólo lactaban al pecho y los que recibían alimentación mixta, resultaba superior el número de niños que no recibían ninguna cantidad de leche materna. La alimentación artificial se presentó en este estudio con más frecuencia en los núcleos urbanos.

En una encuesta realizada en 1988 a 1.061 madres y 152 pediatras de toda España sobre actitudes en alimentación infantil, se identificaron las principales razones por las que las madres que comienzan a lactar (que superaban el 70%) dejan de hacerlo. Resulta significativo que la iniciativa de la decisión de abandonar correspondió casi por igual a la madre y al pediatra.

El papel de los servicios sanitarios en la promoción de la lactancia materna no se reduce a la información adecuada de las madres. Se sabe que determinadas prácticas en torno al embarazo y parto y durante las primeras horas del bebé, tienen una decisiva influencia tanto en el inicio como en la duración de la lactancia materna. Durante el embarazo, incluso en etapas tempranas, muchas madres toman la decisión de lactar o no al pecho. Es papel de los profesionales que atienden al embarazo tomar en cuenta los aspectos relacionados con la lactancia materna.

El momento del parto es un punto crítico en la promoción de la lactancia materna. El contacto precoz del bebé con la madre y ponerlo al pecho en la primera hora facilita la producción de leche y previene posibles fracasos. El mantenimiento del niño cerca de la madre en la misma habitación y no aplicar un horario rígido de lactancia son elementos esenciales. Igualmente, no ofrecer suplementos alimenticios en las primeras horas ayuda al éxito de la lactancia al pecho. Muchas de las prácticas rutinarias en nuestras maternidades condicionan el frecuente fracaso de la lactancia materna en estos primeros momentos, que son cruciales en el establecimiento del vínculo madre-hijo.

3. OPINIÓN DE LAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN AL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

A partir de las opiniones expresadas por las personas consultadas en este estudio, podemos considerar que el programa de atención al Embarazo, Parto y Puerperio requiere una reflexión más detenida dado el carácter tan "especial" con el que las mujeres califican este momento de su vida, haciendo hincapié en el parto. Los aspectos identificados como fortalezas del programa se refieren sobre todo al subprograma de Educación Maternal y al de Atención Puerperal, mientras que las debilidades se plasman sobre todo en la atención al parto.

Los principales elementos identificados como fortalezas del programa son: la competencia técnica y la capacidad de respuesta de los servicios públicos, así como de los profesionales y, más explícitamente del hospital público. Aparecen de modo reiterativo opiniones sobre la sensación de seguridad que genera el entrar en contacto con este servicio.

"Pero si surge el problema en seguida te llevan a un hospital público, porque es donde tienen buenos medios". (G.D.7)

"Tiene más medios la Seguridad Social, tiene muchísimos más medios. Como aparatos mejor". (G.D.9)

Es decir, las mujeres consultadas se sienten seguras con los servicios que reciben en el hospital público, y esta seguridad la genera tanto el propio centro, como la preparación del personal por el que son atendidas.

"Yo también me he sentido muy protegida aquí...". (G.D.8)

Cuando el contacto con el programa se realiza a través de los C.S las usuarias dicen recibir un trato "personalizado" en dichos centros.

"Y luego cuando fue a los cuatro meses se acordaba de mí. Que me resultó muy raro, rarísimo, me preguntó cómo iba, se acordó hasta de mi nombre y hasta de mi profesión". (G.D.7)

Además de las explicaciones sobre el proceso del embarazo, las usuarias subrayan el hecho de haber gozado de consejo a lo largo del período pre y perinatal. Esto sucede especialmente donde existe matrona (sea en zona reconvertida o zona

no reconvertida), y cuando los profesionales del CS, se identifican como vehículos de desarrollo de las actividades de apoyo y promoción de la salud.

"Esas consultas del matrn que antes no existían, yo creo que es un punto a favor que han puesto ahora en los pueblos. Porque si no, te tenías que desplazar siempre fuera". (G.D.9)

"El médico que me atendió, pues llegó y además me daba ánimo, me preguntaba que si tenía miedo y no tenía miedo porque tenía confianza en él que era el que me estaba viendo". (G.D.10)

La información que recogen a través de los materiales divulgativos (revistas y guías) complementa la buena opinión que tienen sobre el programa. Así mismo, las usuarias valoran positivamente el intercambio de experiencias entre las propias mujeres y la continuidad de la información (alimentación del bebe, cura del ombligo, etc.) cuando se facilita a través del C.S o del hospital.

"Se hacía la gimnasia, nos echaban diapositivas... Y todas las semanas hacía una pequeña charla, cada semana de unas cosas distintas, unos días el parto, otros días los métodos anticonceptivos, o sea, todas las semanas hacían una cosa distinta. Estaba muy interesante, estaba muy bien. Y luego en plan de gimnasia, que a lo mejor tú en tu casa sola por tu cuenta no lo haces". (G.D.9)

La información y preparación para el embarazo y el parto se relaciona con el subprograma de educación maternal, que facilita el proceso, tanto a los profesionales como a las propias mujeres.

"A mi me sirvió toda la información que me dio "X". Y respiraba como ella me enseñó". (G.D.6)

"Entonces ella en la sala de partos me dijo, dice: Tú has hecho la educación maternal, ¿verdad?. Yo digo: sí. Dice es que me encanta trabajar con gente que sabe, porque te ayudan a ti". (G.D.12)

Las mujeres que han recibido visita puerperal después del parto consideran este un servicio no esperado y explicativo de lo que denominan "nueva seguridad social" y que puede estar influyendo en el fortalecimiento de este programa.

"Han venido a curarme a mi casa y todo, porque tenía muchos puntos y, claro, pues tenían que venir a curarme todo los días y todo...". (G.D.8)

"Antes tú ibas y no había cita, era tu número, te ibas temprano cogías tu número, cuanto antes te ibas antes entrabas. Pusieron esto de las citas y lógicamente, porque es que ya en las salas no se junta ese mogollón de gente que se juntaba antes". (G.D.7)

Aquí se observa al igual que en el Programa del Niño Sano (PNS) la visión de transición de lo que sería "la antigua seguridad social" a la "moderna". Las usuarias perciben un proceso de "reforma" que a la vez crea cierto desconcierto por su no generalización a todos los ámbitos, servicios, centros, etc. que podría plasmarse alrededor de la pregunta: ¿Por qué este servicio que está tan bien no funciona en otros sitios?.

"Lo que me gustaría es que pusieran en este (ambulatorio) lo que hay en el otro, eso de los niños, porque te lo pesan, te lo miden... Aquí no lo hay, tuve que llevarlo al de pago. El programa del niño sano te lo mira porque el niño puede tener algo sin tú enterarte. Yo eso del programa del niño sano lo veo muy bien". (G.D.6)

"Entonces que no se tiren tanto con la información de lo que puedes pedir por teléfono, no, para ciertas cosas sí, pero para otras no.". (G.D.12)

Las mujeres participantes en el estudio, independientemente del grupo en el que estuvieran emitiendo su opinión (niño, planificación o embarazo), aludieron a la experiencia del parto en sus intervenciones. La presencia redundante de la opinión sobre los servicios recibidos durante el parto puede justificarse, por una parte, por la visión positiva acerca de las actividades de educación maternal, control de embarazo y visita puerperal, y por otra, por una opinión mucho más matizada en lo que al parto se refiere. La falta de amabilidad, y consideración de su problema son elementos comunes asociados al parto.

"Yo creo que cuando estás pariendo que por lo menos no te traten como una burra... a mi madre le han llegado a decir: ahora te quejas cuando estabas debajo no te quejabas". (G.D.4)

Por tanto, el parto es una debilidad a revisar dentro del conjunto de actividades y programas del PSMI. Desde, las propias usuarias hay sensación de no continuidad entre lo aprendido a través de las actividades de Educación Maternal, y el momento concreto del parto. Lo aprendido en la teoría se diluye en la práctica.

"Pues a mí no me sirvió (Educación Maternal), porque yo respiraba pero a mí me dolía mucho. Yo creía que respirando como me había dicho... a mí no me iba a doler y que el parto iba a ser de una hora y no de 24 horas". (G.D.6)

"Pues tú no debes estar de parto porque no gritas". "Hombre a mí me enseñaron a respirar, pero si usted quiere grito". (G.D.9)

La opinión de las usuarias en relación al ambiente del hospital en el momento del parto es desfavorable en cuanto al trato, atención, información, comunicación y explicación del proceso.

"A mí me tocó una matrona que me echaba unas bullas en el parto, como yo tenía quince años...". (G.D.6)

"Hace así, te toca el pecho, te mete el dedo y fuera y ya está. Es muy frío, muy frío, muy frío. No te dicen nada, no te explican lo que tienes, nada". (G.D.7)

"Entonces, los problemas que he tenido yo, falta de plaquetas... y yo qué sé, yo no sé lo que significa, falta de plaquetas lo estoy diciendo porque lo decían todos, pero yo no sé lo que significa...". (G.D.8)

Además se considera, tanto al hospital como a los profesionales que en él trabajan, con escasa capacidad de adaptación a cada momento, cada situación, cada persona.

"Pero en el momento que eres primeriza es que no sabes lo que va a pasar, entonces lo mínimo que necesitas es un poquito de cariño". (G.D.7)

"¡Que vergüenza; si era con los dolores y todo y me tuvieron que traer a una mujer a que me mirara porque a mí me daba vergüenza...". (G.D. 6)

En algunos casos, expresan los obstáculos que reciben del hospital ante el acceso o la compañía de un familiar cuando la mujer así lo desea.

"Y que tú quieres que tu marido entre y no lo dejan que entre. O sea, yo es que no lo entiendo". (G.D.7)

"No te vale, a mí me lo dijo, dice: «Yo te lo relleno, pero es que no te van a dejar que entres». Yo entiendo que si él ha vivido un embarazo contigo desde el primer momento, también tiene derecho a vivir eso, si él lo desea vivir". (G.D.9)

También se observa esta dificultad en la organización, cuando se dan partos patológicos, en los que el hijo es separado de la madre y no se cuida el contexto emocional, la intimidad y la importancia del primer contacto entre la madre y el hijo, lo que puede afectar a algunas mujeres.

"Yo es que estuve diez días viendo a mi hija a través de un cristal, yo creo que me podían haber puesto una batita y por lo menos tocarla...". (G.D.8)

Se considera un punto débil del programa la coordinación entre servicios (tanto de primaria y hospital, como internamente en el hospital) y la identificación de las funciones propias de los profesionales

"Ahora, por otro lado me contradigo yo misma porque digo: «un embarazo es para que lo lleve un especialista, no un médico de cabecera que ha hecho un cursillo de tres meses»". (G.D.12)

"Pego en la puerta... para arriba para el paritorio..., pego en la puerta y me dicen que no, que tengo que pasar por urgencias... Tengo que salir a la calle, bajar en el ascensor, salir a la calle... con fiebre, temblando, que no podía andar, ya sangraba, pasar por urgencias y ya de urgencias me llevan para arriba... Imagínate tú, yo con cuarenta, con contracciones, bajar paravabajo...". (G.D.8)

"O sea, que uno me quería provocar el parto y otro me estaba dando el alta ese mismo día". (G.D.10)

Por un lado, se expresa la intervención de diferentes servicios y profesionales para un mismo asunto, y por otro cambios frecuentes de profesionales y contradicciones de instrucciones o pasos a seguir entre hospital y C.S.

"Y, claro, ya a las tres cambió el turno, ¿no? y cada vez que venían a mirarme me tocaban la barriga...". (G.D.8)

"Es que un día te veía uno, otro día te veía otro, al día siguiente te veía otro... y..., a lo mejor a mí no me había visto nadie..., y tú... venga, te llevaban para allá, y... pumba: ahora ábrete de piernas que te voy a ver, ahora... que te voy a ver y te ve otro..., ahora que te voy a ver... es normal... yo comprendo que eso no tiene solución, pero que te choca un montón. Y ahora te ven tres o cuatro en tres o cuatro días y ninguno sabe todavía exactamente qué es lo que tienes...". (G.D.8)

A esto se une cierta desinformación sobre el papel de cada profesional y las competencias que cada uno representa (por ejemplo, el hecho de que no sean solo ginecólogos sino médicos de familia o enfermeras los profesionales que atienden el embarazo, y la dificultad de identificar a cada uno de ellos).

"Tu tienes siempre que estar detrás, pedir lo que hay, lo que va a pasar, lo que te van a hacer, y a lo mejor te contestan de lo que van a hacer y a lo mejor viene otro y te dice otra cosa diferente, y no son iguales, aunque cada uno cuando va a venir otro grupo lo deja todo en un papel, con todos los datos que han pasado, y ya el otro sabe lo que hay, pero a lo mejor te lo explica de otra manera". (G.D.8)

El ambiente de la habitación, el mobiliario, la comodidad de los acompañantes y la ropa en el momento del contacto con el hospital, son evaluados por las propias mujeres. Aunque el conjunto de elementos tangibles es secundario frente a aspectos como el trato recibido o la preparación del profesional, merece la pena profundizar en esta dimensión porque tiene efectos que pueden hacer más gratificante la estancia de la mujer en el hospital.

"Muy mal, porque no encuentro normal cuando das a luz que viene mucha gente y se llena la habitación, eso no está bien". (G.D.7)

Por ejemplo, permitir a aquellas mujeres que así lo deseen la utilización de su propia ropa, o tener en cuenta la distribución y adaptación a las diferencias individuales de los elementos comunes, como la opción de disponer de TV en las habitaciones múltiples (puede molestar), así como el cable del

teléfono para que llegue a la cama, la altura de la cama, la talla de la ropa, o el horario de visita.

"Pues yo prefiero una cama en condiciones, porque a mí me tocó una cama... de alta así..., menos mal que yo soy alta...porque para bajarme, me tenía que ayudar toda la gente que estaba en la habitación...". (G.D.8)

"Pero yo acababa de llegar de la operación y estaba fatal, estaba sudando a más no poder, me dolía, porque me dolía mucho, no quería jaleo, no quería que me hablaran y aquellas pues estaban perfectamente y era la hora de la visita de sus familiares". (G.D.10)

"El teléfono sí es práctico, pero la televisión no la veo muy...Yo no la puse en todo el tiempo, porque es que no tenía gana de ver la tele... oye estás en un hospital y la mayoría de las personas están allí mal y lo que quieren es tranquilidad, y ahora llega uno y te planta un partido de fútbol ahí, no el enfermo, si no el familiar que viene a ver el partido de fútbol y se sienta en su butaca y te mete ahí...". (G.D.10)

A su vez las propias usuarias aportaron varias propuestas basadas en la posibilidad de permitir su participación en aquellos aspectos que por ellas mismas pueden solventar fácilmente.

"Que no me puedes dar un camisón como Dios manda o algo decente, pues oye, yo tengo en mi casa cincuenta, o dos, pero me pongo los míos". (G.D.7)

"Si no te pueden dar ellos ese servicio..., igual que lo de la atención, si no hay una enfermera allí todo el rato contigo pues que dejen a tu marido estar todo el rato contigo. O sea, que yo creo que si no surtes una serie de cosas por lo menos que dejen que tú, en plan personal te lo gestionen". (G.D.7)

En cuanto a la imagen que se forman las usuarias a su paso por el hospital parece estar mediatizado por la presencia de elementos cotidianos de la vida de los empleados que confieren una carga bastante negativa acerca de la "vida diaria del hospital", por ejemplo estar dormido cuando se esta de guardia, escuchar las conversaciones que los profesionales mantienen entre ellos,

etc., que podrían ser objeto de estudio para buscar relación entre la imagen que tienen los usuarios del centro y el peso que tiene el papel que desempeñan los empleados.

"Pero quiero decir eso, que cuando hay alguna fiesta o algo es que se revolucionan. La noche anterior no pude dormir en toda la noche, tenían un festival que eso no era normal, de risas, de follón...". (G.D.7)

"Pero cuando no quieres nada y ellas ya han terminado se van a una habitación que esta muy cerca y se ponen a hablar y a reír a voces, todo el mundo las escucha y cuando tú tienes un dolor, te molesta mucho, que no te dejan descansar, no te dejan descansar". (G.D.8)

"Pues yo no lo veo normal, porque si estaban de guardia, no tienen porque estar dormida". (G.D.9)

"Sí, sí, vamos, una cosiendo la manga de la bata porque le estaba larga, la otra viendo una revista de moda del hogar, otra que creo que era estudiante, con la mascarilla allí sentada; dos se fueron a tomar café y allí en frente de los albañiles que entraban y salían como les daba la gana. Allí lo mismo entraba un celador, que entraba una enfermera, que salía..., hablaban ellos allí... Que se iban a tomar café, se iban todos, luego se sentaban...Entonces ya le dije que se me había roto la fuente. «Bueno, eso es normal, usted siga empujando»". (G.D.10)

Esta adaptación a las diferencias individuales, también debería tenerse en cuenta a la hora de satisfacer a las usuarias, debido a que se recogieron algunos casos, situaciones, dónde hay una ausencia total de cuidado del contexto emocional de la madre y el niño, por ejemplo se expresaron situaciones de compartir habitaciones casos de aborto con nacidos vivos, lo cual puede ser fácilmente evitable con una revisión de elementos que como este pueden estar perjudicando tanto a las propias usuarias como la imagen de coordinación interna del hospital.

"En nuestra habitación, cuando se fue gente... venía gente con abortos y todo, ¿no? entonces mezclan las que tienen niños, con abortos, entonces tú la ves llorando... que ha perdido al niño y ahora a ti te traen el niño... entonces, claro pues la pobre todavía se pone más hecha polvo...". (G.D.8)

C. INFANCIA Y ADOLESCENCIA

1. IMPACTO SOBRE LA SALUD EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

a. Cambios en la mortalidad infantil

La tasa de mortalidad infantil se considera uno de los indicadores sanitarios más sensibles para aportar información acerca del estado de salud de la población. Se utiliza así mismo como indicador del nivel de vida de una comunidad y de calidad de la atención sanitaria. España y Andalucía gozan desde la década de los 70 de unas tasas de mortalidad infantil por debajo del objetivo del programa "Salud para todos en el año 2000" para la región europea, establecido en 20 por 1000 nacidos vivos. En el período 75-90, la mortalidad infantil se ha reducido un 59,8% en el conjunto de España, y un 58,8% para Andalucía

*Tabla 17. Tasas de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos
Distribución por Comunidades Autónomas. 1975-1990*

	1975	1980	1985	1990	Descenso 1975-90 (%)
ESPAÑA	18,88	12,34	8,92	7,60	59,8
Andalucía	21,66	13,11	10,18	8,93	58,8
Aragón	15,76	12,25	8,78	6,03	61,7
Asturias	20,30	15,09	11,29	8,23	59,6
Baleares	16,46	12,73	10,94	7,25	55,9
Canarias	20,11	12,60	8,66	7,81	61,2
Cantabria	10,42	10,67	8,51	6,77	35,0
Castilla-León	24,03	13,63	8,61	6,90	71,3
Castilla La Mancha	21,03	12,53	7,37	7,64	63,7
Cataluña	15,28	10,29	6,78	7,09	53,6
Comunidad Valenciana	16,29	10,47	8,04	6,11	62,5
Extremadura	22,90	14,02	10,31	6,50	71,6
Galicia	23,60	14,07	10,73	8,44	64,2
Madrid	14,82	10,61	7,77	6,91	53,4
Murcia	23,37	14,45	9,07	6,85	70,7
Navarra	18,76	12,67	11,29	8,10	56,8
País Vasco	18,56	14,68	9,97	8,26	55,5
La Rioja	17,05	15,41	11,37	10,78	36,8

Fuente: Informe SEESPAS, 1993. (Elaboración EASP)

En 1991, la tasa de mortalidad infantil en Andalucía se situaba en 8,36 por mil nacidos vivos, lo cual supone una reducción del 19% en el período 84-91.

La cifra de España para este último año aún era inferior a la tasa andaluza, aunque datos provisionales indican que la mortalidad infantil en Andalucía podría haberse situado ya por debajo de la del conjunto de España en 1993.

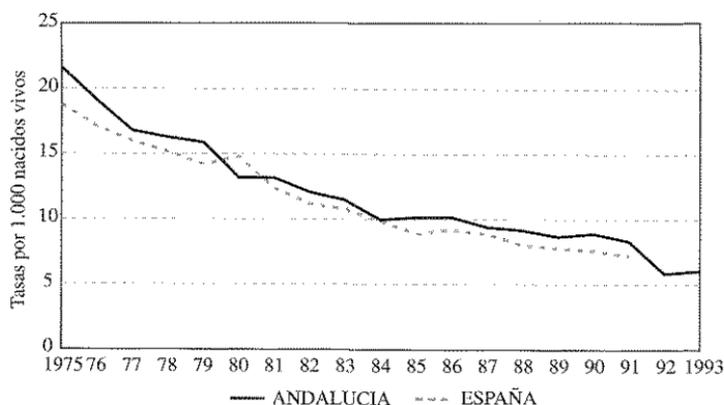


Fig. 21. Evolución de la mortalidad infantil. Andalucía, 1975-93 y España 1975-91
Fuente: I.N.E. Movimiento Natural de la Población. I.E.A. Anuarios Estadísticos de Andalucía. (Elaboración EASP)

La evolución de la mortalidad infantil por provincias es también descendente y sigue un patrón bastante similar en todas ellas. La tendencia decreciente del coeficiente de variación nos indica que la variabilidad interprovincial de las tasas de mortalidad infantil está disminuyendo en los últimos años. Este dato apunta hacia la disminución de las desigualdades entre provincias en cuanto a sus tasas de mortalidad infantil.

La tasa de mortalidad posneonatal es la que presenta un menor descenso de entre todas las que componen la mortalidad durante el primer año de vida. Este hecho está relacionado probablemente con su nivel de partida bastante bajo en relación con otras tasas. Las tasas para Andalucía prácticamente se superponen a las de España durante el período 75-89, aunque se sitúan ligeramente por debajo durante varios años (1976-1984).

El importante descenso de la mortalidad infantil en Andalucía durante el período 1984-1993 se ha visto acompañado de cambios en el perfil de las principales causas de muerte. Uno de los datos más relevantes es el descenso experimentado por la mortalidad por afecciones perinatales (que en 1984 era la primera causa de mortalidad infantil) y por anomalías congénitas (que ha pasado a ocupar el primer lugar), a pesar de que siguen siendo las dos primeras causas de muerte en este período de la vida.

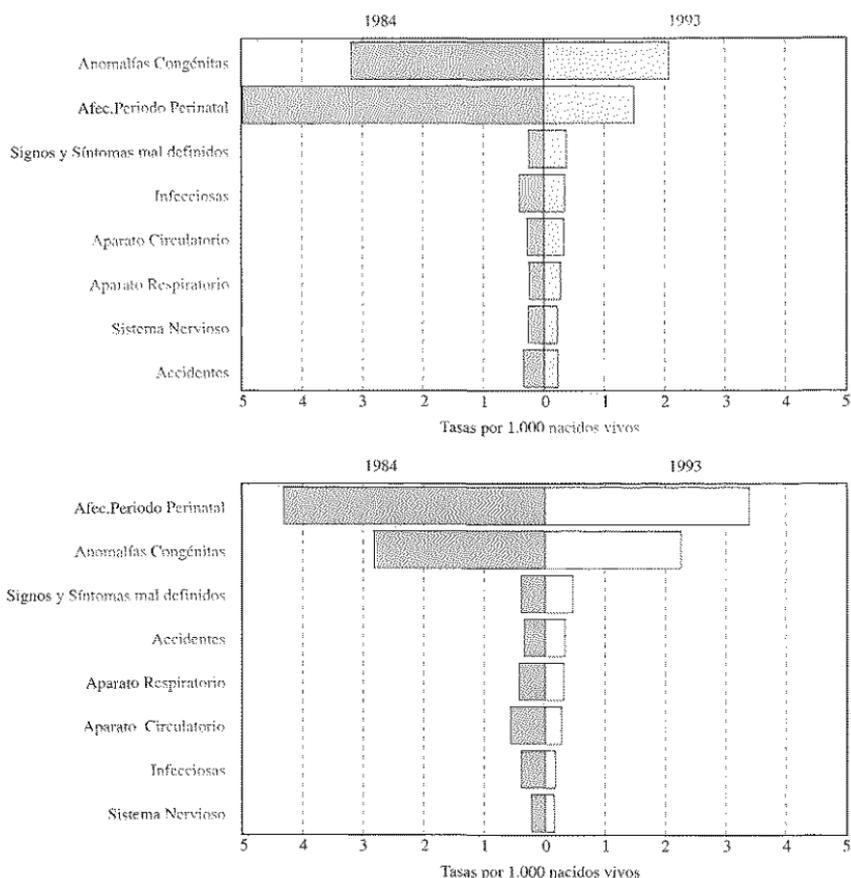


Fig. 22. Principales causas de mortalidad en menores de 1 año. 1984-93

Fuente: I.N.E. Movimiento Natural de la Población.

I.E.A. Registro de Mortalidad de Andalucía. (Elaboración EASP)

La principal causa de muerte durante el primer año de vida en 1993 fueron las anomalías congénitas, seguidas de las afecciones del período perinatal. Los estados mal definidos, las enfermedades infecciosas y las del aparato circulatorio, en este orden, ocupan los puestos siguientes dentro de las primeras causas de mortalidad. En España, las afecciones del período perinatal han experimentado una menor disminución en el período 84-93, de modo que siguen siendo la primera causa de mortalidad en menores de un año.

Cabe destacar la pérdida de importancia relativa de los accidentes como causa de muerte en este grupo de edad en Andalucía (de ser la cuarta causa

han pasado al séptimo lugar), hecho que ocurre de forma inversa en el conjunto de España. En cuanto a las enfermedades infecciosas han experimentado un descenso en el período desde el tercer al cuarto lugar entre las causas de mortalidad infantil. A pesar de este descenso, las tasas andaluzas continúan situándose por encima de las españolas.

- Disminuyen las tasas de mortalidad infantil un 19% entre 1984 y 1991.
- Disminuye la variabilidad interprovincial en las tasas de mortalidad infantil.
- Cambia el perfil de las principales causas de muerte en el primer año: las anomalías congénitas ocupan el primer lugar, seguidas de las afecciones perinatales.

b. Evolución de la mortalidad en niños de 1 a 14 años

Las tasas de mortalidad en niños de 1 a 14 años han disminuido globalmente a lo largo del período 84-93. La primera causa de muerte en este grupo de edad son los accidentes, seguidos de los tumores y de las anomalías congénitas, por este orden. Aunque las tasas son menores, este perfil no ha cambiado desde 1984 hasta la actualidad, y es similar al de España en su conjunto. Si diferenciamos por grupos de edad, para el grupo comprendido entre 1 y 4 años los accidentes siguen constituyendo la primera causa de mortalidad, mientras que en los de 5 a 14 años, este primer puesto lo ocupan los tumores.

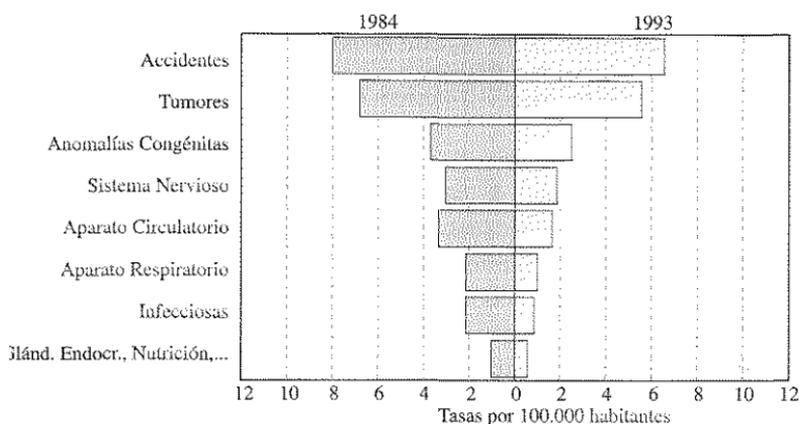


Fig. 23. Principales causas de mortalidad de 1 a 14 años. Andalucía, 1984 y 1993

Fuente: I.N.E. Movimiento Natural de la Población. I.E.A. Registro de Mortalidad de Andalucía. (Elaboración EASP)

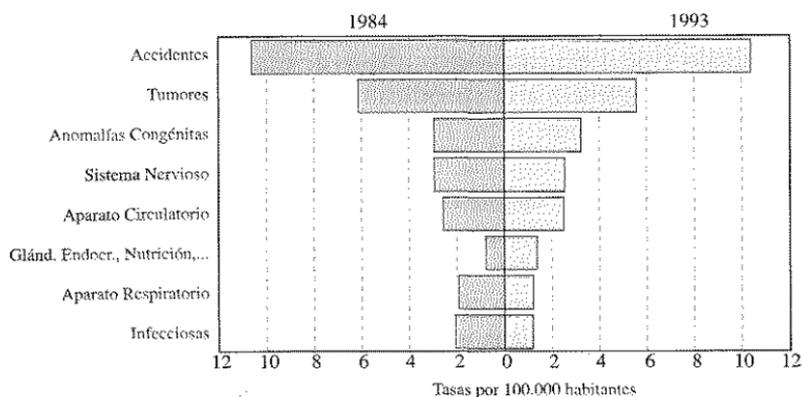


Fig. 24. Principales causas de mortalidad de 1 a 14 años. España. 1984 y 1993

Fuente: I.N.E. Movimiento Natural de la Población. I.E.A. Registro de Mortalidad de Andalucía. (Elaboración EASP)

El análisis de la evolución de la mortalidad para las distintas causas revela que la mortalidad por accidentes ha seguido globalmente una tendencia descendente en Andalucía durante el período 1984-1993, aunque su evolución ha sido diferente en cada grupo de edad. Las tasas son superiores en el grupo de 1 a 4 respecto al de 5 a 14 años, tanto para Andalucía como para España. Sin embargo, en el grupo de 1 a 4 años, el descenso en Andalucía ha sido mayor, de tal modo que, partiendo de tasas superiores a las de España, a partir de 1987 se sitúan por debajo de las españolas.

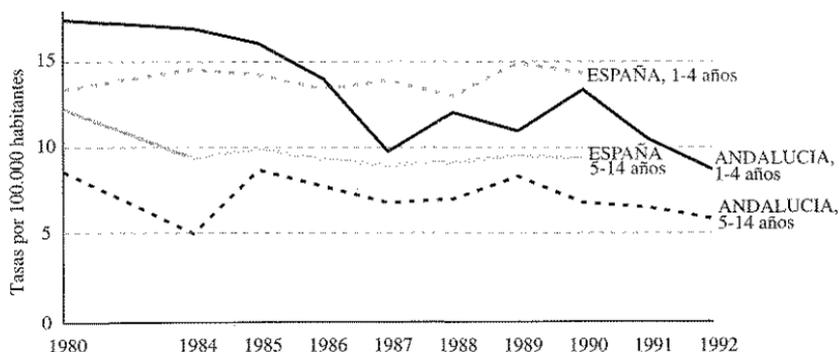


Fig. 25. Evolución de la mortalidad por accidentes y efectos adversos en población 1-4 y 5-14. Andalucía y España.

Fuente: I.N.E. Movimiento Natural de la Población. I.E.A. Registro de Mortalidad de Andalucía. (Elaboración EASP)

La mortalidad por tumores, sin embargo, corre prácticamente en paralelo durante el período 1980-1993 para ambos grupos de edad, en Andalucía y España. Se observa una tendencia a la estabilidad de las tasas, con un muy ligero descenso, en todos los grupos.

Las anomalías congénitas también han disminuido sus tasas de mortalidad en el grupo de 1 a 4 años en Andalucía, situándose por debajo de las de España en los últimos años. En edades comprendidas entre los 5 y los 14 años, las tasas son inferiores a las del grupo etario anterior. Prácticamente superponibles a lo largo del período en Andalucía y España, se mantienen estables a lo largo del período.

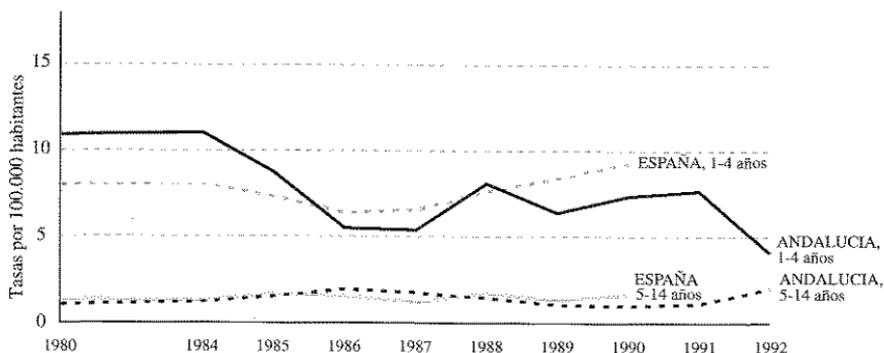


Fig. 26. Evolución de la mortalidad por anomalías congénitas en población 1-4 y 5-14. Andalucía y España.

Fuente: I.N.E. Movimiento Natural de la Población. I.E.A. Registro de Mortalidad de Andalucía. (Elaboración EASP)

Por último, la mortalidad por enfermedades infecciosas muestra una evolución claramente en descenso en el grupo de 1 a 4 años. En los niños entre los 5 y los 14 años, las tasas son más bajas, con evolución más estable y similares valores en Andalucía y en España.

En resumen, las tasas de mortalidad en niños de 1 a 14 años han disminuido globalmente a lo largo del período analizado. La primera causa de mortalidad en este grupo de edad son los accidentes, seguida de los tumores y de las anomalías congénitas. Este orden no ha cambiado desde 1984 hasta la actualidad. Para el grupo comprendido entre 1 y 4 años, los accidentes siguen constituyendo la primera causa de mortalidad, mientras que en el grupo de 5 a 14 años, el primer puesto lo ocupan los tumores.

Los cambios más evidentes se han producido en las tasas de mortalidad para el grupo de 1 a 4 años. La mortalidad por accidentes ha experimentado un importante descenso desde 1980 hasta la actualidad en este grupo de edad en Andalucía. Este descenso no se evidencia en el conjunto de España para este grupo de edad. La mortalidad por anomalías congénitas y por enfermedades infecciosas han experimentado un descenso en las edades más tempranas, mientras que se han mantenido bastante estables, y con tasas inferiores, en edades superiores.

c. Evolución de la morbilidad durante la infancia

La ausencia de registros de la morbilidad que no requiere ingreso hospitalario se ve en parte paliada por la información procedente de las dos Encuestas Nacionales de Salud (ENS) realizadas en nuestro país en 1987 y 1993 en lo que respecta a la muestra infantil. Para analizar los cambios habidos en el perfil de morbilidad de la población infantil andaluza, se ha realizado la explotación de ambas ENS, comparando los datos de la muestra de niños en Andalucía con la del resto de España.

Según los datos de las Encuestas Nacionales de Salud, un porcentaje muy elevado de los padres y madres encuestados en Andalucía percibe el estado de salud de su hijo/a como bueno o muy bueno, tanto en 1987 (90%) como en 1993 (88%). Este indicador tiene gran importancia, ya que la valoración del estado de salud parece tener relación con otras variables de morbilidad percibida y de utilización de servicios.

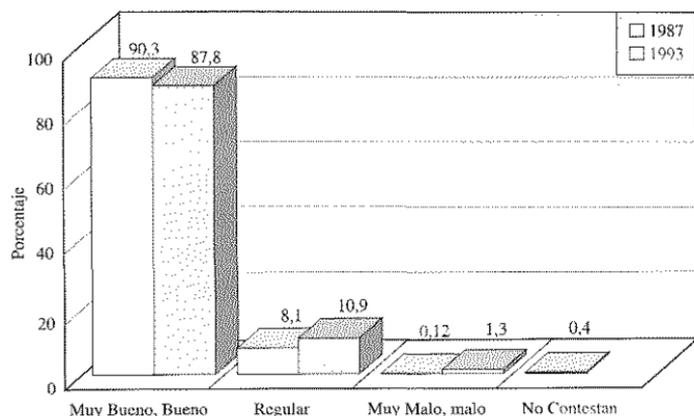


Fig. 27. Valoración del estado de salud en población infantil en Andalucía, 1987 y 1993

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 1987 y 1993. (Elaboración EASP)

La distinta época del año en las que se realizaron ambas encuestas (julio en 1987 y febrero en 1993) limita la comparabilidad de los resultados entre los dos años⁸. En el caso de la población infantil, las diferencias de morbilidad aguda en relación a la estacionalidad son evidentes, no sólo en cuanto al tipo de patología, sino también en frecuencia global.

La limitación de la actividad por motivos de salud durante las últimas dos semanas se considera un indicador indirecto de morbilidad de tipo agudo. El 11% de los niños encuestados en 1993 habían restringido su actividad principal, al menos la mitad de un día, durante los quince días previos. Esta limitación de la actividad no parece estar relacionada con el sexo del niño, con la edad o con la situación laboral del cabeza de familia. El 7% de los niños encuestados en 1987 y el 10% en 1993 se vieron obligados a guardar cama durante más de la mitad de un día.

Los tipos de síntomas que motivaron esta restricción en 1993 fueron con mayor frecuencia los relacionados con cuadros catarrales, con un perfil comparable en Andalucía con el resto de España. Esta distribución es coherente con la época del año en la que se realizó la encuesta.

El porcentaje de encuestados que declaró haber padecido alguna limitación de la actividad habitual por un problema de tipo crónico fue del 28% en 1987. La restricción de la actividad fue más frecuente en el grupo de 5 a 9 años, en relación a los demás grupos de edad. Los datos no resultan comparables a los de la ENS-93, año en el que se plantea la cuestión de forma distinta, preguntando sobre la limitación de actividad normal por más de diez días. Este mayor grado de restricción condiciona que el porcentaje de la muestra que limitó su actividad según datos de la ENS-93 sea bastante más baja que en la ENS-87, y se cifra en el 11%.

Los enfermedades respiratorias y alérgicas (8%), las fracturas, traumatismos y luxaciones (más frecuentes en el resto de España que en Andalucía), y los problemas de espalda y articulaciones (en cambio más frecuentes en Andalucía), constituyen algunos de los principales problemas referidos como motivo de limitación de la actividad de tipo crónico.

⁸ Otros factores que limitan también la comparabilidad de los resultados de morbilidad percibida, tanto aguda como crónica, son las diferentes formulaciones de las preguntas en una y otra encuesta. Hemos seleccionado aquellas preguntas comparables en formulación

La Encuesta de Morbilidad Hospitalaria ofrece información acerca de las patologías que requirieron ingreso en un centro hospitalario. Las altas de niños entre cero y catorce años supusieron un 18% respecto al total de altas de todas las edades en el año 1984 en Andalucía. Este porcentaje ha disminuido a un 15% en 1991. El comportamiento no ha sido igual en todos los grupos de edad. Los niños de 1-4 años y de 5-14 años dados de alta han disminuido un 26% y un 25%, respectivamente, desde 1984 hasta 1991. Sin embargo, las altas de niños menores de un año han aumentado un 9% en ese mismo período.

Para los datos de España se dispone de información desagregada por diagnóstico definitivo al alta hospitalaria. En los niños menores de un año, el grupo diagnóstico con mayores tasas es el de afecciones del período perinatal. En este grupo además, las tasas han aumentado en el año 1991 respecto a los años anteriores. Estos datos son coherentes con el descenso que ha experimentado la mortalidad por afecciones perinatales, lo cual nos habla en favor de una mejora de la supervivencia. La mayor supervivencia, sin embargo, no estaría libre de problemas, ya que a su vez han aumentado las tasas de morbilidad hospitalaria por ese tipo de problemas.

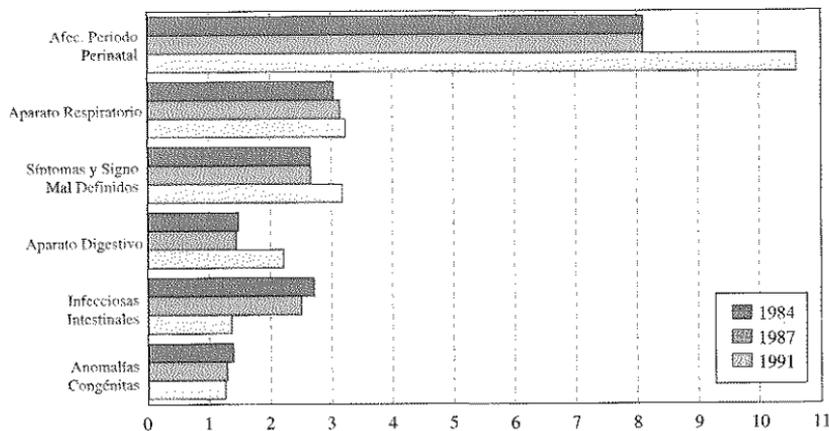


Fig. 28. Enfermos menores de un año dados de alta según diagnóstico definitivo España, 1984, 1987 y 1991 (Tasas por 100.000 habitantes de dicha edad)

Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. (Elaboración EASP)

Salvo en los menores de un año, las tres causas más frecuentes de morbilidad hospitalaria en niños hasta los 15 años son las afecciones del aparato respiratorio, los síntomas y signos mal definidos y las enfermedades del apa-

rato digestivo, por este orden. Las anomalías congénitas aparecen dentro de las seis primeras causas en todos los grupos de edad, con tendencia bastante estable en los años analizados.

Las infecciones intestinales todavía aparecen en niños pequeños entre las cinco primeras causas de morbilidad hospitalaria, aunque su tendencia es a la disminución en el período estudiado. Dado que son probablemente el grupo de causas más susceptible de prevención, debería tenerse en cuenta que son aún un problema prevalente. Por último, hay que destacar que, junto a la disminución de la mortalidad por accidentes, en los niños de 5 a 14 años las fracturas son una de las primeras causas de morbilidad hospitalaria.

d. Utilización de servicios sanitarios durante la infancia

La utilización de los servicios sanitarios puede interpretarse como un indicador de los problemas de salud que afectan a la población y del perfil de necesidades que suponen una demanda de atención a los servicios. Pero no hay que olvidar que la necesidad no es el único factor que determina la utilización. Influyen de manera decisiva la propia oferta de servicios y la accesibilidad a los diferentes tipos de servicios ofertados.

(1) Hospitalización

La hospitalización refleja, generalmente, situaciones más graves o bien que requieren una mayor especialización y complejidad asistencial. Según los datos de la ENS de 1993, un 4% de los niños encuestados fueron hospitalizados en los doce meses previos. Este porcentaje fue similar en Andalucía y en el resto de España y no se modificó respecto al año 1987.

La frecuentación hospitalaria de los niños andaluces presenta asociación estadística, según el modelo de regresión logística, con las variables sexo y edad del niño, tanto en la Encuesta de 1987 como en la de 1993, de tal manera que el riesgo de hospitalización aumenta conforme disminuye la edad y los niños tienen mayor riesgo de ser hospitalizados frente a las niñas. En 1993, los niños de hasta cuatro años han sido los que han ingresado con más frecuencia. En cuanto al sexo, las diferencias son manifiestas, con una frecuencia de ingreso en niños (7%) cuatro veces mayor que en niñas (1,6%).

El 91,5% de los que estuvieron hospitalizados, sólo habían ingresado una vez, porcentaje similar al de 1987. Sin embargo, en 1993 para el resto de España fue inferior el porcentaje de los que sólo fueron hospitalizados en una ocasión (78,6%) y superior el de los que ingresaron dos veces (11%).

En Andalucía, la duración de la estancia fue menor de cuatro días en el 51,5% de los casos, y el 83% permanecieron menos de ocho días en el hospital. Esta frecuencia difiere de la encontrada en 1987, año en que sólo el 58% estuvieron ingresados menos de ocho días. El porcentaje de los que permanecieron más de un mes, sin embargo, es similar en ambas encuestas.

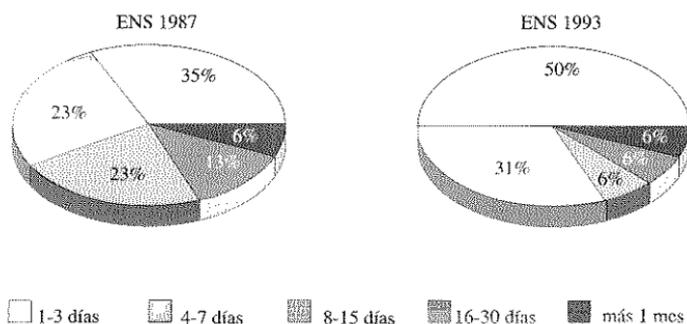


Fig. 29. Población infantil según duración de la última hospitalización

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 1987 y 1993. (Elaboración EASP)

Si comparamos los datos andaluces con los del resto de España en 1993, también observamos diferencias. El porcentaje de niños que permanecieron más de una semana hospitalizados fue mayor en el resto de España (22,5%) que en Andalucía (17%). Sin embargo, el 6% de los niños que fueron hospitalizados en Andalucía permanecieron más de un mes, frente a un 3% en el resto de España.

Quiere esto decir que el perfil de hospitalización infantil en Andalucía ha evolucionado hacia una duración más corta de la estancia hospitalaria, aunque permanece, no obstante, un pequeño porcentaje de niños con estancias hospitalarias largas.

En resumen, un pequeño porcentaje de los niños encuestados (4%) fueron hospitalizados en los doce meses previos a las encuestas. Este porcentaje fue similar en Andalucía y en el resto de España y no se modificó respecto al año

1987. La gran mayoría de niños sólo ingresaron en una ocasión y la duración de la estancia fue menor de ocho días en más del 80% de los casos. La duración de la estancia fue menor en 1993 que en 1987 en Andalucía y también menor que en el resto de España.

(2) Utilización de servicios de urgencias

El 19,5% de los niños encuestados en Andalucía en 1993 habían acudido a un servicio de urgencias en los últimos doce meses. Esta frecuentación es mayor que en el resto de España (17%) y que la de Andalucía en 1987 (13%). La mayor frecuentación se da en los niños de 0 a 4 años entre todos los grupos de edad analizados en la encuesta (incluidos los ancianos). En la población infantil, se evidencian claras diferencias según sexo, siendo los niños más frecuentadores que las niñas. Este perfil es similar en el resto de España y no difiere del de la ENS-87.

La mayoría de los que acudieron a urgencias lo hicieron sólo una vez (75%) y utilizaron un hospital de la seguridad social (65%). Destacar que en Andalucía, la frecuentación de los servicios de urgencias en centros no hospitalarios de la seguridad social fue mayor (22%) que en el resto de España (13,5%). Más del 30% de los encuestados andaluces que acudieron a urgencias en 1993 dijeron que el motivo fue la indicación médica, frente a un porcentaje muy inferior (15%) en 1987. También es superior este porcentaje en Andalucía que en el resto de España.

(3) Utilización de la consulta médica

En Andalucía, el 26,6% de la población infantil encuestada en 1993 había consultado a algún médico en las últimas dos semanas, mientras que en 1987 consultaron el 14% de la muestra de niños andaluces. Esta mayor frecuentación en 1993 está posiblemente condicionada por la época diferente de realización de ambas encuestas. El patrón no difiere del observado en España para 1993, que arroja una frecuentación infantil del 29%.

El grupo de niños de 0-4 años fue el de más alta frecuentación de todos los grupos de edad, incluidos los ancianos, tanto en el resto de España como en Andalucía (41%). Los motivos de consulta fueron mayoritariamente el diagnóstico, tratamiento y/o revisión (95%).

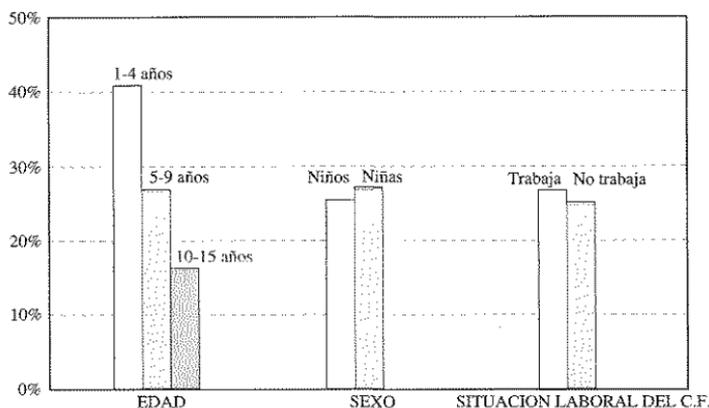


Fig. 30. Perfil de los niños que consultaron a un médico en las últimas dos semanas. Andalucía. 1993

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 1993. (Elaboración EASP)

Las consultas se realizaron al médico general y al pediatra casi al cincuenta por ciento. En la mayoría de los casos (80%) el médico pertenecía a la seguridad social. El porcentaje de utilización del médico privado fue similar en 1993 y en 1987 (13%), aunque ligeramente más bajo en la muestra andaluza respecto a la nacional.

Sí se aprecia un aumento de la utilización del centro de salud en 1993 (14%) respecto a los datos de 1987 (6%), aunque este porcentaje es ligeramente inferior al de la muestra nacional (16%). Este hecho probablemente esté relacionado con el grado de reconversión de la red de atención primaria.

Tabla 18. Distribución de la población infantil según el sitio donde tuvo lugar la última consulta

LUGAR	ANDALUCIA 1987		ANDALUCIA 1993	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Centro de Salud	101	6,0	42	14,5
Consultorio/ Ambulatorio SS	1105	65,0	179	61,3
Consulta externa de un hospital	65	3,8	6	2,2
Urgencia de un ambulatorio	27	1,6	8	2,6
Consulta privada de un médico	232	13,7	38	13,2
Otros	40	2,3	17	5,8
No sabe/No contesta	129	7,6	2	0,5
TOTAL	1699	100,0	293	100,0

Fuentes: Encuestas Nacionales de Salud 1987 y 1993. (Elaboración EASP)

En el análisis de la utilización de la consulta médica también se incluyen variables de accesibilidad a este tipo de servicios. Estas variables son el tiempo que se ha empleado en llegar desde el domicilio hasta el lugar de la consulta (da idea de la accesibilidad geográfica) y el tiempo de espera en el lugar de la consulta desde que llegó hasta que fue atendido por el médico.

Parece haber mejorado la accesibilidad geográfica, medida en tiempo de desplazamiento desde el domicilio al lugar de consulta. El 33% de los encuestados en 1993 dijeron emplear cinco minutos o menos (frente al 21% en 1987) y el 77% menos de 15 minutos (frente al 62 % en 1987). La mejora en la accesibilidad geográfica de la población infantil a este tipo de servicios, tiene que ver probablemente con la extensión de la red reconvertida de atención primaria entre el período que media entre ambas encuestas, sobre todo en el ámbito rural. No obstante, en 1993 continúa existiendo un porcentaje pequeño que dice tardar más de 30 minutos (3,4%) o incluso más de una hora (3%). Estos resultados son similares a los de la ENS de 1987.

El tiempo de espera en el lugar de la consulta fue de 15 minutos o menos en el 28% de los casos de 1993, y de menos de 30 minutos en un 23% adicional. Sin embargo, en 1987 el 40% dijeron haber empleado 15 minutos o menos, y el 21,3% entre 16 y 30 minutos. Estos datos parecen indicar que se ha prolongado el tiempo de espera en consulta entre ambos años. Para la interpretación de esta información, hay que tener en cuenta la diferente época de realización de ambas ENS, con una mayor utilización de consulta médica en 1993. Esta mayor frecuentación podría haberse traducido en un aumento la presión asistencial con el alargamiento del tiempo de espera consiguiente.

- El 4% de los niños encuestados fueron hospitalizados durante el último año (ENS-87 y ENS-93).
- Menor duración de la estancia hospitalaria en la muestra andaluza que en el resto de España (ENS-93).
- Entre 1987 y 1993 aumenta la utilización de los Centros de Salud, en relación a otros servicios, para consulta médica y atención de urgencia.
- Disminuye el tiempo medio empleado para acudir a consulta médica entre 1987 y 1993.

4) Consumo de medicamentos durante la infancia

Según la ENS de 1987, el 26% de los niños de la muestra andaluza habían tomado algún tipo de medicamento en las dos semanas previas a la encuesta. En 1993 fueron el 39% de los niños andaluces encuestados, frecuencia similar al del resto de España (36%). Estos datos indican un elevado consumo de medicamentos por los niños, no totalmente explicado por el efecto de la estacionalidad diferente de ambas encuestas. El grupo de niños menores de cuatro años fue el que presentó una frecuencia más elevada de consumo, que en 1993 alcanza al 49% de los entrevistados en este grupo de edad.

Tabla 19. Distribución de la población infantil según haya tomado o no algún tipo de medicamento en las últimas dos semanas

	ANDALUCÍA 1987		ANDALUCÍA 1993		RESTO ESPAÑA 1993	
	N	%	N	%	N	%
SI	526	26,3	435	39,4	1509	36,4
NO	1466	73,2	645	58,5	2528	60,9
No contesta	10	0,5	22	2,0	111	2,7
TOTAL	2002	100,0	1102	100,0	4148	100,0

Fuente: Encuestas Nacionales de Salud 1987 y 1993. (Elaboración EASP)

Tanto en 1987 como en 1993, los medicamentos más frecuentemente consumidos fueron los anticatarrales (34% y 69% respectivamente). Es importante resaltar que un porcentaje superior al 70% de los medicamentos consumidos fueron recetados por un médico. Los medicamentos para el dolor constituyen una excepción (tanto en Andalucía como en el resto de España) y los reconstituyentes son la excepción en Andalucía. En estos dos casos, la frecuencia de automedicación alcanza el 50% de los casos.

(5) Utilización de servicios preventivos y de promoción de salud

En ambas ENS se han incluido algunas cuestiones sobre utilización de servicios odontológicos. Aunque estos servicios son fundamentalmente de tipo curativo en la población adulta, en el caso de los niños tienen un carácter esencialmente preventivo. En Andalucía ha aumentado la utilización de dentista, protésico o higienista dental por la población infantil, según los datos comparativos entre ambas encuestas. Mientras que en 1987 el 12% de los encuestados había utilizado estos servicios durante los tres meses previos a la encuesta,

este porcentaje aumentó al 14% en 1993. Sin embargo, para el total nacional, la frecuentación en 1993 fue mayor (17%) que la de la muestra andaluza. La utilización de servicios odontológicos es mayor en niñas que en niños y aumenta conforme aumenta la edad.

Vemos, pues, que la utilización de servicios odontológicos por los niños parece tener una tendencia ascendente en Andalucía. Sin embargo, aún nos situamos por debajo de la frecuentación en España. La extensión de la cobertura de este tipo de servicios por el sistema público, recientemente instaurada, es de suponer que mejore el acceso a los servicios de salud buco-dental por parte de la población infantil andaluza.

En el programa de atención a la salud infantil, además de la atención a la enfermedad, se realizan actividades de prevención y de promoción de la salud. Entre éstas destacan las actividades de control y vigilancia de la salud infantil, vacunaciones y prevención de metabolopatías, entre otras. Así mismo, como actividad del programa de salud escolar se incluyen revisiones periódicas dirigidas a la detección de anomalías específicas en población escolarizada.

Las coberturas del programa de metabolopatías son las más elevadas de todas las del Programa de Salud Materno-Infantil. Igualmente, las coberturas del programa de vacunaciones son muy altas (por encima del 85% en todos los indicadores, salvo en escolares), con incrementos importantes en los últimos años, sobre todo en triple vírica y vacunación completa⁹.

Las coberturas de captación y seguimiento del programa de atención a la salud infantil son menores en comparación con las de metabolopatías y vacunaciones. Sólo se dispone por el momento de indicadores de cobertura para niños menores de un año, aunque el programa sí contempla el seguimiento de los niños hasta la edad escolar. El 53% de los niños menores de un año realizaron al menos una visita del programa en los años 1992 y 1993, con diferencias interprovinciales importantes, con un rango entre 74% y 55%. En el caso de las coberturas de seguimiento, el 40% de los niños menores de un año realizaron tres o más visitas al programa en 1992, y este porcentaje aumentó al 46% en 1993. Las variaciones provinciales son también amplias, oscilando en el último año entre el 27% y el 68%.

⁹ La información detallada sobre las coberturas del programa de prevención de metabolopatías y el de vacunaciones se ofrece en los apartados específicamente dedicados a ellos

Tabla 20. Coberturas de captación y seguimiento del Programa de Atención a la Salud Infantil, niños de 0 a 1 año. Andalucía y provincias 1992 y 1993

Provincia	CAPTACIÓN 92	CAPTACIÓN 93	SEGUIMIENTO 92	SEGUIMIENTO 93
Almería	43,3	48,0	34,3	39,9
Cádiz	40,2	41,6	33,5	37,4
Córdoba	70,8	56,9	50,8	50,2
Granada	51,8	55,6	39,6	51,9
Huelva	32,5	34,9	34,7	27,2
Jaén	53,1	73,9	38,2	68,2
Málaga	68,0	54,6	40,1	44,4
Sevilla	58,9	59,7	47,3	49,0
ANDALUCÍA	53,6	53,9	40,3	46,4

Tomado de: Consejería de Salud. Informe de Salud 1993-94.

(Captación: Porcentaje de niños menores de 1 año que realizan 1 o más visitas del programa respecto al total de niños menores de 1 año)

Seguimiento: Porcentaje de niños menores de 1 año que realizan 3 o más visitas del programa respecto al total de niños menores de 1 año).

Si tenemos en cuenta que la oferta de servicios de seguimiento de salud infantil es una de las más limitadas de todo el PSMI en la red de atención primaria, y que está relacionada con el grado de reconversión de la red, no cabe duda de que éste es uno de los aspectos más claramente mejorables del programa. A esto se añade que las diferencias de oferta entre ZBS reconvertidas y no reconvertidas, incluso dentro del mismo distrito y con cercanía geográfica entre ambas, es percibida como desigualdad en la atención, tanto por las usuarias como por los profesionales.

Por otra parte, algunos datos sugieren cierto grado de hiperutilización de este tipo de servicios. En más del 80% de las ZBS que ofertan este servicio, se realizan más de los seis controles que se definen en el protocolo de atención a la salud infantil durante el primer año. Los niveles de frecuentación de la consulta médica que nos indican los datos de las ENS también hablan del peligro de la hiperutilización de los servicios sanitarios por determinados grupos de población infantil.

La población escolarizada en Andalucía es la población diana del programa de salud escolar. El porcentaje de escolares matriculados que fue examinado ha aumentado un 6% en los tres últimos años. Teniendo en cuenta que en el curso 85-86 este porcentaje fue del 72%, en el período 85-93 ha aumen-

tado un 21% la cobertura de los exámenes de salud escolar. Entre sus actividades se incluyen las revisiones periódicas de los escolares para la detección de determinadas anomalías.

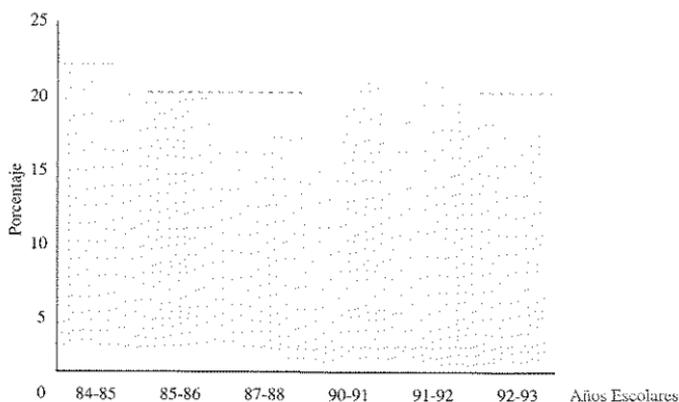


Fig. 31. Evolución del porcentaje de anomalías desconocidas detectadas en la edad escolar

Fuente: Consejería de Salud. Memorias del Programa de Salud Escolar y Memoria Estadística 1993. (Elaboración EASP)

En definitiva, la utilización de servicios de tipo preventivo y de promoción de salud por parte de la población infantil ha ido en aumento en Andalucía durante el último decenio. Los éxitos más importantes se sitúan en las elevadas coberturas alcanzadas por el programa de prevención de metabolopatías y las altas coberturas vacunales. Sin embargo, quedan todavía algunos logros por alcanzar en la utilización de otros servicios, como los de supervisión de la salud infantil y los servicios preventivos odontológicos. La extensión de la cobertura de este tipo de servicios está vinculada al avance de la reforma de la red de atención primaria en nuestra comunidad.

- El programa de metabolopatías y el de vacunaciones presentan las coberturas más elevadas del PSMI.
- Las coberturas de captación y seguimiento del programa de salud infantil son aún bajas, con amplias diferencias interprovinciales.
- Aumenta la frecuentación de servicios preventivos odontológicos por los niños, aunque permanece aún en cifras menores a las del resto del país.

e. Hábitos y estilos de vida de los niños y adolescentes andaluces

(1) Estilos de vida y PSMI

Las conductas englobadas dentro de lo que denominamos estilos de vida, constituyen un componente de la salud de las poblaciones que puede explicar hasta el 40% de la mortalidad por las principales causas de defunción en los países desarrollados. La promoción de salud resulta en este aspecto fundamental, más aún al tratarse de población infantil, adolescente y joven, sobre la que la educación tendría por objetivos tanto la adquisición de hábitos saludables para el futuro, como el aumento de concienciación hacia comportamientos más saludables.

Muchas de las actuaciones del programa de atención a la salud infantil están dirigidas a la promoción de hábitos y estilos de vida saludables en la infancia y adolescencia. Sin embargo, la información disponible sobre la evolución de las conductas saludables que permita evaluar el impacto en la salud de estas actuaciones resulta escasa, y se refiere sobre todo a niños en edad escolar¹⁰. Tanto las Encuestas Nacionales de Salud como algunos estudios específicos aportan datos referidos a niños más pequeños en aspectos puntuales.

(2) Alimentación y nutrición en la infancia y adolescencia

En los países industrializados se han identificado como prioridades durante la primera infancia, en relación con la alimentación y nutrición aspectos tales como la promoción de la lactancia materna, la nutrición de los recién nacidos de bajo peso, la adecuada introducción de la alimentación complementaria, la prevención de la intolerancia a determinados nutrientes, o la prevención de arterioesclerosis e hipercolesterolemia en población pediátrica.

En 1985 se realizó una encuesta de prevalencia de los problemas nutricionales en la población lactante y preescolar (de 6 meses a 5 años) de Andalucía. La prevalencia de desnutrición aguda grave se presentó globalmente en el 1% y la desnutrición moderada y grave conjuntamente en el 2%, lo que significa que entre 10.000 y 15.000 niños de estas edades estarían en situación de carencia nutricional en el momento de la encuesta. Esta prevalencia fue menor

¹⁰ La investigación sobre hábitos de salud de los escolares españoles se refiere a un estudio multicéntrico auspiciado por la OMS y coordinado en nuestro país por R.Mendoza. Dicho trabajo se ha realizado en dos etapas, 1986 y 1990, ambas con muestras representativas de los escolares de 6º y 8º de EGB, 2º de BUP y 2º de FP. En Andalucía se realizó en 1989, coordinada por la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud, una encuesta a una muestra de alumnos de EGB, BUP, FP y COU.

de la esperada según la población de referencia. No hubo relación con la edad y el sexo, pero sí con la residencia de los niños en medio urbano. La prevalencia de desnutrición aguda y grave simultáneamente se dio en un 0,42%. La anemia se presentó en el 16% de la muestra, con una agrupación significativamente mayor en los niños de 1 a 2 años, tanto en prevalencia como en severidad de la anemia y, al igual que la desnutrición, fue más frecuente en los grupos urbanos.

No disponemos de datos actuales sobre la extensión de estos problemas carenciales. A pesar de la mejor situación socioeconómica de la sociedad andaluza, es de presumir que anemia y desnutrición persistan, en determinados grupos de población con necesidades especiales de atención sociosanitaria.

La obesidad y el sobrepeso presentaron en el mencionado estudio una prevalencia mayor que los problemas de desnutrición, con cifras para el conjunto de la muestra de 5,6% y 8,4% respectivamente. Se encontró una frecuencia mayor entre los niños de 12 a 17 meses y no había diferencias entre los niños y las niñas. Estos valores fueron claramente superiores a los esperados en la población de referencia.

El aumento de los lípidos en sangre entre la población infantil ha sido motivo de numerosos trabajos y es conocido que el nivel medio de colesterol en sangre de los niños españoles ha llegado a superar el de muchos de los países del entorno. Hipercolesterolemia, sobrepeso y exceso de caries, entre otras, son, sin duda, consecuencias relacionadas con el cambio de los patrones de alimentación. Ejemplo de todo ello lo constituyen los datos del estudio sobre hábitos alimentarios de los escolares andaluces, en el que casi la mitad de los escolares entrevistados manifestaron consumir diariamente dulces y pasteles. El consumo de legumbres y verduras fue inferior a la media nacional: 19% consumían legumbres y 22% verduras diariamente. Sin embargo, más del 70% de los alumnos encuestados, tanto de EGB como de EE.MM., contestaron que consumían a diario frutas y productos lácteos.

Desafortunadamente, no se dispone de información reciente, a nivel de Andalucía, de los patrones de consumo alimentario por los niños y adolescentes, ni tampoco de los parámetros antropométricos de referencia para la población infantil andaluza¹¹, que nos indiquen la situación nutricional actual de esta población.

¹¹ El peso y la talla constituyen dos de los parámetros valorados de manera rutinaria en el programa de atención a la salud infantil. Sin embargo, la tablas de peso y talla que se utilizan habitualmente son las correspondientes a población infantil de otras zonas de España o incluso de otros países del entorno.

(3) Actividad física, descanso y uso de la televisión

Al igual que ocurre con la población general, la información sobre la práctica de deportes por los escolares andaluces y españoles muestra un descenso a medida que aumenta la edad. Las chicas españolas encuestadas en 1990 practican menos ejercicio físico que los chicos, y esta diferencia ha aumentado en relación al estudio de 1986. En el estudio realizado en escolares andaluces, las chicas muestran una menor tendencia a practicar deporte fuera del colegio, aunque se muestran más "entusiastas" que sus compañeros en los primeros niveles de la enseñanza (EGB). Los escolares andaluces de todos los niveles entrevistados, tienen una mayor presencia en equipos y clubes deportivos que sus compañeras.

Además del género, la variable situación socioeconómica parece influir en el hábito deportivo de los adolescentes andaluces, al igual que en el de los españoles; de manera que, a medida que aumenta el nivel económico, los adolescentes tienen mayor participación en equipos y clubes deportivos. Igualmente existe asociación con la "práctica deportiva familiar" que se da en las familias cuyos padres tienen mayor cualificación socioprofesional, las que viven en grandes ciudades y las que llevan a sus hijos a centros de enseñanza privados.

Los datos procedentes de la Encuesta Nacional de Salud de 1993 indican que en Andalucía hay un mayor porcentaje de personas menores de 16 años que practican una actividad física ocasional que en el resto de España (44% frente a 40%) y es menor el porcentaje de niños andaluces que no hacen ningún ejercicio físico (17% frente a 21%).

Tabla 21. Distribución de la muestra según el tipo de ejercicio físico que realiza el niño/a en su tiempo libre, 1993

TIPO DE EJERCICIO FÍSICO	ANDALUCÍA		RESTO DE ESPAÑA	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
No hace ejercicio físico	187	17,0	866	20,9
Hace alguna actividad física o deportiva ocasional	481	43,7	1667	40,2
Hace actividad física ocasional varias veces al mes	267	24,2	998	24,1
Hace entrenamiento deportivo o físico varias veces por semana	128	11,6	507	12,2
No contesta	38	3,5	110	2,7
TOTAL	1102	100	4148	100,0

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 1993. (Elaboración: EASP)

Las Encuestas Nacionales de Salud de 1987 y 1993 incluyen preguntas sobre otros hábitos, como el número de horas de sueño diario. Al referirse los datos a todos los niños y niñas encuestados entre 0 y 15 años, la información es poco específica, dada la variabilidad de necesidades al respecto en ese amplio grupo de edad. No obstante, la mayoría de los entrevistados dijeron que dormían entre 8 y 10 horas diarias y este porcentaje ha aumentado en 1993 con respecto a 1987. Hay que destacar que en ambas encuestas existe una proporción de niños (2 y 2,5%, respectivamente) que duermen menos de ocho horas diarias, nivel que podríamos considerar como mínimo en cualquiera de estas edades.

El estudio realizado sobre hábitos de los escolares andaluces contiene información relativa al horario de acostarse y levantarse de los estudiantes. Para una cuarta parte de los escolares de EGB, la hora de irse a la cama son las diez y media de la noche, aunque un 7% lo hace a las doce de la noche o más tarde. A medida que ascendemos de curso se retrasa la edad de irse a la cama y también la de levantarse. Estos datos son similares entre los escolares españoles. Es importante destacar que el 12% de los alumnos andaluces de EE.MM. entrevistados dicen sentirse cansados prácticamente todos los días que acuden a clase. Hasta un 60% de alumnos (EGB y EE.MM.) dicen experimentar a veces cansancio matinal.

Durante los últimos años se ha suscitado un importante debate social en relación al uso de la televisión por los niños y a los contenidos de los programas televisivos, considerando su posible repercusión sobre la formación y la propia salud de niños y adolescentes. En la actualidad, los medios de comunicación social, y especialmente la televisión, forman parte de nuestra vida cotidiana, y su influencia -positiva o negativa- sobre los niños está aún por dilucidar.

Las perspectivas de análisis son múltiples. Entre ellas señalamos el tiempo que dedican los niños a esta actividad en detrimento de otras -por ejemplo, la práctica del deporte-, los contenidos de la programación específica para los más pequeños y la introducción de mensajes comerciales y "no apropiados para los niños" en la franja horaria infantil.

Estas reflexiones resultan preocupantes si tenemos en cuenta el número de horas que los niños y niñas andaluces permanecen junto al televisor. La información proveniente del estudio sobre los escolares andaluces revela que el 41% de los estudiantes de EE.MM. y el 34% de los de EGB han manifestado ver la televisión alrededor de dos o tres horas al día. En la investigación llevada a

cabo entre los estudiantes españoles, cerca del 43% de los entrevistados dijeron ver la TV entre una y tres horas diarias y el 19% más de cuatro horas al día. Los escolares andaluces que viven en las ciudades ven más la televisión que los que habitan en zonas rurales.

Con estos datos podemos afirmar, con algunos de los autores que han tratado el tema, que la televisión "educa a nuestros hijos" ¹². Según los datos aportados a la Comisión de estudios de contenidos televisivos del Senado por la Asociación Española de Pediatría, un adolescente ve al año alrededor de 12.000 actos violentos en televisión, 14.000 referencias al sexo (no siempre en positivo), 2.000 anuncios de bebidas alcohólicas y un número similar de alusiones al consumo de tabaco.

Sin embargo, precisamente por su impacto sobre los niños, la televisión también puede constituirse en un medio excelente para mejorar la salud en la infancia y adolescencia. Saber ver la televisión y usar su potencialidad es uno de los retos al que se enfrentan los padres, madres y educadores en la época de la imagen que vivimos actualmente.

(4) Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas

El consumo de tabaco y de alcohol son hábitos extendidos entre los escolares andaluces y españoles, según las encuestas realizadas. En Andalucía, cerca de una cuarta parte de los escolares de EGB y la mitad de los de EEMM han fumado alguna vez, según las encuestas realizadas. Además, el 32% de los estudiantes de enseñanza media fuman a diario y casi un 10% de los de EGB. A pesar de la prevalencia del consumo de tabaco entre los jóvenes y adolescentes, parece que hay cierta tendencia reciente al descenso y ha disminuido significativamente el porcentaje de jóvenes que han experimentado alguna vez con el tabaco. Desde una perspectiva de intervención sanitaria, son especialmente relevantes dos hechos: que los fumadores habituales no consideran un problema importante el hecho de fumar y que el 55% de los fumadores diarios o esporádicos han intentado dejar de fumar alguna vez.

El alcohol es, sin duda, la droga que más escolares han probado en alguna ocasión. El 63% de los escolares andaluces de EGB y del 91% de los de EE.MM.

¹² El tema de la relación de los niños y la televisión ha sido tratado ampliamente en el libro "La generación TV", JC March (ed.), Granada: EASP, 1994.

han experimentado con el alcohol. Las tendencias observadas en el estudio sobre escolares españoles apuntan a una disminución del consumo de bebidas alcohólicas por parte del alumnado de once y trece años bien escolarizado, según la comparación de los datos de 1986 y 1990.

Con respecto al consumo de otras drogas ilegales por los adolescentes y jóvenes, sabemos que entre los menores de 19 años que han iniciado tratamiento por adicción, los consumidores de heroína representan el 8% del total y el 5% consumen cocaína. En general, entre 1987 y 1991 ha disminuido ligeramente el porcentaje de consumidores de heroína y otros opiáceos entre las personas admitidas a tratamiento por adicción, y ha aumentado el de los consumidores de cocaína. La edad media de inicio del consumo de alguna de estas drogas ha aumentado a lo largo del tiempo y se ha mantenido desde 1987 por encima de los 19 años.

En el último estudio realizado sobre escolares españoles, el cannabis destaca entre las drogas no legalizadas por ser la de más frecuente consumo. Entre los chicos y chicas andaluces entrevistados, el 11 % dicen haber consumido hachís alguna vez, el 2% han probado cocaína en alguna ocasión y el 0,9% ha probado la heroína.

El posible efecto de las intervenciones en el medio escolar se pone de manifiesto por las respuestas de la mitad de los escolares españoles estudiados, que dicen que reciben información sobre las drogas en los centros educativos.

f. La evolución de algunos de los problemas de salud más relevantes

(1) La evolución de las enfermedades infecciosas

El amplio grupo de las enfermedades infecciosas constituye uno de los que más claramente se relaciona con las condiciones generales de vida. Su mejora supone un indicador de desarrollo en las sociedades industrializadas, y especialmente las que afectan a la población infantil. Este patrón general se ha puesto en cuestión en las últimas décadas con la aparición del SIDA, que supone una nueva epidemia de características diferentes a las enfermedades infecciosas más "clásicas". La repercusión del SIDA en población infantil en nuestro medio supone uno de los problemas emergentes, aún no resuelto, que afecta a la infancia de manera diferenciada de los adultos.

Se puede acceder a la información sobre la incidencia de las enfermedades infecciosas más importantes mediante el sistema de vigilancia epidemiológica de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). No obstante, no todas las enfermedades son de declaración individualizada, por lo cual no disponemos de su distribución por edades en todos los casos. Entre las enfermedades no incluidas en el programa de vacunaciones, hemos elegido dos de las rúbricas que son más relevantes en la población infantil: tuberculosis e infección meningocócica.

El 13,7% de los casos declarados de tuberculosis afectaron a población menor de 15 años en Andalucía en el año 1993. En total, el número de casos en este grupo de edad fué de 146. El grupo de 25 a 34 años fué el que presentó un mayor porcentaje de casos (28%). En menores de 5 años se declararon el 5,6% de los casos y entre 5 y 14 años el 8%.

En cuanto a la infección meningocócica, su evolución es descendente desde principios de los ochenta en nuestro país, tras un pico en los años 1978 y 1979. Las tasas de Andalucía han ido paralelas a las de España desde 1975, pero superiores a éstas. Desde 1985, las tasas andaluzas son ligeramente inferiores a las de España, aunque prácticamente superponibles.

La meningitis bacteriana es una de las enfermedades infecciosas que afecta especialmente a la infancia y cuya gravedad la hace aún más relevante. En un estudio realizado recientemente en España sobre población infantil¹³, se evidencia que el 36% de los casos se produjeron en menores de dos años, mientras que el grupo de los mayores de 5 años acumuló el 37% de los casos diagnosticados. También en los menores de un año la incidencia fue importante, con un 23% de todos los casos.

El germen más frecuentemente implicado en niños menores de cinco años fue el meningococo tipo B, seguido del *Haemophilus Influenzae* y de otros meningococos. En los niños de 5 a 15 años, los diversos tipos de meningococos fueron los gérmenes aislados en el 75% de los casos.

La prevención de enfermedades que son susceptibles de vacunación es uno de los aspectos clave de los programas de salud materno-infantiles a nivel mundial. Las enfermedades incluidas en el calendario vacunal sistemático son prácticamente las mismas en todos los países, y comparten como característi-

¹³ El estudio, publicado en 1994, se ha realizado sobre 2617 casos diagnosticados de meningitis bacteriana en 82 hospitales españoles desde 1988 a 1992. En Andalucía, la cobertura del estudio fue de del 29% sobre el total de hospitales y del 48% sobre el total de camas pediátricas.

Sin embargo, se trata de un fenómeno difícilmente cuantificable. Uno de los retos actuales es precisamente el sacar a la luz la verdadera magnitud del maltrato como una forma de iniciar sus soluciones. Algunos estudios estiman que en España habría 40.000 casos de lesiones graves en niños, y que estas cifras son sólo una décima parte de los casos. Esta punta de iceberg ocultaría, por tanto, cerca de medio millón de casos de niños maltratados anualmente en nuestro país.

Una aproximación a la magnitud del problema y su evolución en esta última década nos la ofrecen las tasas de mortalidad clasificadas en el grupo de "homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otras personas", por grupos de edad. Las tasas son bajas, tanto en Andalucía como en España, para todos los años consultados. Sin embargo, en el grupo menor de un año, las tasas en Andalucía superan a las españolas en varios años del período 84-90, mientras que en el grupo de 1 a 4 años, las tasas andaluzas han permanecido en cero durante varios de estos años.

(2) Tumores en edad infantil

Los tumores constituyen la segunda causa de muerte en adultos en España y son responsables de más del 20% de la mortalidad total. En niños suponen también la segunda causa de mortalidad en mayores de un año y hasta los catorce. Como ya se ha comentado, las tasas de mortalidad se han mantenido bastante estables a lo largo del período 84-93 en Andalucía para los distintos grupos de edad.

Según datos procedentes de los registros existentes, en España la incidencia anual de tumores se sitúa entre 135 y 145 por millón de niños hasta los catorce años. Esta incidencia no es muy diferente de la notificada en otros países del entorno. Los datos procedentes del Registro de Cáncer de Granada, ofrecen datos de la incidencia de los distintos tipos de tumores durante la edad infantil. En el grupo de 0 a 14 años, los tumores más frecuentes son los linfomas, tumores del sistema nervioso central (SNC) y las leucemias en los niños. En las niñas el primer lugar lo ocupan las leucemias, seguidas de tumores del SNC, y los tumores de huesos y articulaciones.

El grupo de menores de un año presenta las tasas de incidencia media anual más elevadas durante el período 1985-1990 y más en niños (22,8) que en niñas (20,9). En este grupo de edad, los tumores más frecuentes son los de timo, corazón y mediastino, tejidos blandos y retinoblastoma en niños, y los

de glándulas endocrinas en las niñas. Entre 1 y 4 años, las tasas en niños doblan a las de las niñas, y son también superiores, aunque más bajas, en el grupo de 5 a 9 años. No ocurre así en las edades de 10 a 14 años, en que las tasas en niñas superan a las masculinas.

Tabla 23. Incidencia media anual de tumores en los menores de 20 años. Granada 1985-1990. (Tasas por 100.000 habitantes de cada grupo de edad)

GRUPOS DE EDAD	<1 año	1-4 años	5-9 años	10-14 años	15-19 años	Tasa Bruta
HOMBRES	22,8	17,1	8,4	8,4	13,0	45,2
MUJERES	20,9	7,3	7,7	11,3	10,7	91,6

Fuente: Registro de Cáncer de Granada, EASP.

Tasa Bruta: Número total de casos incidentes de todas las edades x 100.000/Población total.

Para los cánceres infantiles, la supervivencia es superior a la de la población adulta. Según los datos del Registro Nacional de Tumores Infantiles, la supervivencia global a los 9 años es del 60%, y parece que va en aumento en los últimos años. Estos datos significan que preservar la calidad de vida, y no exclusivamente evitar la muerte, es y debe ser una preocupación fundamental de los servicios que atienden al enfermo oncológico infantil.

(3) Discapacidad y minusvalía

El caso de los tumores es un ejemplo de la importancia que están cobrando las patologías crónicas en la edad infantil. Y no tanto por el aumento absoluto de su incidencia, sino por la disminución de otras patologías, antes frecuentes (caso de las infecciones, como paradigma). Estas patologías están planteando nuevos retos a los servicios de salud, y a la sociedad en su conjunto, para enfrentar nuevas necesidades de apoyo y atención, tanto al propio niño o niña, como a su entorno familiar.

Un reto similar lo plantean las discapacidades y minusvalías. Según los datos de la Encuesta Nacional de Discapacidades y Minusvalías, la prevalencia de discapacidad en Andalucía fue menor que la media de España en niños menores de 6 años, sin embargo, las tasas son superiores en los menores de 3 años. En total, por cada mil niños menores de seis años, había 16 discapacitados en Andalucía, frente a 18 en el resto de España.

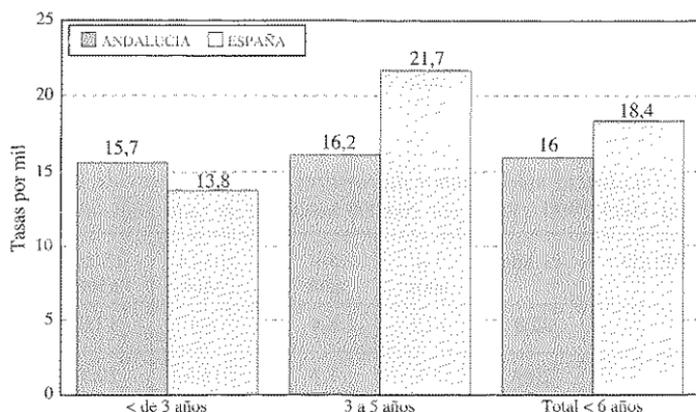


Fig. 36. Personas menores de 6 años con alguna discapacidad según la encuesta de discapacidades, deficiencias y minusvalías. Andalucía y España. 1986

Fuente: Boletín Epidemiológico de Andalucía, Vol. 6, nº 9 Junio 1991. (Elaboración EASP)

Las limitaciones más frecuentes en niños de todos los grupos de edad son las relacionadas con la conducta, en contraste con la población general, en la que predominan las sensoriales y las relacionadas con actividades de la vida cotidiana. En los menores de 3 años, son también frecuentes los problemas para la deambulación y de visión, mientras que en los grupos de edad más mayores son relevantes las limitaciones para el cuidado personal y de la audición.

Tabla 24. Personas con discapacidad permanente y personas con diversos tipos de limitación de 0 a 14 años. España 1986

TIPO DE LIMITACIÓN	TOTAL	< 3 años	3-5 años	6-14 años
Alguna discapacidad	14.979	1.383	2.178	2.898
Oír	2.378	53	209	384
Ver	2.132	95	159	262
Cuidado personal	1.149	9	334	315
Andar	2.237	160	276	206
Actividades cotidianas	2.329	50	204	263
Conducta	1.784	174	371	781

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Indicadores de Salud. Segunda evaluación en España del programa regional Salud para Todos, 1993. (Elaboración EASP)

El concepto de minusvalía está relacionado con la percepción de la propia persona de sus posibilidades de autonomía personal para desarrollar su vida normalmente. Está también muy ligado a las posibilidades que la sociedad ofrece a las personas con algún tipo de discapacidad para poder mantener un nivel sufi-

ciente de autonomía. Se estima que el 6% de la población española padece algún tipo de minusvalía, de ellos, más de la mitad son mayores de 65 años.

El perfil epidemiológico de morbilidad infantil en la actualidad, con predominio de las patologías crónicas y discapacitantes, plantea la necesidad de ofrecer respuesta a los niños que presentan algún tipo de deficiencia, con el objetivo de minimizar su grado de minusvalía. Igualmente, un enfoque centrado en la atención a las diferencias, con servicios adaptados a distintas necesidades puede ayudar a incorporar a la vida social "normal" a los niños con este tipo de problemas.

(4) La salud mental en la infancia

La salud mental infantil, está cobrando una importancia creciente en épocas recientes. Es una constante en los países desarrollados la preocupación por el bienestar psicológico de los niños, hecho relacionado con los cambios en el perfil epidemiológico de morbilidad infantil. Están perdiendo importancia las enfermedades agudas y que amenazan la vida y la están cobrando los problemas crónicos, en los que la calidad de vida está muy en relación con factores psicológicos y de apoyo.

Por otra parte, la extensión del concepto de salud al de bienestar psicológico, toma su mayor relevancia durante la edad infantil, período de la vida en el que la prevención y promoción de la salud en este ámbito van a condicionar en gran medida la salud mental de los futuros adultos.

En Andalucía es relativamente reciente la introducción de la atención a la salud mental infantil en los servicios sanitarios públicos. La situación se caracteriza hoy por la dispersión de recursos y servicios especializados entre las distintas administraciones (sanitaria, educativa, servicios sociales). Los servicios sanitarios disponen de dispositivos específicos de salud mental, algunos de ellos dedicados a la atención de la salud mental infantil (USMI).

Aunque no disponemos de datos poblacionales de prevalencia de la problemática de salud mental en niños, datos procedentes de un estudio realizado sobre la morbilidad atendida en la USMI de Granada¹⁵, indican una mayor frecuencia de demanda en el grupo de 10 a 12 años, seguido del de 7 a 9 años. La frecuencia global fue mayor en varones que en mujeres.

¹⁵ El estudio al que nos referimos es de Argente del Castillo, A., "Características sociodemográficas, asistenciales y nosológicas de la población asistida en la USMI de Granada", EASP, 1993.

Respecto al tipo de patologías atendidas, los trastornos emocionales y del comportamiento ocuparon el primer lugar (35%), seguidos de los trastornos neuróticos (19%) y los retardos del desarrollo (14%). Los trastornos psicóticos fueron mucho menos frecuentes (3%). En otros estudios, los motivos de consulta más frecuentes son relacionados con trastornos del aprendizaje y dificultades escolares.

En definitiva, la preocupación por el bienestar psicológico y la salud mental de los niños y las niñas, es una de las necesidades emergentes en nuestro medio y en los países de nuestro entorno. La escasa información disponible indica la conveniencia de profundizar en el conocimiento de cuáles son los problemas de este importante área de la salud infantil.

(5) Otros niños con necesidades especiales

Hoy el riesgo social ofrece unas características diferentes a las que ofrecía hace unos años. Los grupos de riesgo no están ya tan diferenciados, ni sus características son tan definidas. Por otra parte, su localización mediante la elaboración de mapas de riesgo plantea más problemas de dispersión que en épocas anteriores. Esto no significa que hayan desaparecido estos grupos de riesgo ni que sus necesidades estén adecuadamente atendidas por los servicios.

Un ejemplo paradigmático lo constituyen los niños afectados por el SIDA. El porcentaje acumulado de casos de SIDA en Andalucía desde 1981 a 1993 en edad pediátrica era de 3,7% (96 casos), ligeramente superior al porcentaje en el total de España (2,4%).

Tabla 25. Distribución de casos de sida por grupos de edad desde 1981 a 1992 (a 1-4-92)

Edad	Casos	Porcentaje	Porc.acumulado
0-4	19	1,4	1,4
5-9	5	0,4	1,8
10-14	8	0,6	2,4
15-19	24	1,8	4,2
20-24	208	15,5	19,7
25-29	462	34,5	54,1
30-39	468	34,9	89,0
40-49	88	6,6	95,6
50-59	40	3	98,6
60 y más	19	1,4	100,0
TOTAL	1.341	100,0	

Fuente: Boletín Epidemiológico de Andalucía, vol. 6, nº 12 (Elaboración EASP)

En Andalucía existían en el año 1993 un total de 319 menores con necesidades especiales en acogimiento familiar o adopción. De ellos, 59 eran portadores de VIH. Otras condiciones consideradas como de especial necesidad son los niños que padecían algún tipo de deficiencia o enfermedad orgánica (11 en este régimen), y los de otra raza o etnia (35).

Cabe aquí citar el problema relativamente reciente que supone la inmigración a nuestra Comunidad. Según datos del censo de 1991 existían un total de 7.640 niños menores de 15 años entre la población extranjera residente en Andalucía. De ellos, el mayor contingente procedía de otros países de Europa (60%), el 14% procedía de América del Sur y el 9% del continente africano. Es de suponer que las cifras sean mayores hoy día, si tenemos en cuenta que el fenómeno de la inmigración ilegal ha crecido desde ese año hasta la actualidad y que no es previsible que la población ilegal esté incluida en los datos del censo.

Las formas de vida familiares se están transformando en los últimos años. Uno de los fenómenos más notorios es el aumento de las familias monoparentales, constituidas en su mayoría por madres solas con sus hijos. Aunque nuestro país no llega a alcanzar aún las cifras de otros de Europa, en 1989 el 6% de los hogares españoles eran monoparentales, y los constituidos por la madre sola y sus hijos ascendían al 5% del total de hogares. La monoparentalidad afecta de forma especialmente negativa a los segmentos de la población femenina más desfavorecidos, y se acompaña frecuentemente en estos grupos de un progresivo empobrecimiento de la familia monoparental.

Tabla 26. Incidencia de familias monoparentales en países europeos, 1989.

Porcentaje de hogares respecto del total

PAISES	Madre sola	Padre o madre solos
BÉLGICA	8	10
DINAMARCA	28	31
ALEMANIA	10	12
GRECIA	4	5
ESPAÑA	5	6
FRANCIA	10	11
IRLANDA	8	9
ITALIA	5	7
LUXEMBURGO	8	--
PAISES BAJOS	9	12
PORTUGAL	8	10
REINO UNIDO	14	15
COMUNIDAD EUROPEA	9	11

Fuente: Informe Foessa 1994

Estos niños y niñas, entre otros colectivos, constituyen hoy día grupos de riesgo social que presentan nuevas y diferentes necesidades de atención a su salud.

2. OPINION DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD INFANTIL

La opinión sobre la atención a la salud infantil que se expresa por las mujeres consultadas, hace especial referencia a la confianza en el subprograma de Niño Sano (PNS) que puede considerarse una fortaleza del programa de Salud Materno Infantil. Al ser este un programa cuyo acceso se restringe a los Centro de Salud (CS), la opinión recogida en los grupos de este segmento, se refieren tanto cuestiones sobre el programa en sí, como a otras más ligadas a la dinámica e imagen que transmiten estos centros.

"Que ha habido un cambio del sistema de salud. Y han sido dos años que tiene mi hijo y el otro tiene cuatro meses. O sea, que mucha diferencia no hay, ni mucho tiempo. Yo creo que son los que están abriendo últimamente, esos están muy bien organizados. Eso quiere decir que el paso de ambulatorio a centro de salud, conforme el centro de salud va marchando van abriendo los planes de planificación familiar, de niños sanos...". (G.D.12)

"Y no sé, de que se preocupen tanto porque los niños estén vacunados. Que vengan a la casa a preguntarte si la niña ha recibido todas las vacunas. No sé, esa preocupación que hay ahora. Que si el historial que se lleva". (G.D.12)

De esta forma, parece ser que en ocasiones este programa ha servido para que las usuarias tengan un primer contacto con lo que denominan "nueva seguridad social" y que no sólo lleguen a superar las expectativas previas respecto a la atención a la salud que reciben sus hijos, sino que en general, perciban un ambiente que no es extensible a la "consulta tradicional" (de ambulatorio), ni al hospital.

"Sí. Realmente los que hablan mal es porque todavía no han usado, digamos, la nueva Seguridad Social".

"No, que yo lo más positivo que veo del centro de salud es que la mayoría son gente joven. Y entonces, como para todo, todo cambia y entonces ahora se ve... También la Seguridad Social, o la andaluza está mejor y la gente tiene nuevas formas de llevar a los enfermos". (G.D.12)

"Que no sabíamos nosotros que era eso de "niños sanos". El programa está muy bien. El control está muy bien. Si la atención al niño es exagerada de buena".

"La vigilancia que hay ahora mismo con los niños, no lo había antes. Porque yo tengo una niña de 6 años y no había nada y ahora cada x tiempo tiene que tener el niño una revisión. Y un montón de revisiones, y de vacunas, y lo que se preocupa el pediatra...". (G.D.11)

El clima que se respira en los CS es de confianza, con un trato agradable, personalizado ("me llaman por mi nombre") y cálido. La sensación que se respira es que "te conocen", como de "andar por casa".

"Yo aquí he recibido un trato que yo decía: "me encuentro siempre con la misma persona. Es super agradable...". (G.D.12)

No obstante, se dan algunas circunstancias en la atención a la salud que reciben los niños y sus padres durante la consulta, que genera cierta desconfianza y enturbia la opinión favorable que obtiene el programa. Así, el contacto entre usuarios y profesionales tiene varios efectos a revisar, y que forman parte de los cambios que están sucediendo en los servicios sanitarios (paso de la RNR a la RR), por ejemplo la desconfianza que produce que alguna de las visitas del programa las realice una enfermera o un médico general y no el pediatra, o la incomprensión hacia la desigualdad de acceso al PNS según zona de pertenencia: red reconvertida o no red no reconvertida.

"Que no estoy de acuerdo y es que haya algunas revisiones que las hacen las enfermeras. Entonces a mí me gustaría que todas las revisiones las hiciera el pediatra, vamos, su pediatra". (G.D.12)

"Tú sabes que vas a un pediatra y que sabe de la cosa que no va a ser un médico de medicina general que no va a saber tan bien de la cosa. Mayor seguridad el que los niños/as siempre estén atendidos por un pediatra, incluso en caso de urgencias". (G.D.11)

Cuando el PNS llega a las zonas rurales, la opinión de sus usuarios es muy positiva, sobre todo porque evita desplazamientos innecesarios. La accesibilidad y cercanía del programa se fortalecen por la seguridad de las revisiones periódicas que proporciona.

"Y estoy muy contenta porque esté aquí el pediatra, porque antes nos teníamos que desplazar fuera y siempre nos... Y lo veo muy bien no tenerte que desplazar, y además, más tranquila, más de que llevas revisiones periódicas, de que la puedes traer cuando te haga falta". (G.D.11)

Las madres que acuden a este tipo de consulta (PNS) perciben el interés y el tiempo que les dedica el pediatra.

"Y la verdad es que yo he tenido consultas con la pediatra que han podido durar una hora... asombrada de ver el tiempo que dedicaba a una persona que acudía a la Seguridad Social...". (G.D.12)

Si además esta atención se asocia al carácter complementario que proporciona las pruebas que realizan, esto hace aumentar aún más la sensación de seguridad.

"Mira le va a producir somnolencia", si no me lo dice y la niña le entra sueño pues, yo me asusto. Me lo explicaron antes". (G.D.11)

La competencia técnica y el nivel de formación de los profesionales, valoradas como puntos fuertes del programa, y que el pediatra explique las cosas, dé información sobre los síntomas (por ejemplo los efectos secundarios de las vacunas), facilita a las madres la capacidad para que al disponer de información de carácter complementario eviten tener que ir al pediatra ante cualquier duda o pequeño problema que pueda surgir. Esta habilidad es reconocida como algo obtenido de esta nueva visión de la atención al niño.

"El pediatra te da mucho..., te explica bien y te va enseñando, porque hay cosas que a lo mejor tú no tienes por qué traer la niña a consulta si tiene por ejemplo, una diarrea". (G.D.11)

Así pues, esta valoración positiva hacia el PNS de los CS, provoca demandas en relación a que estas apreciaciones de atención, explicación, dedicación, trato, etc. puedan generalizarse al resto de los servicios sanitarios.

"El trato (en el hospital) es más frío que el de aquí. Que aquí como Centro de Salud, será eso, esto es más chico, nos conocemos generalmente todo el mundo. Allí no nos conoce nadie, pero aquí nos conocen". (G.D.11)

Esta opinión favorable puede ser la razón por la que se reclamen servicios a dispensar en el CS, aunque de hecho se realicen en otros ámbitos como el hospitalario. Por ejemplo, los usuarios demandan un pediatra de urgencias en el CS, porque el tiempo de espera y la atención que reciben en el hospital dista mucho de las ventajas que ven en el CS.

"Y también que hubiera un pediatra de guardia igual que hay un médico general, también que se quedara siempre un pediatra para cualquier problema que te ocurra de un niño a media noche, o de fiebre, o que se haya tragado algo, o cualquier cosa, creo que sabrá mejor un pediatra que uno de medicina general normal". (G.D.11)

Mientras la percepción general de la atención recibida en el CS es la satisfacción, las dificultades son fuente de decepción en el acceso al segundo y tercer nivel de atención. Las razones aludidas se asientan sobre todo en la cantidad de trámites, y en los servicios de urgencias, en los que durante la espera hay miedo a posibles contagios.

"Porque todos vamos a urgencias y cada uno lleva a su niño con un problema, el caso es que ninguna sabemos si lo que tiene el otro se pega. Y nos tienen a todos mezclados, respirando el mismo aire en una habitación que tiene muy poca ventilación". (G.D.12)

"El fallo que tiene es que sólo porque hay cualquier problema, que le encuentren algo al niño, el trámite de mandarlo (al hospital) sigue estando malamente, porque tarda muchos meses".

"Mucho tiempo, si la cosa va para "el hospital x" tarda..., demasiado tiempo tarda". (G.D.11)

"Por que estamos diciendo todos que es que estamos tan bien acostumbrados al trato que recibimos aquí, a la hora de consulta que tú tienes, a la media hora que he tenido yo sin que la niña tenga absolutamente nada. Que llegas al hospital y allí es tan distinto que nos choca aún más a nosotros que tenemos este centro". (G.D.12)

En la zona no reconvertida la opinión es contraria a la que se expresa respecto a los CS, en los ambulatorios las usuarias tienen la sensación de que el pediatra es menos accesible, además de no dedicarte mucho tiempo, ni dar explicaciones y/o consejos.

"A nosotros no es que nos vaya malamente con los pediatras. Pero que lo vemos un poco de..., que nos gustaría ver más atención cuando uno viene con el crío". (G.D.14)

"Lo que nos gustaría es que nos explicaran mejor las cosas, más tiempo para nosotros. Llegamos a la consulta y yo que sé, todo muy rápido y fuera porque hay más gente". (G.D.14)

"... Tú tienes un hijo, que estuviera como más controlado, que tú pudieras decir: «tal día estoy citada para ir al médico, no porque el niño esté malo, sino porque hay que hacerle una revisión de esto...» pero que de una vez a otra, ya tuvieras tu cita para poder venir. Una revisión". (G.D.14)

También, algunas mujeres opinan sobre algunos aspectos a revisar de fácil solución, como por ejemplo la elección del momento más oportuno para dar consejo sobre tratamientos o cuidados, no siendo el más adecuado mientras la madre está vistiendo al niño.

"Por ejemplo, yo hoy he estado con mi niño y mientras me ha estado diciendo lo de la comida pues, yo he estado vistiendo al niño, y entonces pues no me entero de nada". (G.D.11)

Las usuarias perciben también como crítica el que durante los períodos vacacionales los programas se paralicen, por esta razón demandan sustituciones o algún tipo de continuidad en la atención de sus hijos (historial clínico, visitas...).

"Algunas veces vienes y el pediatra está a lo mejor de vacaciones y te mandan a uno que no es pediatra". (G.D.11)

"Si después un médico se va de vacaciones a lo mejor y a lo mejor no te mira a los niños, "Ay, es que no me han traído el historial". ¿Qué motivo tiene ese historial?". (G.D.12)

Merece un análisis especial la información obtenida por el grupo de padres con hijos con alguna patología crónica. Éstos proporcionan una visión que difiere en algunos aspectos de la del resto de los grupos, esto puede deberse al contacto en circunstancias un tanto especiales y de forma más asidua que mantienen con los servicios.

En general surgen opiniones positivas respecto al trato que reciben, tanto ellos como sus hijos. Parece existir, en determinadas cuestiones, cierta adecuación de los servicios a las personas.

"Nosotros hemos tenido todo lo que hemos necesitado de..., horario especial de acceso al hospital..."

"Que se han portado estupendamente... empezando por los médicos, profesionales al máximo y las enfermeras, las A.T.S. lo mismo, las auxiliares a mí, estupendamente, incluso los de la cocina, que mi hija se negó a comer y era lo que quería". (G.D.14)

Así, perciben cómo la información que reciben en el hospital se centra mucho más en el sistema normativo interno del hospital, que en una transmisión acerca de la cartera de servicios de las que pueden disponer.

"Las normas es lo único que te dicen... pero los servicios que te pueden dar no te los dicen".

"Yo me enteré que había una terraza y un colegio, porque cuando ya el niño se puso mejor que le quitaron el suero y todo, entonces vino una enfermera una mañana: «Nieves ven, ¿tú no sabes que aquí hay un cole?»". (G.D.14)

En este sentido, aunque ratifican la competencia, preparación del profesional y buen trato recibido, demandan algún tipo de asistencia psicológica o de apoyo emocional tanto para ellos como para sus hijos.

"A mí me dijeron: «Vamos a hacer todo lo posible y lo imposible». Porque sabían lo que tenían. Conocimiento y habilidades personal".

"Y además que se desvive por ellos, porque no solamente por eso, si él está en su casa, sabemos que llama hasta por teléfono, y si no lo hemos visto que ha ido expresamente a interesarse, a ver cuando han estado más malos". (G.D.14)

Otro aspecto del que se hacen eco al entrar en el hospital es de la no coordinación entre niveles asistenciales.

"Llegué al cirujano y se negó a verlo porque antes no lo había visto el pediatra que estaba aquí en las consultas externas. Y con el volante de urgencia me dieron para 3 días después".

"¿Qué hago? ¿Voy allí? ¿Voy al médico de cabecera? ¿Estará el Dr. Jiménez que es el que a mí me atiende? ¿Mira que si voy y está otro y no me atiende? No es que no te atienda bien, si no que claro como lo lleva personalmente...". (G.D.14)

La presión y malestar que provoca una enfermedad crónica, se agudiza aún más cuando atañe a un niño. Tanto éstos, como sus padres, se ven repentinamente sumidos en un estado de pesimismo y depresión que envuelve a factores muy diversos de su vida cotidiana. La ayuda que demandan, aparte de los aspectos referidos a la atención y al trato, se plasma en la posibilidad de un psicólogo que sirva de apoyo emocional tanto a ellos mismos, como a sus hijos.

"Aparte de que todos los padres sufrimos una depresión, porque es algo que no aceptas, porque llega un momento que a los padres, los niños, ya no son capaces de decirle eso que realmente siente el niño. Yo pienso que le haría falta eso, una persona ajena que fuera capaz de oír, o de sacar también un poquito de eso que él tiene dentro...". (G.D.14)

En el caso de los propios niños, tanto los que han contactado de forma más esporádica, como los que han tenido una estancia mas prolongada, manifiestan estar contentos con su paso por el hospital. Allí se han sentido seguros y se han divertido con las distintas actividades propuestas.

"Pues yo siempre me iba con los médicos y las médicas por ahí, por todas las plantas a ayudarlos".

"Si me querían mucho". (G.D.15)

No obstante, el hospital, según el conjunto de los usuarios, puede mejorar mucho. El ambiente, el espacio... pueden revisarse y adoptar cambios de fácil resolución pero con importantes repercusiones en la estancia de padres e hijos. En algunos casos la falta simplemente de espacios de esparcimiento, para ellos o sus hijos, provoca una sensación de encierro en el hospital.

"O sea que, es que te encuentras tan acristalado, parece una cárcel". (G.D.14)

"Que hemos tenido una estancia muy larga, muy penosa y que todo el mundo que había allí se reducía a cuatro paredes, y que no podías ir a otro sitio... esos niños necesitan tener un espacio abierto, donde tener al menos un ratico de sol en los momentos en que su médico estime que puede hacerlo". (G.D.14)

De igual forma hay algunas instalaciones del hospital que no se adecuan ni a las necesidades de los niños, ni a la de sus padres. Las camas son demasiado altas, los pijamas pequeños, las sábanas ásperas... además de hacer la estancia realmente incómoda para los acompañantes que deseen estar con los niños.

"Y si se tira dos meses o si se tira un mes allí, sentado en el sillón, sin menearse. Porque no es lo mismo que venga un niño con un problema de cuatro, cinco o seis días...". (G.D.14)

"¿Y la cama es cómoda? Una almohada muy alta. Te hincas los muelles. Las almohadas son así de altas y así de finas, eso es una queja, una sugerencia. Y que la cama que es muy alta...". (G.D. 15)

3. PERSPECTIVA DE LOS NIÑOS EN UNA ENCUESTA INFANTIL

a. El mundo del niño

Los niños y las niñas suelen ser los grandes olvidados en los estudios de opinión de usuarios, a pesar de que cada vez se hace más hincapié en la inclusión del usuario en los servicios que proporcionan asistencia sanitaria. Y la verdad es que conocer sus preferencias, cuáles son sus deseos y expectativas, qué es lo que les gusta y lo que les disgusta puede ayudar a mejorar la calidad de los servicios dirigidos a ellos.

Incorporar la perspectiva de los niños, y reflexionar sobre las debilidades y fortalezas de los Servicios Materno-infantiles que ellos valoran, pueden ser elementos esenciales para acercar el mundo del niño al de los servicios de salud.

Un lugar donde los niños y niñas acuden cuando pierden la salud son los hospitales. De ellos se habla en la actualidad en la línea de que se integren en

su entorno, de que respondan a las necesidades de pacientes, familiares y profesionales, de que se coordinen con atención primaria, de que mejoren la comunicación con los ciudadanos, de que garanticen la calidad, de que mejoren la eficiencia implicando a los profesionales en la gestión, y de que se organicen de tal forma que se faciliten dichos cambios.

Para ello, ahondar en la opinión de los niños y niñas que acuden al hospital puede ser clave para aumentar la fiabilidad de los servicios infantiles de los hospitales andaluces. Un instrumento que puede ser útil para acceder a la visión de los niños y niñas es el "Kid's hospital". El "Kid's hospital" se basa en el cuestionario "kid's place", que fue diseñado en Estados Unidos, y utilizado en ciudades como Seattle, y posteriormente, en Liverpool, Barcelona, Alicante, Valencia, Huelva y Murcia, entre otras. Esta encuesta, adaptada a las características específicas de los escolares, permite conocer algunos aspectos positivos y negativos que los niños y niñas perciben de su ciudad.

El "Kid's hospital", al igual que el "kid's place", es una encuesta pensada para que de forma lúdica, la población infantil pueda participar, y con ello, hacerse una idea sobre la imagen que tienen los niños y niñas del Hospital en el que están ingresados. Consiste básicamente en la asociación de ideas que ellos establecen entre aspectos del hospital y un listado de adjetivos. Ello facilita poder adentrarnos en las fortalezas y debilidades del hospital.

b. El cuestionario

En concreto, el cuestionario, planteado de forma abierta, está compuesto por 24 adjetivos y una pregunta abierta. Once de ellos son positivos (simpático, huele bien, limpio, caliente, seguro, me gusta, tranquilo, alegre, bonito, divertido o lo mejor del hospital), y trece negativos (sucio, feo, solitario, antipático, huele mal, aburrido, frío, ruidoso, da miedo, triste, duele, peligroso y lo peor del hospital). Los niños y niñas deben contestar con alguna palabra sugerida por los adjetivos y relacionada con el hospital. Junto a los 24 ítems, el cuestionario cuenta con una pregunta abierta ("si yo fuera el director del hospital a mi me gustaría que el hospital fuera..."). Por último, en el mismo proceso se le pide a los niños y niñas que dibujen el hospital.

Las limitaciones más importantes del cuestionario se centran en dos aspectos:

- (1) La edad de los niños, ya que estos deben saber leer y escribir, y además comprender el significado de los adjetivos utilizados

(2) Los problemas de salud que les impida a los niños participar.

Se ha realizado una prueba del cuestionario "Kid's hospital" en la que han participado 48 niños de entre 8 y 14 años, que estuvieron ingresados en el Hospital Materno-Infantil del Complejo Hospitalario Reina Sofía de Córdoba, durante la última semana del mes de enero, y los primeros 15 días de febrero de 1995. 14 niños no pudieron rellenar el cuestionario por alguno de los motivos indicados como limitaciones del estudio.

La aceptación del cuestionario por parte de los niños fue muy positiva. Incluso algún niño asoció esta encuesta al adjetivo divertido.

Sucio	Limpio
Bonito	Feo
Divertido	Aburrido
Duele	Me gusta
Peligroso	Seguro
Da miedo	Solitario
Simpático	Antipático
Huele bien	Huele mal
Triste	Alegre
Ruidoso	Tranquilo
Frío	Caliente

¿QUÉ ES LO MEJOR DEL HOSPITAL?

¿QUÉ ES LO PEOR DEL HOSPITAL?

SI YO FUERA EL DIRECTOR DEL HOSPITAL ME GUSTARÍA QUE FUERA...

c. Las respuestas

El número de respuestas obtenidas fue de 968, de los 1250 posibles, lo cual demuestra la capacidad de imaginación de los niños y el carácter lúdico del cuestionario.

Los adjetivos que más respuestas obtuvieron y por tanto, que más asocian a cosas, personas o situaciones del hospital Reina Sofía son, por este orden: da miedo, lo mejor, alegre, divertido, sucio y caliente, mientras que peligroso,

frio, bonito, solitario, triste y ruidoso han recibido menor atención por parte de los niños ingresados.

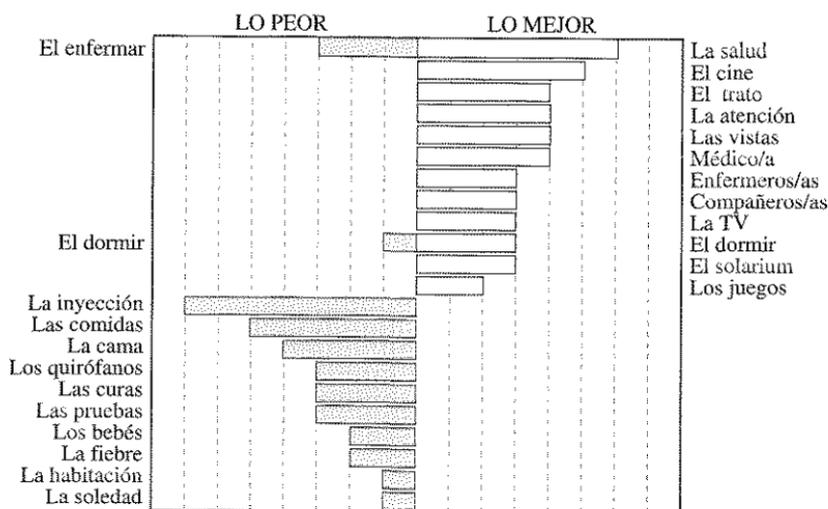


Fig. 37. Lo mejor y lo peor del hospital en opinión de las niñas y los niños

Globalmente, son las enfermeras y la colonia los aspectos del hospital mejor valorados por los niños, seguido por categorías como las sábanas, los pijamas, las camas, la comida, la televisión, o el solarium.

En relación a los aspectos peor valorados están las inyecciones y los aseos. También entran en esta categoría de aspectos negativos los quirófanos, las curas, los bebés, la estancia, el llorar y el dormir.

Las personas, el mobiliario, la estancia en el hospital, la asistencia hospitalaria y el hospital en su conjunto, valorando lo mejor, lo peor y lo que más les gusta a los niños y niñas ingresados son las categorías en las que hemos dividido el conjunto de respuestas.

d. Las personas

En lo que se refiere a personas, a las enfermeras, se les asocia a los adjetivos simpático (con 20 niños que lo han respondido), lo mejor (3), seguro (3), caliente (2), me gusta (2) en positivo. También se asocia en negativo a anti-pático (7), aburrido (2), y peligroso (2).

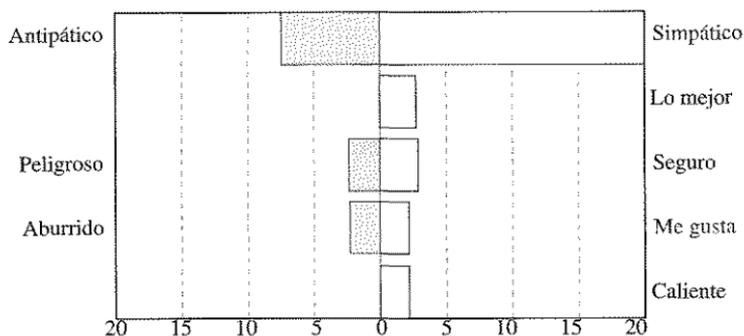


Fig. 38. Opinión de las niñas y niños sobre los enfermeros/as

Los médicos por su parte se les considera simpático (6), y lo mejor (4), junto a antipático (5) y feo (2).

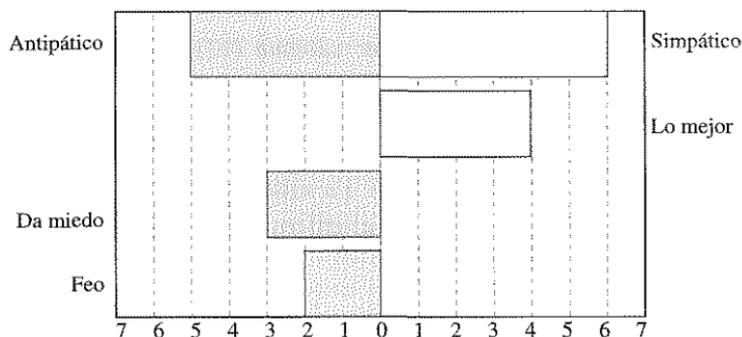


Fig. 39. Opinión de las niñas y niños sobre los médicos/as

El otro personaje que aparece en escena es el maestro valorado como simpático (5) y divertido (3).

Además aparecen los bebés que son considerados ruidosos (12) y lo peor (2), los compañeros a los que se les considera alegres (8), divertidos (3), lo mejor (3) y me gusta (2), y los padres y las visitas valoradas como simpáticas (4), alegres (4) y lo mejor (4).

e. El mobiliario

Las camas son consideradas seguras (10), limpias (5) y calientes (2), al mismo tiempo que lo peor (4) y feas (2). Por su parte, las sábanas y los pijamas se les valora como limpios (13) y bonitos (2), aunque 2 los califican de sucios.

f. La estancia

De la estancia en el hospital, los niños y niñas hablan del trato y la atención de la tranquilidad y del miedo de la noche, de la alegría del día, de la soledad y del aburrimiento.

Asimismo, la televisión es valorada como divertida (7), me gusta (3), lo mejor (3), aunque dos la califican de ruidosa. Además al cine 10 ingresados lo califican como lo mejor y bonito, y 6 hablan de que es divertido y que les gusta.

También consideran aspectos como los juegos (divertidos, bonitos y alegres) y los libros.

El comer consigue muchos adjetivos: caliente (13), me gusta (11), huele bien (5) y alegre (4), junto a lo peor (5) y huele mal (2).

En la cotidianidad de las ACCIONES diarias, el dormir es considerado aburrido (8), tranquilo (4) y lo mejor (3). La salud, es vista como lo mejor (6) y se asocia a tranquilidad, mientras que el enfermar es considerado lo peor (3) y que da miedo (2).

Asimismo, el alta se asocia a lo mejor (4), y el no irse a triste.

g. La asistencia hospitalaria

Las inyecciones son consideradas como lo menos querido por los niños y niñas, y los asocian a dolor (27), lo peor (7) y además que da miedo (5). También a 10 de los ingresados les dan miedo las curas, que son consideradas como feas (3), lo peor (3), antipáticas (2), peligrosas (2) y dolorosas (2). Además las pruebas (analíticas y radiografías) son vistas como ruidosas (4), peligrosas (3), lo peor (3) y frías (2).

Los lugares más nombrados por los niños y niñas ingresados durante su estancia en el hospital son:

Los aseos: sucios (20), huelen mal (15), feos (2) o solitarios (2).

La habitación: caliente (11), limpia (7), fea (7), bonita (5), segura (3), y solitaria (2).

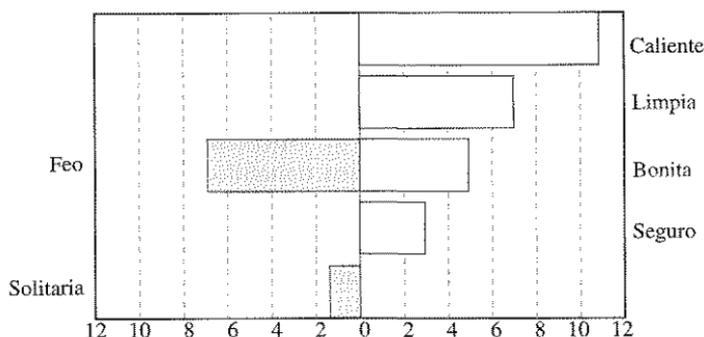


Fig. 40. Opinión de las niñas y niños sobre la habitación

El solarium: divertido (10), alegre (7), lo mejor (3) y bonito (2).

Los quirófanos: dan miedo (8) y lo peor (3).

El solarium: divertido (10), alegre (7), lo mejor (3) y bonito (2).

Los quirófanos: dan miedo (8) y lo peor (3).

Los pasillos: solitarios (5), feos (2), y fríos (2).

La U.V.I.: da miedo (2).

globalmente, el hospital en su conjunto es considerado como seguro (12), caliente (8), tranquilo (4), huele bien (4), limpio (4) y alegre (3).

Cuando a los niños se les pregunta sobre lo mejor del hospital sus respuestas se centran en la salud (6), el cine (5), el trato (4), la atención (4), las visitas (4) los médicos (4), las enfermeras (3), los compañeros (3), la televisión (3), el dormir (3), el solarium (3) y los juegos (2).

Los niños consideran LO PEOR del Hospital la inyección (7), las curas (3), comida (5), la enfermedad (3), los quirófanos (3), la fiebre (2) y los bebés (2). También hablan mal de la U.V.I, la habitación y el dormir.

Por último a la pregunta ¿si fueras el director del Hospital, te gustaría que fuera?, los niños han dejado constancia de algún problema del Hospital como el espacio y de otros elementos de los que carece el hospital como por ejemplo la televisión en las habitaciones.

También quieren que sea más divertido, más alegre, más bonito y más limpio "cambiar el color de las paredes y la decoración", con más enfermeras y solarium por la tarde, con menos tiempo de espera, mejores habitaciones en la que puedan estar con las madres y que sea tranquilo.

Todo ese conjunto de información añade elementos que nos permite acercarnos a que los hospitales andaluces sean amigos de los niños.

h. Sugerencias

La experiencia realizada nos ha llevado a sugerir algunas líneas para un posible estudio futuro a realizar en todos los hospitales andaluces y son:

- 1º Diferenciar los niños ingresados por patologías agudas y crónicas.
- 2º Añadir el apartado, que es lo más les preocupa del hospital a los padres.
- 3º Aprovechar la experiencia para ser introducido en la población escolar y conocer cómo ven a su pediatra, su enfermera y su centro de salud, siguiendo el esquema del Kid's Hospital.

D. FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA DE SALUD MATERNO-INFANTIL EN ANDALUCÍA

1. ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS MATERNO-INFANTILES

a. Oferta de servicios materno-infantiles en los servicios de atención primaria

La oferta de subprogramas materno-infantiles en los Distritos de Atención Primaria es muy amplia. Sólo 2 distritos tienen una oferta más restringida y no incluyen la planificación familiar y el seguimiento de la salud infantil.

- *Todos los distritos ofertan control de embarazo.*
- *Todos los distritos ofertan vacunaciones infantiles.*
- *Dos distritos no ofertan ni planificación familiar ni seguimiento de la salud infantil.*

No todos los distritos, con oferta de servicios materno-infantiles, realizan ésta en todas sus Zonas Básicas de Salud (ZBS): la oferta no es siempre homogénea dentro de los distritos. El grado de reconversión influye en que la oferta sea más o menos extensa, ya que en las zonas reconvertidas se desarrollan estos programas con más frecuencia.

La oferta de vacunaciones infantiles es la más amplia, con diferencias importantes del resto de subprogramas y la más parecida entre redes asistenciales.

Todas las zonas reconvertidas y el 95% de las no reconvertidas ofertan programa de vacunaciones infantiles.

La oferta de seguimiento de la salud infantil es la más reducida, por la influencia que tienen sobre la oferta total, las escasas zonas no reconvertidas que desarrollan el programa.

En la red reconvertida la oferta es del 98%, sin embargo en la no reconvertida apenas se desarrolla en un tercio de las zonas (32%).

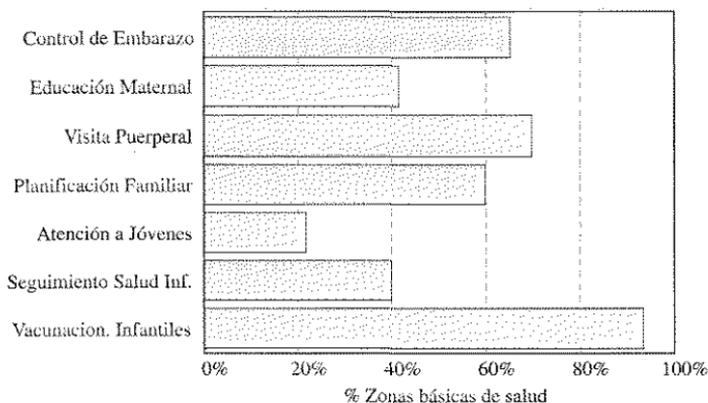


Fig. 41. Distritos con oferta de servicios materno-infantiles en todas sus zonas básicas (Elaboración EASP)

b. Oferta de servicios materno-infantiles en las zonas básicas de salud

La oferta de servicios materno-infantiles es mayor en la Red Reconvertida que en la No Reconvertida. Aparecen por tanto grandes diferencias en la accesibilidad a estos programas entre zonas básicas de uno y otro modelo.

- Las diferencias más importantes ocurren en el programa de seguimiento de la salud infantil.
- Las menores diferencias se dan en el programa de vacunaciones infantiles.

Tabla 27. Nº de ZBS que ofertan diferentes servicios materno-infantiles

Oferta de servicios materno-infantiles	RNR	RR
Oferta de control de embarazo	81 (55%)	198 (97%)
Oferta de educación maternal	74 (51%)	177 (86%)
Oferta de Visita Puerperal	84 (57.5%)	197 (96%)
Oferta de planificación familiar	100 (68%)	195 (95%)
Oferta de atención y educación sexual a jóvenes	38 (26%)	101 (49%)
Oferta de seguimiento de la salud infantil	33 (32%)	201 (98%)
Oferta de vacunaciones infantiles	139 (95%)	205 (100%)

% respecto al total de ZBS que ofertan cada subprograma en cada red. (Elaboración EASP)

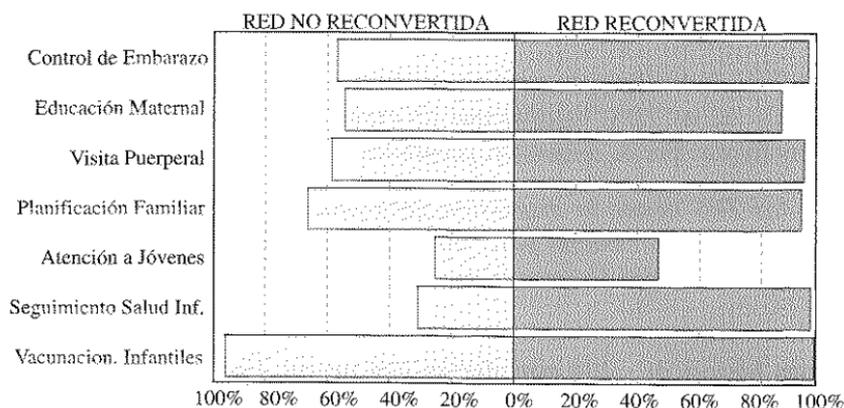


Fig. 42. Distritos con oferta de servicios materno-infantiles en todas sus zonas básicas (Elaboración EASP)

(1) Oferta de servicios materno-infantiles en todos los puntos de atención de las zonas básicas de salud

No todas las ZBS, con oferta de servicios materno-infantiles, realizan ésta en todos los puntos de atención: la oferta no es siempre homogénea dentro de las ZBS.

- La oferta de vacunaciones infantiles es la más descentralizada
- La oferta de planificación familiar es la más concentrada

Tabla 28. ZBS con oferta de servicios materno-infantiles en todas sus puntos de atención

Servicios Materno-Infantiles	RR	RNR	TOTAL
Control de Embarazo	54 (52%)	7 (18%)	61 (43%)
Planificación Familiar	48 (47%)	6 (15%)	54 (38%)
Seguimiento de la Salud Infantil	50 (48.5%)	5 (13%)	55 (39%)
Vacunaciones Infantiles	81 (79%)	26 (70%)	106 (76%)

% respecto al total de ZBS de las que disponemos información ¹⁶. (Elaboración EASP)

¹⁶ Disponemos información de las siguientes ZBS:

Sobre control de embarazo y planificación familiar, 103 ZBS de la RR y 39 de la RNR

Sobre seguimiento de la salud infantil, 103 de la RR y 38 de la RNR

Sobre vacunas, 103 de la RR y 37 de la RNR

(2) *Análisis de las isocronas en las zonas básicas de salud*

El análisis de la oferta de servicios materno-infantiles en función de las isocronas de las ZBS, muestra que no existen diferencias en la accesibilidad motivadas por la dispersión geográfica.

En las ZBS donde la dispersión geográfica es mayor se siguen manteniendo porcentajes parecidos de oferta de servicios materno-infantiles en todos los puntos de atención de la zona.

c. Zonas básicas de salud que ofertan cita previa. Conexión con atención especializada

La Cita Previa es un servicio ofrecido casi en exclusiva por las ZBS de la red reconvertida. Un 81% de ellas tienen en funcionamiento el programa, frente a un 8% de las zonas en la red no reconvertida.

En total, un 50% de las ZBS de Andalucía tienen programa de Cita Previa. Además, casi todas ellas tienen conectada la Cita Previa entre atención primaria y atención especializada (aunque la relación es unidireccional: desde el nivel primario al especializado).

(1) *Zonas básicas de salud que ofertan cita previa para acceder a los servicios materno-infantiles*

La oferta de Cita Previa, para acceder a los subprogramas materno-infantiles, es mayor en la RR que en la RNR.

La oferta de cita previa es bastante parecida entre subprogramas en la Red Reconvertida, excepto en vacunaciones infantiles que es bastante menor.

En la RNR, la oferta de Cita Previa en el seguimiento de la salud infantil y en vacunas es bastante menor que en los subprogramas de la mujer.

Tabla 29. ZBS con oferta de Cita Previa. Red Reconvertida y Red No Reconvertida

Tipo de Red	Control Embarazo	Planif. Familiar	S.S. Infantil	Vacunas
RR	71%	71%	77.5%	27%
RNR	62%	63%	27%	10%

% respecto al total de ZBS de las que disponemos información ¹⁷. (Elaboración EASP)

Aproximadamente la mitad de las zonas que ofertan Cita Previa, lo hacen en todos los puntos de la ZBS.

Tabla 30. Oferta de Cita Previa en los puntos de atención de las ZBS

Oferta de Cita Previa	Control Embarazo	Planif. Familiar	S. S. Infantil	Vacunas
En toda la ZBS	52 (29%)	58 (30%)	51 (31%)	23 (9%)
En algunos puntos	57 (38%)	57 (29.5%)	63 (39%)	26 (11%)
En ningún punto	55 (31%)	61 (32%)	43 (26.5%)	167 (72%)

% respecto al total de ZBS de las que disponemos información. (Elaboración EASP)

d. Zonas básicas de salud que ofertan horario de tarde en los servicios materno-infantiles

La oferta de tarde en los programas materno-infantiles alcanza a menos de la mitad de las zonas básicas de salud. La proporción de zonas con consultas de tarde en la red reconvertida, generalmente duplica a la de la red no reconvertida.

La oferta de tarde es mayor en la Red Reconvertida que en la No Reconvertida, sin embargo, en el programa de atención y educación sexual a jóvenes el porcentaje de ZBS con oferta de tarde en la RNR es ligeramente superior al de la RR.

Tabla 31. ZBS con oferta de tarde en los programas materno-infantiles

Tipo de Red	Educación Maternal	Planif. Familiar	Tarde Joven	S.S. Infantil	Vacunas
Reconvertida	68 (38%)	82 (42%)	44 (43.5%)	79 (39%)	82 (40%)
No Reconvertida	24 (32%)	29 (29%)	17 (45%)	6 (18%)	30 (21.5%)
Total	92	111	61	85	112

% respecto al total de ZBS que ofertan cada servicio. (Elaboración EASP)

¹⁷ Disponemos información sobre Cita Previa de las siguientes ZBS:

- . 142 ZBS en la RR y 37 en la RNR para el control de embarazo
- . 147 ZBS en la RR y 46 en la RNR para planificación familiar
- . 147 ZBS en la RR y 15 en la RNR para el seguimiento de la salud infantil
- . 151 ZBS en la RR y 81 en la RNR para vacunas

e. Fortalezas y debilidades de la accesibilidad en opinión de los profesionales

El acceso de la población al programa de control de embarazo es en opinión de los profesionales fácil y cómodo.

La Cita Previa ha contribuido de forma importante a las mejoras en la accesibilidad en los últimos años. No obstante los problemas que han surgido relacionados con la Cita Previa, y que han motivado un importante número de reclamaciones por parte de los usuarios, se podrían evitar con la sensibilización y la formación del personal de puerta para el trato con el público y con una mejor campaña de información y difusión de este servicio. Creen importante abordar este aspecto ya que la satisfacción del público se ve bastante mermada cuando surgen problemas en los primeros contactos que establece el usuario con en centro de salud.

La mejora en la organización interna de los centros de salud y la mayor autonomía y participación de los trabajadores de los servicios de información evitarían las disfuncionalidades en la Cita Previa y mejoraría la satisfacción de los usuarios.

2. ORGANIZACION INTERNA DEL PROGRAMA

a. Responsable del programa de salud materno-infantil en las zonas básicas de salud

La existencia de un responsable del programa de salud materno-infantil a nivel de las zonas básicas, presenta importantes diferencias en función del tipo de red a la que pertenecen. En el modelo reformado, sólo un tercio de las zonas desarrollan los programas materno-infantiles sin un coordinador, mientras que en el modelo tradicional un tercio de las zonas son las que dicen contar con este responsable.

Existe un responsable del PSMI en las ZBS de la Red Reconvertida, que coordina las actividades de los diferentes profesionales, realiza la memoria anual del programa y evalúa los resultados del mismo en 32 distritos.

En las ZBS de la Red No Reconvertida, sólo existe en 9 distritos.

Este responsable de programa a nivel de las zonas básicas, se considera una de las fortalezas de la organización interna del Programa Materno-Infantil, ya que se asegura que es uno de los instrumentos más importantes de coordinación en los centros de salud, sobre todo en el medio rural, y uno de los mecanismos más eficaces de conseguir acuerdos razonables en las actividades de los centros. Así lo manifiestan los profesionales, en todos los grupos del estudio cualitativo.

Además, aseguran que el responsable potencia el trabajo protocolizado, la revisión del protocolo y coordina la evaluación de resultados en cada zona. Es por todo ello una garantía de calidad en los subprogramas que cuentan con esta figura.

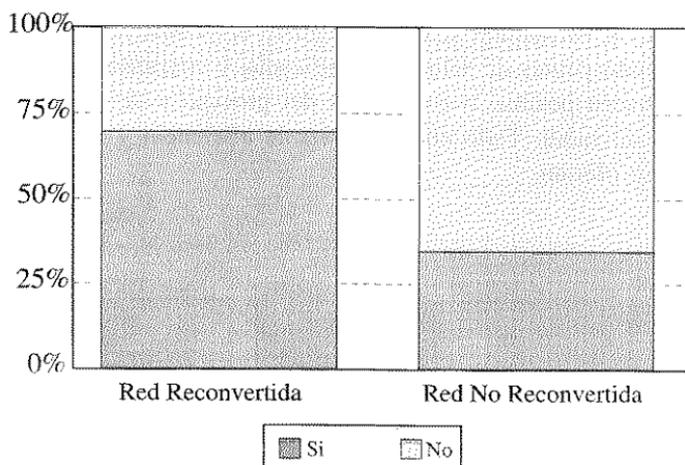


Fig. 47. *Distritos con responsables del PSMI en ZBS reconvertidas y no reconvertidas*
Tabla 32.

Red Reconvertida		Red No Reconvertida	
SI	No	SI	NO
32 (68%)	15 (31%)	9 (35%)	17 (65%)

% respecto al total de Distritos que contestan a la encuesta. (Elaboración EASP)
Resto de Distritos sin información¹⁸

¹⁸ 47 Distritos responden a la encuesta en relación a la Red Reconvertida.

26 Distritos responden a la encuesta en relación a la Red No Reconvertida.

b. Protocolo para el control de embarazo, planificación familiar y seguimiento de la salud infantil

La utilización de un protocolo común y consensuado por los distintos profesionales que intervienen en los subprogramas materno-infantiles, presenta diferencias, no solo por el modelo asistencial al que pertenezca la zona básica, reformado o tradicional, sino que aparecen diferencias entre subprogramas en la misma zona y en la misma red.

El trabajo protocolizado de acuerdo a lo especificado en la cartera de servicios, es mayor en la red reconvertida. Las diferencias que aparecen son importantes. Existe consenso entre los profesionales que han participado en los diferentes grupos focales, al manifestar que el trabajo protocolizado es una de los puntos fuertes de la atención que se presta en los programas materno-infantiles.

Los protocolos, en opinión de éstos, aseguran unos mínimos de calidad asistencial, definiendo pautas de actuación unificadas y consensuadas entre profesionales, que hacen posible la evaluación del proceso y de los resultados en los programas de salud. Todo ello garantiza la eficiencia y la calidad de los servicios que se ofertan.

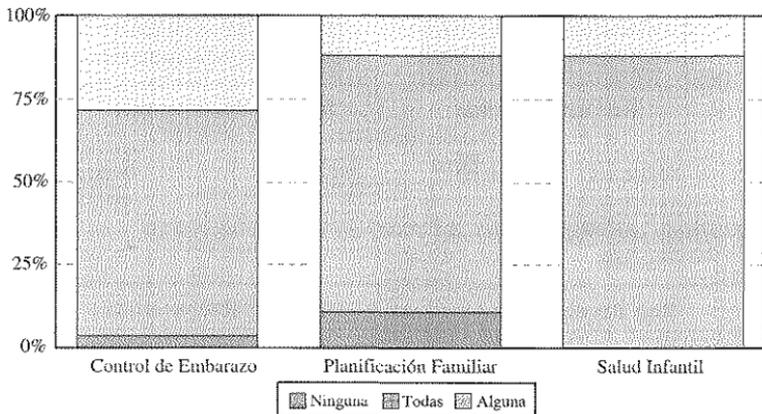


Fig. 48. Distritos que cumplen los protocolos materno-infantiles en las zonas básicas de la Red Reconvertida

(Elaboración EASP)

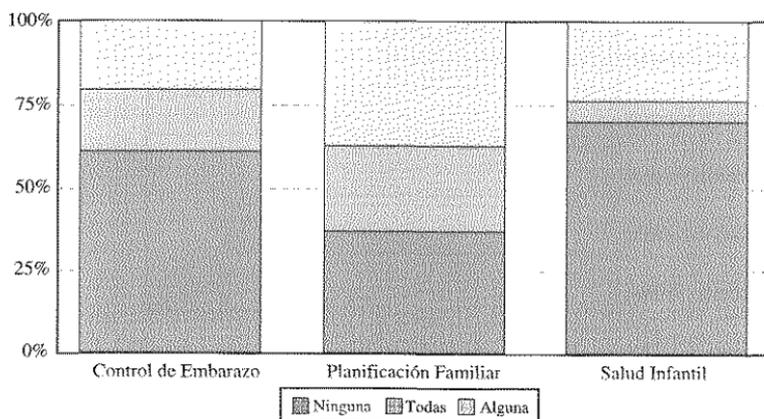


Fig. 49. Distritos que cumplen los protocolos materno-infantiles en las zonas básicas de la Red No Reconvertida (Elaboración EASP)

En la Red Reconvertida, el seguimiento de la salud infantil es el subprograma en el cual más zonas básicas utilizan el protocolo que se indica en la cartera de servicios. El siguiente en utilización es el protocolo de planificación familiar, y por último, aunque con pocas diferencias con los anteriores, el protocolo menos utilizado es el de control de embarazo. En la Red No Reconvertida, el protocolo más utilizado es el de planificación familiar, seguido del de control de embarazo. El protocolo de seguimiento de la salud infantil es el menos utilizado.

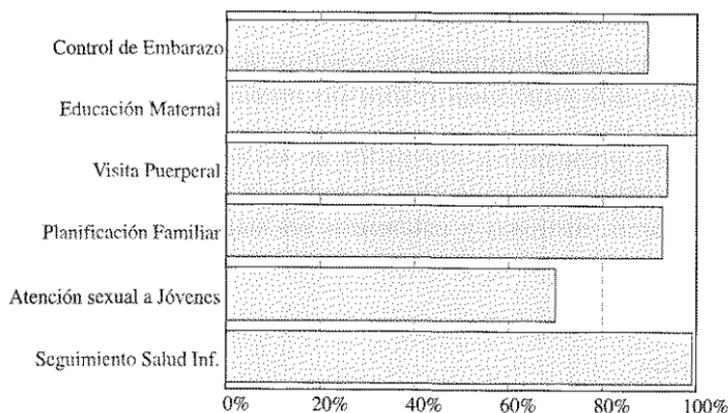


Fig. 50. Zonas básicas de salud que cumplen los protocolos en la Red Reconvertida (Elaboración EASP)

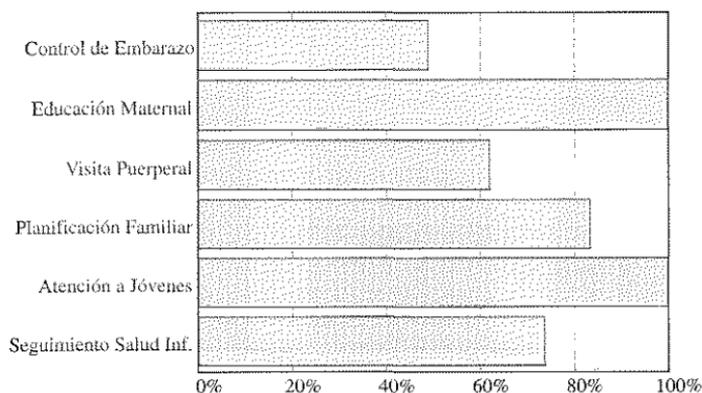


Fig. 51. Zonas básicas de salud que cumplen los protocolos en la Red Reconvertida (Elaboración EASP)

(1) *Ajuste al número de controles especificado en la cartera de servicios*

No todas las ZBS que afirman seguir los protocolos especificados en la Cartera de Servicios, para los subprogramas de control de embarazo y seguimiento de la salud infantil, se ajustan al número de controles que se indican.

En la mayoría de las zonas básicas se realizan más controles de embarazo y de seguimiento de la salud infantil, que los que se indican en el protocolo de la cartera de servicios. En las zonas de la red reconvertida se realizan más controles que en la red no reconvertida. (Ver capítulo sobre organización interna del control de embarazo y del seguimiento de la salud infantil)

(2) *Los controles de cada subprograma se realizan de forma conjunta por los profesionales o cada profesional realiza sus propios controles.*

En ambas redes, predomina la realización de los controles de forma separada por los profesionales implicados, en todos los subprogramas. Es decir, médicos, pediatras, matronas y enfermeras realizan cada uno sus propios controles, coordinados por un protocolo común.

Sin embargo, esta forma de trabajo no es homogénea en todos los subprogramas.

No obstante, es importante el porcentaje de distritos que señalan que sus profesionales realizan los controles juntos, compartiendo tiempo y espacio físico.

Encontramos diferencias entre redes asistenciales. En la Red Reconvertida, el seguimiento de la salud infantil es el subprograma donde los profesionales trabajan más de forma independiente, apareciendo diferencias en este sentido con los subprogramas de planificación familiar y control de embarazo.

En la Red No Reconvertida, los profesionales realizan los controles del embarazo de forma separada en la mayoría de los distritos. Pero no en todos, sin embargo, se realizan de igual forma los controles de planificación familiar. Los controles de seguimiento de la salud infantil son los que presentan un porcentaje más alto de distritos en los que se realizan conjuntamente por el pediatra y la enfermera.

Los profesionales argumentan que la formación previa y los reciclajes, determinan en gran medida el hecho de que los controles de los programas materno-infantiles se realicen de forma conjunta o separada. Muchos profesionales se sienten más seguros si están acompañados. En general, los médicos de familia, los pediatras y las matronas, realizan con más frecuencia los controles de forma independiente. Además, en estos profesionales se percibe una actitud más positiva hacia esta forma de trabajo, que en los médicos generales y en las enfermeras.

También señalan que la escasez de auxiliares de enfermería hace que en muchos centros, los médicos (hombres) quieran estar acompañados por la enfermera cuando exploran a una mujer.

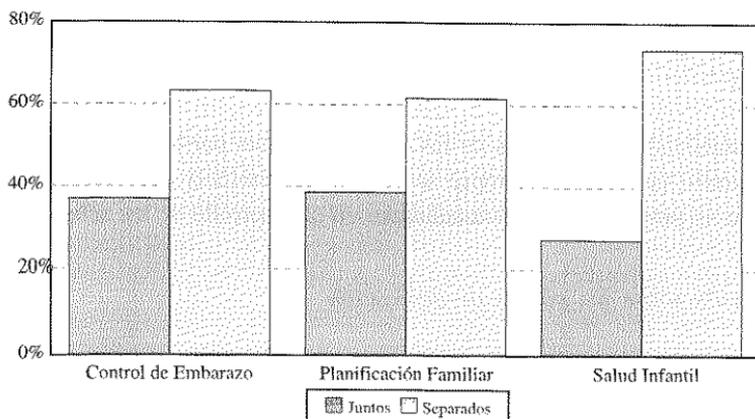


Fig. 52. Controles juntos o separados en cada subprograma según Red Reconvertida (Elaboración EASP)

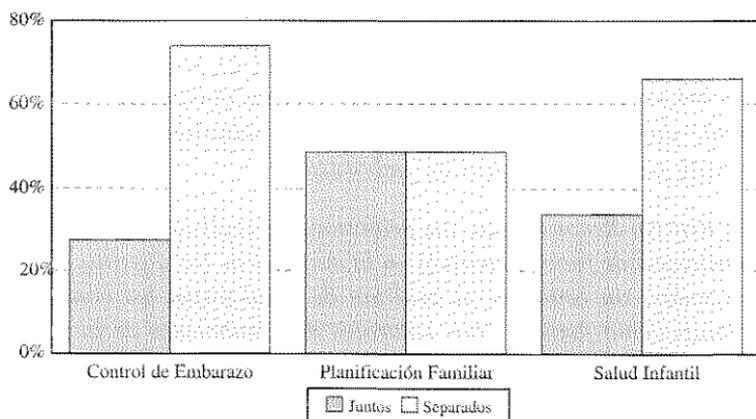


Fig. 53. Controles juntos o separados en cada subprograma según Red No Reconvertida (Elaboración EASP)

(3) Criterios de derivación entre profesionales

En la práctica totalidad de los distritos se valora de forma muy positiva los criterios de derivación que utilizan, los profesionales de los centros, en los programas materno-infantiles. Estos resultados no coinciden con las opiniones de los grupos de profesionales consultados.

El 96% de los directores de distrito que responden a la encuesta (46) aseguran que existen criterios de derivación claros y consensuados entre los distintos profesionales que participan en los subprogramas materno-infantiles. No se aprecian diferencias en función del grado de reconversión de los distritos.

Los profesionales de muchos de los centros que han participado en este estudio, manifiestan que no siempre se consigue establecer criterios de derivación que no provoquen disfuncionalidades en el desarrollo de los subprogramas.

(4) Valoración sobre las pautas de derivación

A pesar de las valoraciones anteriores, son muy pocos los distritos que consideran excelentes las pautas de derivación entre profesionales, que se proponen en los protocolos materno-infantiles. La mayoría realiza una valoración intermedia. Esta aparente contradicción puede explicarse por la

adaptación de los protocolos, que realizan los profesionales, a las características de cada zona. Entonces los criterios y las pautas de derivación pasan de una valoración mediana a otra excelente.

El 75% de los directores de distrito que responden a la encuesta (32) manifiestan que las pautas de derivación que se indican en los protocolos materno-infantiles son bastante adecuadas.

Esta opinión se da en un porcentaje del 87% entre los distritos con un grado de reconversión superior al 80%, mientras que en el grupo de distritos con reconversión entre el 60 y el 80% solo se da en un porcentaje del 62,5%.

El 16% de los directores de distrito (7) las califican de poco adecuadas y el 9% (4) opinan que son muy adecuadas.

No se aprecian diferencias en estas opiniones en función del grado de reconversión de los distritos.

Tabla 33. Adecuación de las pautas de derivación entre profesionales en el PSMI (Opiniones de los Directores de Distrito)

Adecuación	< 60%	60%-80%	>80%	Totales
POCA	3 (15%)	2 (25%)	2 (13%)	7
BASTANTE	14 (70%)	5 (62,5%)	13 (87%)	32
MUCHA	3 (15%)	1 (12,5%)		4
Totales	20 (100%)	8 (100%)	15 (100%)	43

% respecto del total de Distritos con el mismo grado de reconversión. Resto de Distritos sin información.
(Elaboración EASP)

c. Nivel de definición de las funciones de los profesionales

No existe consenso entre directivos y profesionales sobre la definición del papel y de las funciones de los diferentes profesionales que intervienen en los subprogramas materno-infantiles. Para los primeros la situación actual es suficiente y bien valorada, mientras que para los segundos este aspecto es un tema pendiente en los centros y generador de conflictos de roles.

El 93% de los directores de distrito que responden a la encuesta (39) afirman que están BIEN definidas las funciones de cada pro-

fesional que participa en los subprogramas materno-infantiles. No existen diferencias en la opinión según el grado de reconversión de los distritos.

Entre las debilidades que señalan los profesionales en relación a la organización interna de los subprogramas materno-infantiles, existe consenso en los diferentes grupos cuando se afirma que, en los protocolos no se especifican con claridad las funciones de cada profesional. Esto provoca conflictos en los centros y es uno de los problemas actuales del trabajo en equipo.

d. Forma de trabajo: dispensarizado o integrado en los distintos subprogramas

Predomina la dispensarización de los programas, en ambas redes.

Sin embargo es más frecuente este modelo en la red no reconvertida.

No obstante, en el seguimiento de la salud infantil los dos modelos (dispensarizado ó integrado) aparecen en porcentajes similares en la red reconvertida, mientras que en la no reconvertida sólo existe de forma dispensarizada.

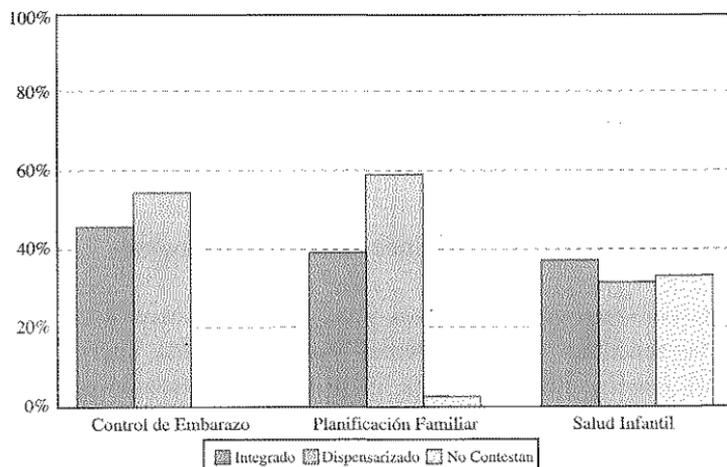


Fig. 54. Zonas básicas de salud con programa integrado o dispensarizado en Red Reconvertida (Elaboración EASP)

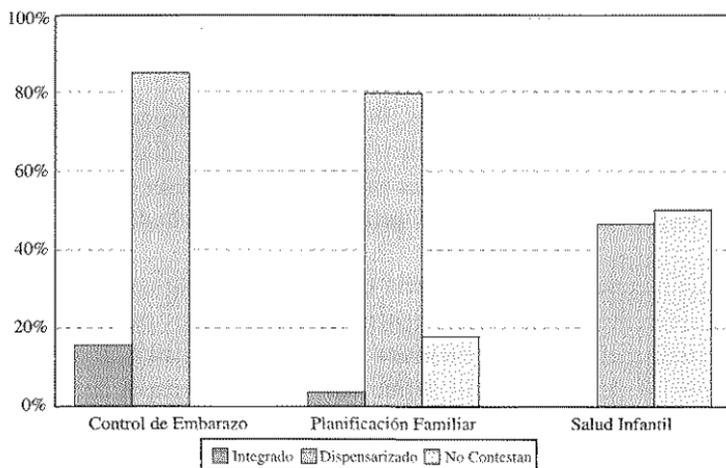


Fig. 55. Zonas básicas de salud con programa integrado o dispensarizado en Red No Reconvertida (Elaboración EASP)

e. Otros rasgos de la organización interna del Programa

Las características que señalamos a continuación son casi exclusivas de los centros de salud.

Los médicos y las enfermeras se organizan en unidades de atención familiar (UAF), en el 43% de los centros.

- Se trabaja de forma intersectorial en el 30% de las zonas básicas.
- Existen comisiones de control de calidad asistencial en el 12% de las zona
- Existen comisiones de calidad de la información en el 8.5% de las mismas.
- Existen comisiones de docencia en el 18% de los equipos.
- Existen comisiones de investigación en el 11% de ellos.
- Las comisiones de farmacia son las más extendidas. Existen comisiones de farmacia en el 36% de las zonas básicas.

f. Fortalezas y debilidades que identifican los profesionales en relación a la organización interna de los subprogramas materno-infantiles.

Fundamentalmente dos elementos, la existencia de responsable en los diferentes subprogramas y el trabajar en base a protocolos elaborados y consensuados por los EBAP, constituyen las principales fortalezas de la organización interna del PSMI, en opinión de los profesionales consultados.

Éstos argumentan que la existencia de un responsable-coordinador del trabajo de las diferentes unidades de atención familiar en los programas materno-infantiles, facilita el trabajo y garantiza el nivel de calidad homogéneo en los diferentes puntos de atención. Se define con claridad el papel de esta persona:

El responsable del PSMI a nivel de las ZBS es la persona que coordina las actividades de los diferentes profesionales implicados en el programa, diseña y revisa periódicamente los sistemas de registro, garantiza el cumplimiento del protocolo consensuado entre los profesionales, establece los mecanismos oportunos para garantizar la calidad de los servicios materno-infantiles, realiza la memoria anual del programa y evalúa los resultados. También se apunta que en ocasiones establece contacto con otros niveles asistenciales y coordina la formación continuada en relación al programa de salud del que es responsable.

En relación al trabajo protocolizado, aseguran que da seguridad a los profesionales y ayuda en las áreas donde existen déficits de formación. Sin embargo, también apuntan la necesidad de que los protocolos se revisen periódicamente para que éstos sigan siendo útiles.

Como debilidades actuales de la organización interna de los subprogramas materno-infantiles se señalan las dificultades para realizar reuniones de equipo donde se planifique y discuta el desarrollo de los mismos. Los motivos que barajan los profesionales son, en unos casos, la presión asistencial, en otros las dificultades que conlleva la dispersión de los módulos de atención, y en otros, el escaso interés de algunos profesionales.

Muchos equipos exponen que la actual política de personal, y en concreto la no sustitución en bajas laborales y en vacaciones, repercute directa y negativamente en los programas, ya que en ocasiones se llegan a suspender.

Contrasta la opinión de los profesionales con la recogida de los directores de distrito en relación a la definición de las funciones de los profesionales en los

protocolos: el 93% de los directivos afirmaba que estaban BIEN definidas las funciones de cada profesional que participa en los programas materno-infantiles, mientras que entre los profesionales existe consenso al manifestar lo contrario.

3. DIRECTRICES DEL PROGRAMA

a. Percepción de las directrices del Programa de Salud Materno-Infantil por los diferentes actores implicados

Se evidencian importantes diferencias en las percepciones de directivos y profesionales, en relación a las directrices del programa materno-infantil, y en general del trabajo en atención primaria.

La valoración de los directores de distrito es bastante positiva en relación al proceso de definición de objetivos y de evaluación de los mismos.

Sin embargo, entre los profesionales está bastante consensuada la opinión de que los objetivos y directrices del PSMI están poco claros y definidos. Muchos de ellos afirman incluso, que éstos no existen en niveles superiores al centro de salud y que este hecho no preocupa a la organización.

Además, es bastante común la opinión de que los objetivos anuales no se consensúan con los distritos, más bien se describe este proceso como un imposición por parte de niveles superiores, ante la cual ellos se defienden.

En definitiva, los profesionales perciben un importante desacuerdo entre los intereses de los directivos y de la organización y los suyos propios.

b. Comunicación de los objetivos del Programa de Salud Materno-infantil: canales de comunicación desde el distrito a los profesionales de los centros.

Se perciben en muchos centros barreras importantes en la comunicación interna, entre distritos y centros de salud.

Es manifiesta entre los profesionales una actitud positiva hacia la evaluación del propio trabajo, es bien aceptada la idea de trabajar por objetivos y existe consenso al afirmar que evaluar la calidad de los trabajos es difícil y complejo, pero están de acuerdo cuando expresan la necesidad de hacerlo.

No obstante, a pesar de esta valoración positiva del hecho de evaluar, los actuales mecanismos diseñados para ello son calificados por los profesionales de poco adecuados y muy parciales ya que la evaluación se centra exclusivamente en medidas de la producción, y sólo de algunos aspectos de la actividad asistencial.

No se perciben otros sistemas de evaluación, ni otros momentos, que no sean los resultados anuales de los objetivos propuestos por los distritos.

Los profesionales creen que los sistemas de evaluación deben encaminarse más a garantizar la calidad de la atención que se presta, y que en todo caso debe tratarse de un proceso continuo, lo cual minimizaría el impacto de un solo momento de evaluación.

Además argumentan que deben utilizarse métodos diferentes, aunque complementarios que compensen los efectos negativos, perversos y desventajas que cualquier método arrastra consigo.

Se pide un sistema de evaluación más participativo, que sea conocido a priori por los profesionales, que sea objetivo y justo y que a la vez sea capaz de valorar los aspectos cualitativos del trabajo en los centros de salud.

4. ESTRATEGIAS DE CAPTACIÓN EN LOS SUBPROGRAMAS

a. Rasgos globales de las estrategias de captación en los distritos. Nivel de desarrollo del enfoque de riesgo en los programas materno-infantiles.

En más de la mitad de las zonas básicas existen objetivos específicos en relación a los grupos de riesgo. La mayoría de ellas pertenecen a la Red Reconvertida. Todos los profesionales, médicos, enfermeras y trabajadores sociales, participan en la consecución de los objetivos planteados con grupos de riesgo. El 60% de las ZBS afirman diseñar estrategias informativas para su población, cuando se pone en marcha un programa o un servicio de salud nuevo. Sin embar-

go, sólo en un tercio de estas zonas, el coordinador de Educación para la Salud del distrito sanitario participa en el diseño de estrategias de captación y seguimiento de las poblaciones más expuestas al riesgo. El trabajador social, en las zonas reconvertidas, realiza actividades especialmente dirigidas a la captación y seguimiento de personas en riesgo social. En el 70% de estas ZBS se ha realizado un diagnóstico social. En la mitad de las zonas reconvertidas, los trabajadores sociales facilitan la intersectorialidad de la atención, a través del trabajo protocolizado con otros sectores.

b. Oferta de estrategias de captación en los programas materno-infantiles.

El desarrollo del enfoque de riesgo y sus estrategias presentan diferencias importantes entre zonas básicas. En la Red Reconvertida es donde generalmente se ofrecen estos servicios. Por lo tanto, el margen de mejora que se presenta para la Red No Reconvertida es muy amplio.

Algo más de la mitad de las ZBS desarrollan estrategias de riesgo en la atención a las embarazadas.

Existe captación precoz activa de la gestante, especialmente las de riesgo, antes de las 12 semanas, en 175 ZBS (63% de las ZBS que ofertan control de embarazo). Se muestran diferencias importantes en este servicio en función de que la oferta se realice en la Red Reconvertida o en la No Reconvertida.

Sólo en la mitad de las ZBS existe captación activa precoz de niños de riesgo antes del primer mes. Esta actividad está estrechamente relacionada con el desarrollo del programa de seguimiento de la salud infantil: se realiza captación activa precoz en el 74% de las ZBS que ofertan el subprograma.

Tabla 35. Oferta de captación activa precoz de niños de riesgo antes del primer mes, en las ZBS que ofertan seguimiento de la salud infantil.

	SI	NO
ZBS de la RR	165 (82%)	36 (18%)
ZBS de la RNR	9 (27%)	24 (73%)
Total de ZBS	174 (74%)	60 (26%)

% respecto a las ZBS de cada red que ofertan el subprograma de seguimiento de la salud infantil: en la RR 201 y en la RNR 33. (Elaboración EASP)

La captación precoz de los niños que abandonan el programa se lleva a cabo en la mitad de las zonas básicas de los distritos de Andalucía con oferta de programa de salud infantil, pero de una forma no homogénea. Se encuentran diferencias importantes entre el modelo reformado y el tradicional de atención primaria.

Tabla 36. Oferta de captación activa precoz de todos los niños que abandonan el programa.

	SI	NO
ZBS de la RR	113 (56%)	88 (44%)
ZBS de la RNR	5 (15%)	28 (85%)
Total de ZBS	118 (51%)	116 (49%)

% respecto a las ZBS de cada red que ofertan el subprograma de seguimiento de la salud infantil: en la RR 201 y en la RNR 33. (Elaboración EASP)

La elaboración de mapas de riesgo no es una estrategia muy desarrollada en las zonas básicas. Menos de un tercio de ellas lo tienen.

Tabla 37. Elaboración del mapa de riesgo

	SI	NO
ZBS de la RR	75 (36%)	130 (64%)
ZBS de la RNR	19 (14%)	120 (86%)
Total de ZBS	94 (27%)	250 (73%)

% respecto a las ZBS de cada red que ofertan el subprograma de seguimiento de la salud infantil: en la RR 205 y en la RNR 139. (Elaboración EASP)

La proporción de zonas que trabajan bajo el enfoque de riesgo se mantiene e incluso se incrementa en las áreas donde la dispersión geográfica es mayor.

c. Influencia del grado de reconversión de los distritos en las coberturas alcanzadas

Las coberturas de captación precoz de gestantes son, con más frecuencia, mejores en los distritos con más zonas reconvertidas. Las diferencias que caracterizan al trabajo en los programas materno-infantiles en el modelo reformado de atención primaria en relación con el modelo tradicional, pueden ser las responsables de esta realidad.

Tabla 38. Coberturas de captación precoz de embarazos en función del grado de reconversión de los Distritos

% coberturas/ %reconversión	< 60%	60% - 80%	> 80%
menos del 60%	6 (75%)	1 (12.5%)	1 (12.5%)
entre el 60 y el 47.9%	14 (48%)	4 (14%)	11 (38%)
75 ó más	4 (22%)	3 (17%)	11 (61%)

% respecto al total de Distritos con las mismas coberturas. Resto de Distritos sin información.
(Elaboración EASP)

También en la educación maternal, el modelo de trabajo en las zonas reconvertidas influye positivamente en los resultados conseguidos en las tasas de cobertura.

Tabla 39. Coberturas eficaces de educación maternal en función del grado de reconversión de los Distritos

% cobertura/ % reconversión	< 60%	60% - 80%	> 80%
25% ó menos	8 (33.3%)	4 (50%)	8 (34.8%)
25.01% al 50%	15 (62.5%)	4 (50%)	10 (43.5%)
más del 50%	1 (4.2%)		5 (21.7%)

% respecto al total de Distritos con el mismo grado de reconversión. Resto de Distritos sin información
(Elaboración EASP)

Las tasas de cobertura eficaz de visita puerperal no son homogéneas en todos los distritos. Las diferencias pueden explicarse en función del grado de reconversión de los mismos.

Tabla 40. Coberturas eficaces de visita puerperal en función del grado de reconversión de los Distritos

% coberturas/ % de reconversión	< 60%	60% - 80%	> 80%
menos del 25%	6 (25%)	2 (25%)	4 (17.4%)
entre el 25% y el 40%	9 (37.5%)	1 (12.5%)	4 (17.4%)
entre el 40.01% y el 65%	8 (33.3%)	3 (37.5%)	10 (43.5%)
más del 65%	1 (4.2%)	2 (25%)	5 (21.7%)

% respecto al total de Distritos con el mismo grado de reconversión. Resto de Distritos sin información
(Elaboración EASP)

Las visitas puerperales domiciliarias presentan un margen muy amplio de mejora. Sin embargo el nivel de desarrollo de esta actividad no es homogéneo en todos los distritos, presentando coberturas más bajas aquellos con menos zonas básicas reconvertidas.

Las coberturas generales de planificación familiar no son homogéneas en todos los distritos. El grado de reconversión de los mismos influye positivamente en tasas alcanzadas. Sin embargo, el modelo reformado de atención primaria parece no influir positivamente en las coberturas eficaces ni en las de riesgo.

Tabla 41. Coberturas de generales de planificación familiar en función del grado de reconversión de los Distritos

% coberturas/ % reconversión	< 60%	60% - 80%	> 80%
2% ó menos	8 (61.5%)	3 (23%)	2 (15.5%)
entre 2.01% y 4%	12 (41.4%)	3 (10.5%)	14 (48%)
más del 4%	4 (22%)	3 (17%)	11 (61%)

% respecto al total de Distritos con las mismas coberturas. Resto de Distritos sin información (Elaboración EASP)

Tabla 42. Coberturas de riesgo en planificación familiar en función del grado de reconversión de los Distritos

% coberturas/ %reconversión	< 60%	60% - 80%	> 80%
10% ó menos	2 (15%)	1 (8%)	10 (77%)
entre 10.01% y 30%	17 (53%)	5 (16%)	10 (31%)
más del 30%	5 (56%)	1 (11%)	3 (33%)

% respecto al total de Distritos con las mismas coberturas. Resto de Distritos sin información (Elaboración EASP)

d. Influencia del trabajo protocolizado en los programas materno-infantiles en las coberturas alcanzadas

El trabajo protocolizado en la educación maternal mejora las tasas de cobertura de esta actividad. Esta es una de las características definitorias del modelo reformado de centros de salud, que influye positivamente en la calidad y en la eficiencia de los servicios materno-infantiles.

Tabla 43. Coberturas eficaces de educación maternal en función de que se cumpla o no el protocolo

Cumple protocolo/ % de cobertura	25% ó menos	Entre el 25.01% y el 50%	Mayor del 50%
No cumple protocolo	2 (10%)		
Mixto	4 (20%)	14 (48%)	5 (83%)
Sí cumple protocolo	14 (70%)	15 (52%)	1 (17%)

% respecto al total de Distritos con las mismas coberturas. Resto de Distritos sin información.
(Elaboración EASP)

El trabajo protocolizado influye positivamente en el desarrollo de la actividad domiciliaria de las enfermeras respecto a la visita puerperal.

Tabla 44. Coberturas eficaces de visita puerperal en función de que se cumpla o no el protocolo

Cumple protocolo/ % cobertura	Menor del 25%	Entre el 25% y el 40%	Entre el 40.01% y el 65%	Mayor del 65%
No cumple protocolo	1 (8%)	1 (7%)	2 (9.5%)	
Mixto	5 (42%)	9 (64%)	11 (52.5%)	5 (62.5%)
Sí cumple protocolo	6 (50%)	4 (29%)	8 (38%)	3 (37.5%)

% respecto al total de Distritos con las mismas coberturas. Resto de Distritos sin información.
(Elaboración EASP)

El trabajo protocolizado en planificación familiar facilita la consecución de coberturas altas.

Tabla 45. Coberturas generales de planificación familiar en función de que se cumpla o no el protocolo

Cumple protocolo/ % de cobertura	2% ó menos	Entre el 2.01% y el 4%	Más del 4%
Sin programa	1 (8%)		
Mixto	7 (54%)	11 (38%)	1 (8%)
Sí cumple protocolo	5 (38%)	18 (62%)	11 (92%)

% respecto al total de Distritos con las mismas coberturas. Resto de Distritos sin información.
(Elaboración EASP)

e. Fortalezas y debilidades identificadas por los profesionales en relación a las estrategias de captación

En opinión de los profesionales, es necesario revisar los criterios de riesgo definidos en relación al control de embarazo y a la atención al puerperio porque se duda de la pertinencia de los mismos para predecir el riesgo y porque los estilos de vida de las mujeres han cambiado en estos años y algunos influyen negativamente en la salud de las madres y sus hijos y han de ser tenidos en cuenta. Se afirma también que el riesgo social está poco definido.

En general, los profesionales manifiestan que el perfil de sus usuarios es bastante homogéneo lo que les hace tomar conciencia de que las mujeres pertenecientes a determinados grupos de riesgo, fundamentalmente población marginal, no acuden a los servicios. Los profesionales no se sienten suficientemente formados para trabajar bajo el enfoque de riesgo.

Generalmente se realiza captación pasiva desde las consultas a demanda. Se cita como debilidad importante para el desarrollo de estrategias de captación activa, el desconocimiento en muchos centros, de la población adscrita.

Aseguran que la mejora en la comunicación con el nivel especializado y hospitalario facilitarían el seguimiento y la recaptación de abandonos y mejoraría las coberturas de visita puerperal.

Creen que es necesario diseñar mecanismos innovadores de difusión de la cartera de servicios entre la población trabajando con los medios de comunicación. Piden la colaboración de los distritos para desarrollar estrategias de captación activa.

5. SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO

a. Valoración sobre la adecuación de los sistemas de información y registro del PSMI

La adecuación de los actuales sistemas de registro del programa materno-infantil a las necesidades de información que tienen, tanto los distritos como los profesionales, se cuestiona en ambos niveles.

No existe consenso entre los directores de distrito sobre la adecuación o no de los sistemas de registro a las necesidades de información del distrito. Un grupo importante de ellos los califica de **poco adecuados**.

Esta valoración es más frecuente en el grupo de distritos con un grado de reconversión superior al 80%.

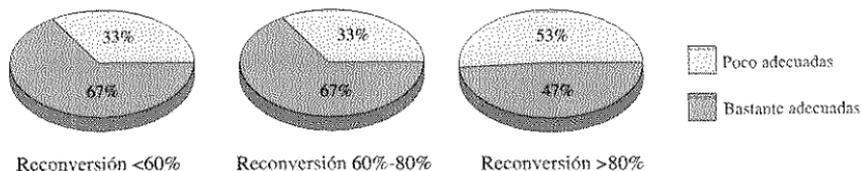


Fig. 56. Adecuación de los sistemas de registro del Materno-Infantil a las necesidades de información del distrito
(Elaboración EASP)

b. Valoración sobre la utilidad de los sistemas de información y registro del PSMI

La utilidad de los sistemas de registro es cuestionada por un número importante de directores de distrito y además, los profesionales aseguran que no responden a sus necesidades. Todos consideran prioritario revisar y mejorar los actuales sistemas de información del programa.

Son muy pocos los distritos que consideran **muy útiles** los sistemas de información del Programa de Salud Materno-Infantil. La mayoría las califica como **bastante útil** y un porcentaje importante afirma que son **poco útiles**.

No se aprecian grandes diferencias en estas valoraciones en función del grado de reconversión de los distritos.

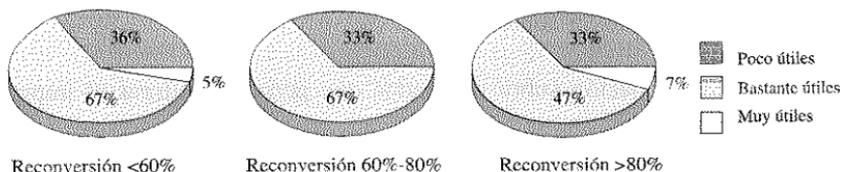


Fig. 57. Utilidad de los sistemas de registro del Programa Materno-Infantil
(Elaboración EASP)

c. *Feed-back* de la información

El *feed-back* de la información es motivo de controversia. Aunque los directivos aseguran que se produce el retorno de la información a los profesionales, éstos afirman que no la reciben. Consideran que esta es una de las debilidades de los sistemas de información que, a su juicio, necesita mejoras urgentes.

En el 81% de los distritos (39 de los 48 que contestan), se afirma que se utilizan habitualmente mecanismos de feed-back para devolver a los profesionales la información que aportan mensualmente.

En los distritos con un grado de reconversión superior al 80%, se devuelve la información a los profesionales en un porcentaje menor que en distritos con grado de reconversión más bajo.

De los 39 distritos en los que se afirma que existe intercambio de información entre los profesionales y distrito de forma habitual, sólo 34 indican la periodicidad del feed-back, que oscila entre un mes y un año.

Tabla 46. Periodicidad del Feed back según distritos

Periodicidad del <i>feed-back</i> de la información	Distritos
Cada mes	8 (23.5%)
Cada 3 meses	12 (35%)
Cada 4 meses	2 (6%)
Cada 6 meses	8 (23.5%)
Cada 10 meses	1 (3%)
Cada 12 meses	3 (9%)

% respecto al total de Distritos que indican la periodicidad: 34. (Elaboración EASP)

d. Mejoras que apuntan los directores

Recoger información sobre calidad

Obtener información sobre resultados que permitan valorar el impacto de los programas

Simplificar la recogida de datos (puntualmente información más exhaustiva)

Tener más información sobre los grupos de riesgo

Disminuir la periodicidad de la recogida de información

Diseñar un sistema más flexible que se adapte a los nuevos problemas de salud y a las nuevas prácticas profesionales

Utilizar sistemas de información comunes entre niveles asistenciales

Recoger información sobre aspectos cualitativos

Unificar criterios sobre la información que se recoge y sobre los indicadores que se van a utilizar (manuales de utilización de los sistemas de registro)

Algunos apuntan la necesidad de informatizar el sistema.

e. Fortalezas y debilidades de los sistemas de información y registro del PSMI desde la perspectiva de los profesionales

En la mayoría de los profesionales está interiorizada la necesidad de registrar las actividades diarias. Existe consenso al manifestar la necesidad de diseñar un sistema de información útil, ágil, flexible, fiable y cómodo que oriente la planificación de objetivos y actividades, permita la evaluación de resultados y del impacto en salud de los programas y en definitiva haga posible el avance del trabajo en primaria.

Los registros se perciben como un instrumento potencial para evaluar la calidad de los servicios, pero en la actualidad, al centrarse exclusivamente en el volumen asistencial, no se recogen indicadores sobre calidad. Ésta es una importante debilidad de los profesionales.

Los sistemas de información y registro del programa se consideran inadecuados, ya que no se adaptan a las necesidades de información de los profesionales. Recordemos que un tercio de los directores de distritos con un grado de reconversión inferior al 80% y más de la mitad de los reconvertidos por encima del 80% calificaba los actuales sistemas de información del programa como de poco adecuados a las necesidades de información de los distritos.

Los profesionales aseguran unánimemente que no reciben ningún beneficio, ni a corto ni a largo plazo, de la información que a diario recogen. Manifiestan que no se produce el *feed-back* de la información (más del 80% de los

directores de distrito aseguraban que habitualmente se utilizaban mecanismos de *feed-back* para devolver la información a los profesionales).

Se percibe una sensación en los equipos de que se registra para otros, sin conocer el objetivo ni la finalidad de la información.

Además reina un sentimiento de desconfianza ante la utilización e interpretación que los niveles superiores realizan sobre la información que ellos suministran. En cierta medida se perciben los sistemas de registro como amenaza para los intereses de los profesionales. Quizás por todo lo anterior, los propios profesionales dudan de la fiabilidad de la información, asegurando que se subregistran algunas actividades y se sobregistran otras en función de los objetivos que marca el distrito.

Afirman que los sistemas de información discriminan negativamente actividades que requieren mucho tiempo y esfuerzo como es el trabajo en zonas de gran dispersión geográfica, la captación de grupos de riesgo y las intervenciones en poblaciones marginales.

Por último señalan que los registros son, en su opinión, innecesariamente exhaustivos y rutinarios, que existe multiplicidad en la información y que suponen una sobrecarga importante de trabajo, ocasionando desgaste y pérdida de tiempo.

En consonancia con esto, más de un tercio de los directores de distrito califican los sistemas de información y registro del PSMI poco útiles.

6. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

a. Responsable del Programa de Salud Materno-Infantil para el nivel primario y el especializado.

La continuidad en la atención en los programas materno-infantiles se ve facilitada, desde los distritos sanitarios, por el coordinador de epidemiología y programas. Esta es la persona identificada en este nivel como el responsable de la coordinación entre niveles asistenciales.

En la mayoría de los distritos se afirma que existe un responsable del Programa de Salud Materno-infantil que coordina el nivel primario y el especializado.

De los 45 distritos que responden a la encuesta, 33 dicen tener un responsable del PSMI que coordina los dos niveles de atención. En todos ellos este papel lo desempeña el coordinador de epidemiología y programas.

Doce distritos dicen no tener un responsable que coordina los dos niveles de atención. Sin embargo, el coordinador de epidemiología y programas asume estas funciones.

La existencia de responsable entre niveles asistenciales para los programas materno-infantiles no ocurre en todos los distritos. Aquellos con más zonas no reconvertidas, afirman con más frecuencia que el resto, que el coordinador de epidemiología y programas es el responsable de la continuidad en la atención.

El grupo de distritos con mayor grado de reconversión es el que presenta un porcentaje más bajo de existencia de esta figura (62.5%).

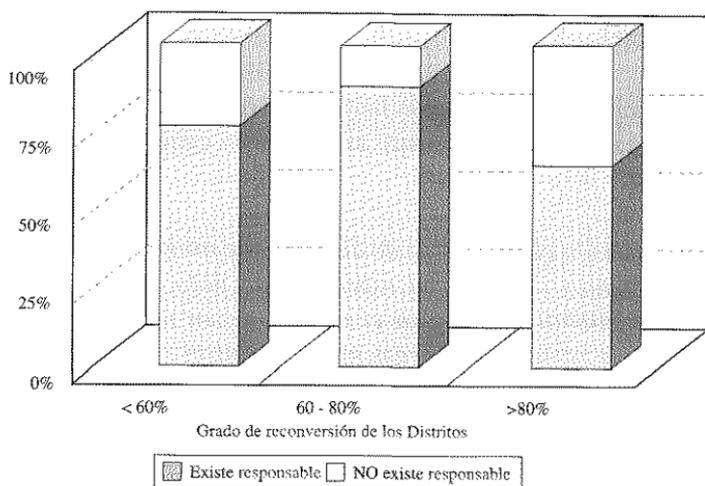


Fig. 58. Responsable del PSMI entre niveles asistenciales según el grado de reconversión de los Distritos (Elaboración EASP)

A pesar de que todos los actores implicados en el desarrollo de los programas materno-infantiles (profesionales, gestores y responsables del PSMI en diferentes niveles), aseguran que la figura del responsable contribuye de forma importante a la continuidad en la atención, no hemos encontrado relación entre ambas variables.

La existencia de responsable del programa materno-infantil entre niveles asistenciales, no influye o no aparece relacionado, con la información de que disponemos, con la existencia de protocolos conjuntos, con el intercambio habitual de información, ni con el desarrollo de reuniones organizativas o de formación entre los niveles de atención.

b. Protocolos comunes para los diferentes subprogramas entre el nivel primario y el especializado

El trabajo protocolizado entre niveles asistenciales es un elemento que, en opinión de los expertos, garantiza la continuidad en la atención.

La existencia de protocolos comunes entre niveles asistenciales para la atención materno-infantil es más frecuente en el subprograma de control de embarazo que en el resto.

En el subprograma de planificación familiar aparecen diferencias muy importantes, en el trabajo protocolizado entre niveles, si lo comparamos con el control del embarazo.

Llama la atención el porcentaje de distritos que aseguran tener protocolos conjuntos con el nivel especializado para el seguimiento de la salud infantil, cuando en el control de un niño normal, el seguimiento se realiza exclusivamente por el nivel primario. Sobre todo este hecho sorprende cuando comparamos con el número de distritos que poseen protocolos comunes en el subprograma de planificación familiar, en que sí interviene el segundo nivel en muchos casos.

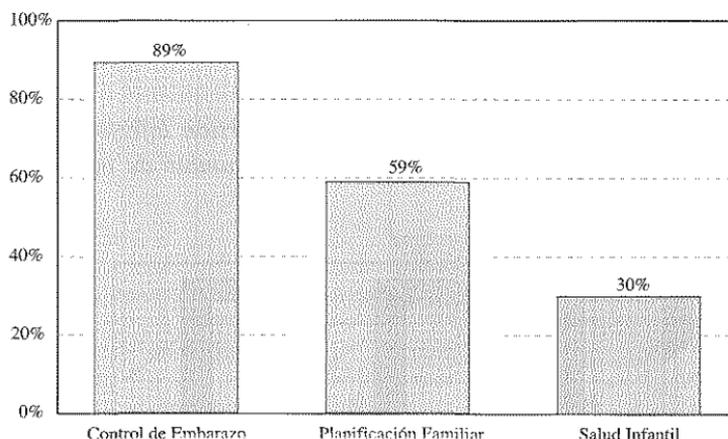


Fig. 59. *Distritos con protocolos comunes entre niveles en los distintos subprogramas* (Elaboración EASP)

En los distritos en los que existe algún protocolo común entre niveles (sin especificar para qué subprograma), éstos se han elaborado en la mayoría de las ocasiones con la participación conjunta del Hospital, distritos y centros de salud.

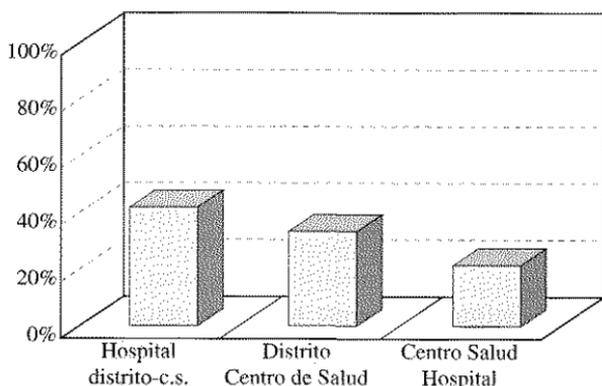


Fig. 60. *Participación en la elaboración de protocolos* (Elaboración EASP)

c. Intercambio de información entre niveles

El intercambio de información entre niveles de atención no es una práctica habitual en todos los distritos. Aquellos con más zonas básicas no reconvertidas, son los que con menos frecuencia intercambian información.

Afirman los profesionales que en los últimos años existen dificultades para formarse en cursos y reuniones científicas fuera de los distritos motivados, en su opinión, por los recortes presupuestarios y por la política de personal que restringe las sustituciones de los profesionales que se ausentan por estos motivos.

Todo esto ocasiona en la actualidad una disminución de las demandas de formación, que podrían interpretarse erróneamente por una falta de interés de los profesionales. Argumentan la necesidad de reciclarse en los servicios especializados y además aseguran que esto tendría como ventaja añadida en el programa materno-infantil, la mejora de la coordinación entre niveles.

c. Formación continuada en los equipos de atención primaria

La Formación Continuada es una actividad casi exclusiva de los centros de salud. En las zonas reconvertidas tienen un nivel de desarrollo excelente. Se considera uno de los elementos fundamentales para mantener unos niveles adecuados de preparación y competencia técnica.

En 210 ZBS existe formación conjunta para el equipo: 200 pertenecen a la RR y 10 a la RNR.

La formación continuada se valora de forma muy positiva por los profesionales, ya que en su opinión, constituye una excelente oportunidad, muchas veces la única, para formarse. Sin embargo manifiestan que la formación conjunta de los EBAP está poco desarrollada porque generalmente se prioriza en favor de reuniones de equipo de tipo organizativo y porque la presión asistencial, en muchas ocasiones no permite la participación de los profesionales.

Este hecho parece ser más evidente en las zonas con varios módulos de atención.

d. Formación conjunta con el segundo nivel

La formación conjunta con el segundo nivel es una circunstancia poco habitual en la mayoría de las zonas básicas. Todas las opiniones recogidas apuntan la necesidad de potenciar esta actividad como una estrategia prioritaria en la mejora de la continuidad de la atención.

Si analizamos esta dimensión respecto al control del embarazo, observamos que la proporción de zonas que realizan esta actividad aumenta. No obstante se identifica esta área como necesaria de estrategias de potenciación, que aportarían importantes ventajas no sólo en el nivel de cualificación de los profesionales sino en la mejora de la continuidad de la atención.

8. MOTIVACIÓN E INCENTIVOS

a. Influencia de la motivación de los profesionales en el desarrollo del PSMI

No se cuestiona la influencia del nivel de motivación de los profesionales en el desarrollo y en la calidad de los programas materno-infantiles.

Para el 53% de los directores de distrito el nivel de motivación de los profesionales que trabajan en el PSMI condiciona de forma muy importante el desarrollo del mismo.

El resto afirma que el condicionamiento es bastante importante.

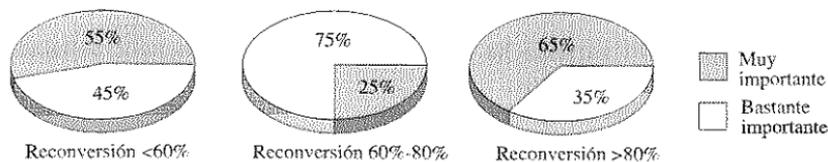


Fig. 70. Motivación de los profesionales y desarrollo del programa Materno-infantil (Elaboración EASP)

b. Valoración del actual sistema de incentivos

En relación con los resultados anteriores, son llamativas las respuestas que se obtienen al preguntar si consideran adecuados y suficientes los sistemas de incentivos que actualmente utilizan. El 55% de los directores de distrito los consideran POCO adecuados e insuficientes para conseguir el objetivo que se pretende.

Un 42% realiza una valoración intermedia.

Ninguno realiza una valoración claramente positiva.

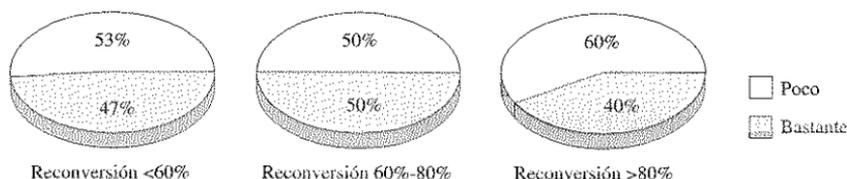


Fig. 71. Adecuación de los elementos motivadores utilizados con los profesionales en 1993

(Elaboración EASP)

c. Elementos motivadores e incentivos utilizados por los distritos durante 1993

Facilitar la formación de los profesionales por medio de cursos fuera y dentro del distrito y posibilitar el reciclaje de los mismos, se cita en 26 distritos, como el principal elemento motivador e incentivador utilizado (los 42 distritos responden a esta pregunta).

La productividad variable ha sido el siguiente en frecuencia, señalada por su importancia en 22 distritos.

Con menos frecuencia que estos dos anteriores, los directores de distrito señalan otros recursos para motivar e incentivar a los profesionales:

En 10 distritos se consensúan los objetivos anuales con los profesionales y se les implica en el diseño de los mismos con este fin.

Nueve señalan el reconocimiento del trabajo como otro de los elementos empleados.

Ocho distritos citan, entre los recursos motivadores e incentivos utilizados el interés por los problemas de los profesionales, el dar respuesta a sus necesidades, y en definitiva, la buena política de comunicación interna.

Siete reconocen que el intercambio fluido de información entre el distrito y los centros ha sido un excelente recurso motivador.

Facilitar material y recursos es señalado por 7 distritos entre sus estrategias de motivación.

Sólo 2 distritos manifiestan que han intentado mejorar la coordinación entre niveles asistenciales (facilitar espacios de encuentro y resolver problemas en la gestión de las citas) por su influencia motivadora en los profesionales de sus centros.

d. Identificación de los elementos que motivan e incentivan a los profesionales: perspectiva de los directores de distrito

De los 41 distritos que responden a esta cuestión, en 33 se manifiesta que facilitar la formación de los profesionales es el elemento más valorado por éstos y que por lo tanto es un buen recurso motivador e incentivador.

Además, 21 directores de distrito creen que para los profesionales es muy importante el apoyo desde el distrito al trabajo que se realiza en los centros y el reconocimiento y el refuerzo a los logros que se consiguen.

La utilización de la productividad variable se cita en 18 de los distritos, matizando en la mayoría de los casos, que para ser bien valorada por los profesionales debería incrementarse la cuantía económica de la misma y garantizar la no linealidad ligándola siempre a objetivos medibles y consensuados previamente.

Sin embargo en muchos casos se afirma que los incentivos económicos no son los más importantes para los profesionales.

Once distritos aseguran que para los profesionales es motivador su implicación y participación en la planificación y en la toma de decisiones.

Con menos frecuencia se citan además:

En 8 distritos, la mejora en la coordinación entre niveles.

En 7, la adecuación de la infraestructura de los centros y los recursos materiales.

En 3 distritos, la promoción de los profesionales.

Y por último, y sólo citados en una o dos ocasiones:

El modelo retributivo

La estabilidad en el puesto de trabajo

Las posibilidades para la investigación

El feed-back de la información

La flexibilidad en las vacaciones y días libres

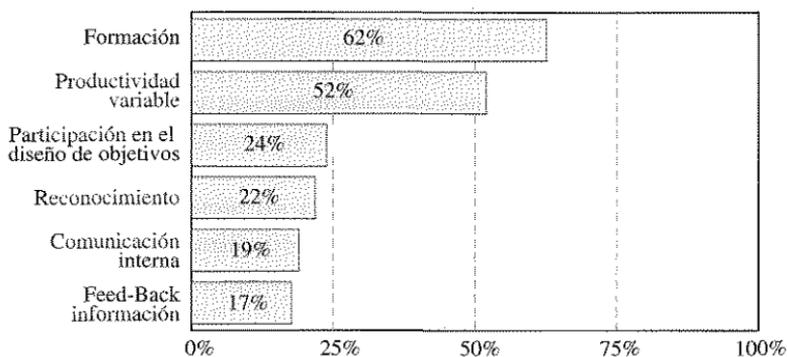


Fig. 72. Elementos motivadores e incentivos utilizados por los distritos (Elaboración EASP)

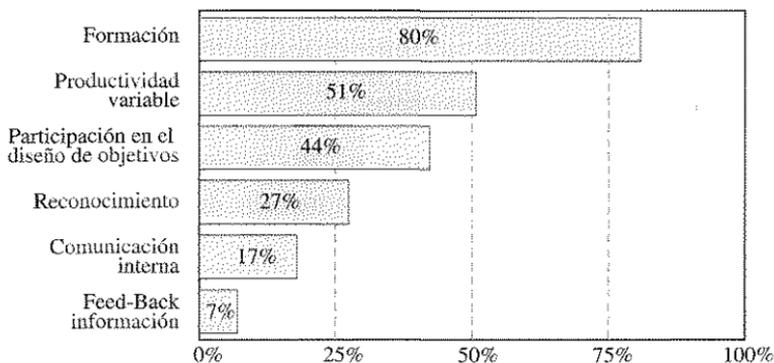


Fig. 73. Elementos que motivan a los profesionales (Elaboración EASP)

La discordancia mayor parece producirse en relación a la utilización de medidas de reconocimiento explícitas y verbales ante los logros de los profesionales, ya que sólo en 9 distritos se citan entre los utilizados en 1.993, cuando en 21 se asegura que es un importante elemento motivador e incentivador para los profesionales.

En el resto de elementos no aparecen grandes disonancias entre los que se utilizan y los que se cree que son los más valorados por los profesionales.

e. Perspectiva de los profesionales

Los profesionales de centros de salud que han participado en este estudio afirman unánimemente que la calidad y el desarrollo del PSMI, depende fundamentalmente de su motivación, de su interés y su preocupación por mejorar la salud de los usuarios. El grado de motivación de los profesionales es más importante incluso, que la formación y la competencia técnica.

En este sentido aseguran que los usuarios perciben la calidad de los servicios materno-infantiles en el trato y la buena comunicación con los profesionales que les atienden, en el tiempo que se les dedica y el interés que éstos demuestran por solucionar los problemas que su público les plantea. Y estas características definitorias de su modelo asistencial de calidad total supone necesariamente un elevado nivel de motivación por parte de los profesionales.

Ante todo esto, se muestra como una importante amenaza, el reconocimiento general en los centros de salud, de un clima de desmotivación, generado en opinión de los profesionales, por la utilización de incentivos inapropiados y por la ausencia de aquellos que aseguran tendrían un efecto motivador.

La productividad variable, en opinión de los profesionales, es el principal elemento desmotivador de los últimos años. Esta valoración negativa se extiende a la evaluación de resultados en función de los objetivos anuales, que se califica de parcial por centrarse fundamentalmente en el volumen asistencial y no en la calidad de la atención que se presta. Además se percibe un general desacuerdo con los objetivos que proponen los distritos, porque en opinión de los profesionales éstos responden más a los intereses de la organización que a los suyos propios y a las necesidades de salud de la población. Se evidencia un importante desacuerdo en este sentido.

Los incentivos económicos actuales son menos apreciados, además se califican de arbitrarios.

Junto a todo lo anterior, los profesionales señalan otros elementos desmotivadores:

Perciben desinterés en la organización por el PSMI que lo argumentan en base a la inexistencia de directrices claras, a las dificultades para realizar actividades de formación y para reciclarse en el hospital, a la escasez de matronas y a los problemas en la coordinación entre niveles. En opinión de los profesionales todas estas debilidades podrían solucionarse si los responsables las considerasen como tales, pero en general, no conocen esfuerzos en esta línea.

Se afirma que no se utilizan sistemas de reconocimiento desde los distritos con los profesionales que realizan bien su trabajo. Sería bien valorada la felicitación verbal o escrita en estas circunstancias.

También se manifiesta despreocupación desde los distritos por los resultados del trabajo de los profesionales que no están en relación con los objetivos anuales que éstos fijan.

Por último, la sobrecarga asistencial y la actual política de personal (no sustituciones) se mencionan como elementos que merman la motivación de los profesionales.

Todos los grupos de profesionales señalan, como principales y únicos elementos motivadores actualmente en su trabajo, el reconocimiento de los compañeros, la satisfacción y el reconocimiento de los usuarios, además del hecho de ser capaces de resolver los problemas de salud de su público.

E. ANALISIS DE LOS COSTES DEL PROGRAMA DE SALUD MATERNO-INFANTIL EN ANDALUCÍA

Los resultados que se presentan son el fruto del proceso metodológico descrito y por tanto sujetos a las limitaciones que se derivan de él. Como se menciona en el apartado referente a la metodología, se han obtenido dos productos diferentes por subprograma: la estimación del coste del protocolo/s y la estimación del coste incurrido en el año 1993. Como resultado global se presenta la estimación del coste del PSMI en el año 1993.

1. EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO: COSTE SEGÚN PROTOCOLO

En función del tipo de red (reconvertida/no reconvertida), forma organizativa del Centro que presta el servicio, resultado del episodio parto y lugar de la atención al puerperio, se ha estimado el coste de dieciocho escenarios, cuyos resultados se presentan a continuación utilizando la representación en árbol, a partir de los tres casos de atención al embarazo considerados.

CASO I: Atención al embarazo en Centros de Salud donde los controles los realiza el médico general

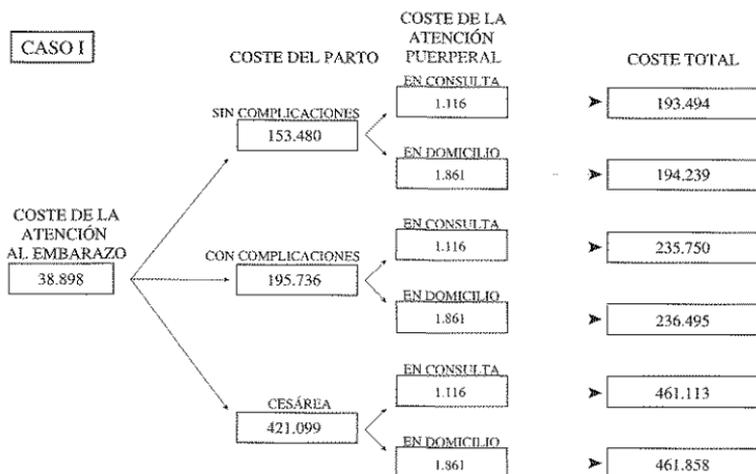


Fig. 74. Coste total de la atención al embarazo, parto y puerperio en Andalucía

CASO II: Atención al embarazo en Centros de Salud realizándose los controles de forma conjunta (Médico general +enfermería/matrona)

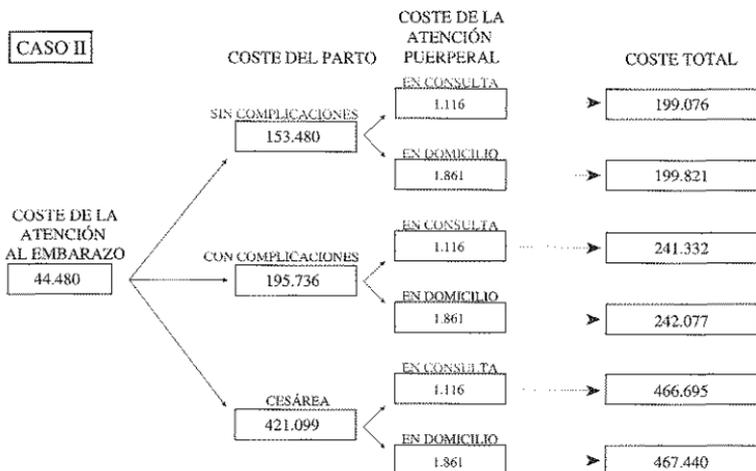


Fig. 75. Coste total de la atención al embarazo, parto y puerperio en Andalucía (Elaboración EASP)

CASO III: Atención al embarazo por el segundo nivel

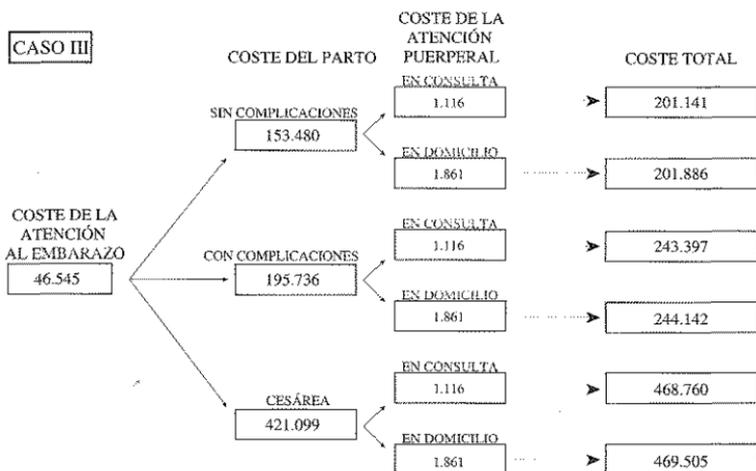


Fig. 76. Coste total de la atención al embarazo, parto y puerperio en Andalucía (Elaboración EASP)

2. SEGUIMIENTO DE LA SALUD INFANTIL: COSTE SEGÚN PROTOCOLO

El protocolo considerado corresponde a la Cartera de Servicios en cuanto al número de controles y momento temporal de su realización. Los profesionales implicados responden a diferentes consultas realizadas a profesionales. La estimación se ha realizado utilizando el coste/EVAP de Andalucía y el número de EVAP correspondientes a cada control. No se han tenido en cuenta el coste de las vacunas.

		PEDIATRÍA ENFERMERÍA	PEDIATRÍA	ENFERMERÍA	EVAP
Control 1 (1 mes)	Visita	2.977			1,6
Control 2 (3 meses)	Visita DTP+P	2.977			1,6
Control 3 (5 meses)	Visita DTP+P	2.977			1,6
Control 4 (7 meses)	Visita DTP+P			1.116	0,6
Control 5 (10 meses)	Mantoux		1.861		1
Control 6 (15 meses)	Visita TV+DTP+P			1.116	0,6
Control 7 (18 meses)	Visita	2.977			1,6
Control 8 (2 años)	Mantoux		1.861		1
Control 9 (3 años)	Visita		1.861		1
Control 10 (2 años)	Visita		1.861		1

Fig. 77. Seguimiento y control de la salud infantil
(Elaboración EASP)

3. PLANIFICACIÓN DE LA FECUNDIDAD: COSTE SEGÚN PROTOCOLO

Según se expone en el apartado de metodología se han considerado dos posibles escenarios dependiendo del tipo de red que presta el servicio (red reconvertida/red no reconvertida). Dicho servicio hace referencia a un servicio de anticoncepción debido a la imagen que del subprograma tienen tanto los profesionales como los usuarios.

Los dos posibles escenarios son los siguientes:

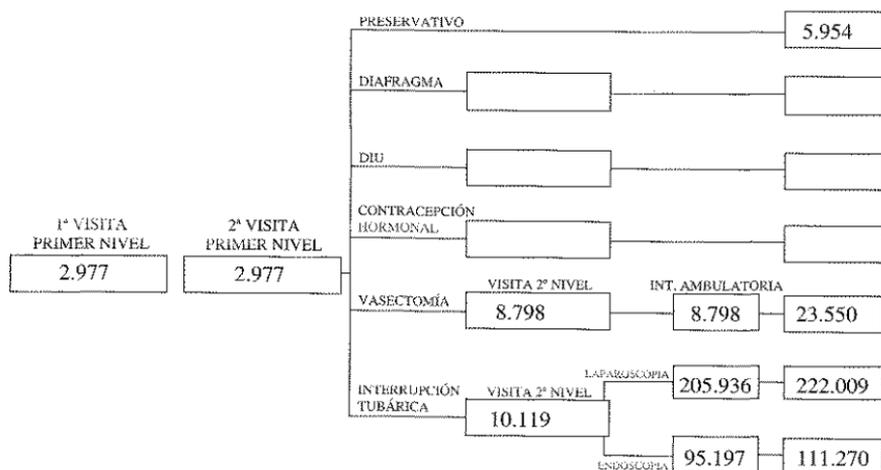


Fig. 78. Planificación de la fecundidad (Red Reconvertida)
(Elaboración EASP)



Fig. 79. Planificación de la fecundidad (Red No Reconvertida)
(Elaboración EASP)

4. COSTE DEL PROGRAMA EN 1993

En el cuadro siguiente aparecen los resultados referentes a los costes incurridos por los diferentes subprogramas en el periodo de estudio.

Tabla 47. Coste de los diferentes subprogramas

	COSTE MIN	COSTE MAX
Atención al embarazo, parto y puerperio	16.513.890.301	17.106.773.204
	Embarazo	1.216.533.617
	Parto	14.981.356.525
	Puerperio	56.838.331
	Educación maternal	259.142.828
Seguimiento de la salud infantil	426.305.085	426.305.085
Planificación de la fecundidad	920.371.301	920.371.301
TOTAL	17.860.566.688	18.453.449.590

(Elaboración EASP)

Queremos hacer notar que los resultados anteriores carecen de significado si no se tienen en cuenta algunas consideraciones a la metodología seguida (algunas de ellas mencionadas en dicho apartado) que exponemos a continuación:

A pesar de la existencia de diferentes fuentes, datos e indicadores referentes a cada subprograma, a la hora de estimar el coste de los mismos nos hemos encontrado con algunas lagunas de información que nos han llevado a tomar decisiones y formular hipótesis con objeto de obtener un resultado aproximado.

En la estimación de la atención al embarazo, parto y puerperio, se ha incorporado una aproximación a los costes de educación maternal suponiendo que todas las mujeres la han realizado en Atención Primaria lo cual podría sub-estimar el coste del programa. Otras hipótesis quedan reflejadas en la descripción del método utilizado.

El Seguimiento de la Salud infantil se encuentra enmarcado dentro del subprograma de Atención a la Salud Infantil, junto con el de vacunaciones y el de detección precoz de metabopatías, a los cuales no se les ha estima-

do el coste. En cuanto al de vacunaciones no se ha podido realizar ya que la información disponible hace referencia a niños de cohortes con 1 y 2 años de retraso, mientras que el no disponer de las actividades valoradas que conlleva el subprograma de detección precoz de metabopatías nos ha impedido su estimación. Los resultados aportados sólo contemplan el seguimiento a niños menores de 1 año suponiendo que éste se realizase en zonas reconvertidas. En zonas no reconvertidas la oferta de dicho subprograma es muy limitada y la información disponible se refiere fundamentalmente a esta población.

El subprograma de Planificación de la fecundidad es quizás, de todos los que forman parte del Programa de Salud Materno-Infantil, el que presenta menos grado de desarrollo. La imagen que tienen tanto la mayoría de los profesionales implicados como los usuarios, hace referencia más, a un servicio de anticoncepción que a todos aquellos servicios que en cierta medida se describen en la Cartera de Servicios. En cuanto a su imbricación con el segundo nivel de atención, se hacen más patentes tanto la descoordinación entre niveles como la no concepción de Programa por parte de atención especializada. La información disponible se limita al número de visitas e, indagando en otras fuentes, al volumen de bloqueos tubáricos. Esto, junto con algunas hipótesis mencionadas en la metodología sub-estiman el coste de este subprograma.

F. NECESIDADES Y RETOS ACTUALES DE LA SALUD MATERNO-INFANTIL

La consulta realizada a los grupos de expertos, cuyos perfiles se han descrito en la metodología, ha dado como resultado la identificación de una serie de necesidades que en el momento actual se plantean al Programa de Salud Materno-Infantil en Andalucía. Los resultados que se presentan en este capítulo se han de considerar como complementarios de la información aportada por el análisis de los indicadores de salud, así como de los retos planteados a los servicios por los usuarios y profesionales que están directamente implicados en la atención materno-infantil.

1. PLANIFICACIÓN DE LA FECUNDIDAD

Las necesidades que se planteaban a los servicios de planificación familiar antes de la puesta en marcha del Programa Materno-Infantil se centraban básicamente en las todavía elevadas tasas de natalidad, las enfermedades de transmisión sexual como problema al que no se le estaba dando una respuesta adecuada y la escasez de oferta en métodos de anticoncepción. Los escasos recursos existentes de planificación familiar se reducían a centros monográficos, situados en exclusiva en el medio urbano, con total ausencia de recursos en el medio rural. Esta situación condicionaba situaciones de desigualdad, no sólo geográfica, sino también para los grupos menos favorecidos socialmente, que tenían un peor (sino nulo) acceso a los servicios. Existían además problemas relacionados con la interrupción voluntaria del embarazo, no contemplada legalmente hasta la promulgación de la ley de despenalización. La necesidad de los servicios de planificación familiar sólo era sentida por determinados grupos sociales, y muchos profesionales no disponían de la adecuada formación para afrontar este tipo de problemas.

Ante esta situación de partida, el programa de planificación familiar dirige sus esfuerzos al control de la natalidad, aumentando la oferta y accesibilidad de los centros y de los métodos de anticoncepción. Las actividades, sin embargo, están excesivamente centradas en la consulta individual, con poco desarrollo de intervenciones activas en la comunidad. Esto condiciona la dificultad

existente para dar cobertura a los grupos de mayor riesgo, que no son alcanzados por los servicios. La población demanda cada vez más información acerca de los métodos anticonceptivos, pero también sobre otros aspectos más generales de atención a la sexualidad, que no se abordan suficientemente por el programa.

De este modo, se llega al momento actual, en el que los servicios de planificación de la fecundidad se enfrentan con los siguientes retos y necesidades:

- Los sectores de clase baja y marginales continúan sin acudir a los servicios de planificación.
- Necesidad de potenciar la estrategia de riesgo: redefinición de los riesgos y desarrollo de una metodología de trabajo específica.
- La cobertura global del programa es "baja" y no se han podido garantizar unos mínimos para toda la población.
- Necesidad de diseñar actuaciones dirigidas a los jóvenes y de abordaje específico del embarazo en adolescentes.
- Necesidad de poner énfasis en la prevención de SIDA y ETS.
- Nuevas demandas relacionadas con el cambio de rol de las mujeres en la familia y en la sociedad, especialmente su incorporación al mercado de trabajo.
- Necesidad de potenciar el papel del hombre en el tema de anticoncepción y su implicación en el proceso.
- Nuevas demandas de atención a los problemas de relaciones de pareja y disfunciones sexuales y necesidad de incorporar la educación sexual a las actividades del programa.
- Debate entre los profesionales sobre la necesidad de abordar en el programa otros problemas de salud de las mujeres no relacionados con la reproducción, por ejemplo, la atención al período menopáusic.

- Necesidad de atención a los problemas de infertilidad y de reproducción asistida, que cada día se perciben más como necesidad sentida.
- Aumenta la demanda de detección precoz del cáncer ginecológico.
- Necesidad de modificar el perfil de los métodos anticonceptivos ofertados, con incremento de los métodos naturales y de barrera.
- Excesiva medicalización de la anticoncepción que está expropiando la capacidad de autocuidados de la gente y genera dependencia de los servicios.
- La estructura del programa es demasiado rígida, habría que adaptar la oferta de servicios a grupos específicos de población.
- Adaptación de horarios a las necesidades de diferentes públicos.
- Persiste la problemática de la coordinación entre niveles y entre profesionales, con repercusiones sobre la continuidad de la atención a las usuarias.
- Persisten todavía algunas desigualdades geográficas relacionadas con la existencia de dos tipos de redes en atención primaria.
- Necesidad de desarrollo de la intersectorialidad.
- Necesidad de continuar la formación de los profesionales centrándola en aspectos de comunicación y educación: hay que desarrollar instrumentos de educación para la salud.
- Necesidad de diversificar la atención atendiendo a los aspectos diferenciales de cada mujer.
- Los problemas de accesibilidad al segundo y tercer nivel no han desaparecido.
- Aún existen en algunos casos dificultades de acceso para IVE.
- Persisten las dificultades de accesibilidad a las esterilizaciones, por las listas de espera y por las trabas que suponen la aplicación de criterios meramente clínicos.

2. ATENCIÓN A LA MATERNIDAD Y AL NACIMIENTO

El programa de salud materno-infantil se enfrenta en su inicio a una situación en la que existen buenos indicadores de mortalidad general, pero aún son elevadas las tasas de mortalidad perinatal, especialmente mejorable en mortalidad antenatal. El control del embarazo no era una necesidad sentida mayoritariamente por la población, aunque sí se percibía la necesidad de que el parto se realizara en el medio hospitalario. El control de embarazo no existía como tal, de manera organizada y con protocolos de actuación definidos. Las desigualdades de acceso a los servicios eran evidentes, ya que la atención al embarazo era realizada en su mayor parte por servicios de tipo privado. Especialmente importante era la ausencia casi total de actividades de promoción de la salud durante el control del embarazo.

Durante el desarrollo del programa hasta la actualidad, empieza a surgir la necesidad de control de embarazo como demanda expresada de la población. Entre los profesionales, se hace patente que hay que unificar los criterios para controlar adecuadamente un embarazo y se evidencia la necesidad de detectar y prevenir los riesgos durante la gestación. Sin embargo, existen dificultades para dar cobertura a los grupos de riesgo. Existen graves problemas de continuidad de la atención, debidos a las dificultades de coordinación entre los distintos niveles asistenciales implicados en el proceso. Por otra parte, las actividades del programa se centran en los aspectos biológicos y se conoce muy poco acerca de las necesidades percibidas por las usuarias de los servicios.

En el momento actual, el programa de atención al embarazo, parto y puerperio se enfrenta, según los expertos consultados, a los siguientes retos:

- Necesidad de potenciar la estrategia de riesgo.
- Necesidad de abordaje específico del embarazo en adolescentes.
- Reto de aumentar la calidad total de la atención perinatal, considerando el nacimiento como un proceso natural y no relacionado con conceptos de enfermedad.

- Surge la necesidad de abordar de forma más "humanizada" la atención al parto, ofertando una atención personalizada y confortable.
- Siguen existiendo problemas de accesibilidad a los especialistas.
- Persisten desigualdades geográficas relacionadas con la existencia de dos tipos de redes en atención primaria.
- Persiste la problemática de la coordinación entre niveles y entre profesionales, con repercusiones sobre la continuidad de la atención a las usuarias.
- Surge la necesidad emergente de potenciar el papel de la pareja en el proceso de atención al embarazo y parto, versus la atención exclusivamente a la mujer.
- Nuevas demandas de adecuación de los servicios relacionadas con el cambio de rol de las mujeres en la familia y en la sociedad.
- Necesidades de ayuda y apoyo psicosocial durante el embarazo y el posparto, no adecuadamente cubiertas.
- Surge como necesidad emergente el diagnóstico prenatal y el consejo genético como prevención de malformaciones y discapacidades.
- Necesidad de diversificar la atención atendiendo a los aspectos diferenciales de cada mujer.

3. SALUD DURANTE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

La situación de la salud de los niños y niñas andaluces antes del inicio del PSMI se caracterizaba por unas tasas de mortalidad infantil en descenso, pero aún elevadas especialmente en mortalidad perinatal. Predominaban las enfermedades transmisibles como causas de morbilidad durante la infancia, sobre

todo las relacionadas con problemas de saneamiento básico (por ejemplo, enfermedades de transmisión hídrica). Las enfermedades susceptibles de prevención mediante la inmunización presentaban altas tasas de incidencia, con bajas coberturas vacunales, mínima protocolización de la administración de las vacunas, escasez relativa de puntos de vacunación y deficiencias en la cadena de frío. Predominaban así mismo los problemas relacionados con la alimentación y nutrición, así como los de salud buco-dental.

Los servicios de atención a la salud infantil se dirigían sobre todo a la atención de la enfermedad y, aunque existían actividades de tipo preventivo, estas no estaban integradas en la red de servicios asistenciales. Por tanto, se caracterizaba por la ausencia de integración entre actividades asistenciales y preventivas, sin actuaciones protocolizadas. Tampoco se realizaban de manera sistemática actividades de promoción de la salud ni de detección precoz de riesgos a nivel poblacional. La escasa oferta de servicios se concentraba en el medio urbano, evidenciándose dificultades de acceso en el medio rural, lo cual creaba situaciones de desigualdad. Igualmente, los grupos menos favorecidos económica y culturalmente recibían menos atención.

Durante la década de desarrollo del Programa, se han producido cambios importantes que han transformado el perfil de necesidades y demandas a los que deben enfrentarse los servicios de atención a la salud infantil en la actualidad. Han disminuido de manera espectacular las tasas de natalidad y ha aumentado la sensibilidad social hacia determinados problemas de la infancia. Las enfermedades vacunables han disminuido en incidencia en su conjunto, y el brote de poliomielitis declarado en Andalucía en 1987-1988 condicionó un cambio en la estrategia de los servicios de vacunación, que ha ido impregnando también al resto de los servicios materno-infantiles en nuestra comunidad. Entre las enfermedades transmisibles, surgen como nuevos problemas el SIDA infantil y la hepatitis B. Muchas de las necesidades que anteriormente no se planteaban, ahora se convierten en demandas expresadas por la población: seguimiento y vigilancia de la salud infantil, detección precoz de problemas prevenibles, atención al desarrollo de hábitos y estilos saludables en los niños... Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados, continúa pendiente la atención adecuada a los grupos de riesgo social, donde surgen nuevos perfiles de necesidad.

En la actualidad, se plantean los siguientes retos a los servicios de salud infantil:

- Se percibe la necesidad de avanzar en la mejora de la calidad de la atención perinatal.
- Persisten problemas relacionados con hábitos y estilos de vida: consumo de drogas, alcohol y problemas nutricionales.
- Sensibilidad mayor a la atención de los problemas de salud mental infantil y necesidades derivadas (p.e. fracaso escolar).
- Necesidades no cubiertas de atención a los niños con enfermedades de tipo crónico, que predominan sobre la morbilidad aguda.
- Aparecen nuevas poblaciones de riesgo (por ejemplo, niños portadores de VIH-SIDA) y se agudiza la necesidad de potenciar la estrategia de riesgo.
- Creciente demanda de atención al problema del maltrato infantil, que incluye cada vez una gama más amplia de situaciones: maltrato físico, negligencia, abuso sexual, vulneración de los derechos de intimidad y privacidad de los niños...
- Persisten las necesidades de atención a los niños en instituciones: en el hospital, en centros de acogida...
- Necesidad de un abordaje específico de problemas durante la adolescencia: embarazo en adolescentes, accidentes de tráfico, educación sexual.
- Los nuevos problemas de salud son menos vulnerables a las actuaciones médicas, lo que condiciona la necesidad de potenciar mecanismos de trabajo intersectorial.
- Se están delegando muchas responsabilidades relacionadas con el cuidado de los hijos sobre los servicios sanitarios.
- Persisten desigualdades geográficas relacionadas con la existencia de dos tipos de redes de atención primaria y el escaso desarrollo del programa en la red no reconvertida.
- Continúan los problemas de continuidad de la atención, derivados de la insuficiente coordinación entre diferentes niveles del sistema.

- Necesidad de trabajar con protocolos comunes entre el nivel primario y el especializado para mejorar la atención a los niños con problemas crónicos.
- Aparecen nuevas demandas a los servicios de salud relacionadas con el cambio de rol de las mujeres en la familia y en la sociedad, especialmente su incorporación al mercado de trabajo: problemas de accesibilidad derivados de la necesidad de compaginar el cuidado de los hijos con la actividad laboral
- Multiplicidad de sistemas de registro del programa que, sin embargo, no son sensibles a los nuevos problemas de salud que están surgiendo
- Se manifiesta de manera creciente por parte de los profesionales la demanda de contar con mecanismos de evaluación de la calidad de la atención a la salud infantil, ausentes en la actualidad

Muchas de las necesidades y demandas identificadas por los expertos y enunciadas anteriormente, coinciden con la perspectiva que de los servicios de salud materno-infantil nos ofrecen sus usuarios, y otras no tanto. Sin embargo, las diferentes perspectivas (expertos, profesionales, usuarios) son más bien complementarias, a pesar de que, en ocasiones, nos ofrezcan visiones diferentes, tal y como corresponde a los puntos de vista de los distintos actores implicados en la salud materno-infantil. Las conclusiones que sobre la evaluación del Programa Materno-Infantil se ofrecen a continuación, combinan las diferentes opiniones, con la información cuantificada recogida de los registros y estudios específicos existentes. De esta manera se intenta dibujar, de manera plural, los cambios operados en la salud materno-infantil, la opinión que de los servicios tienen sus propios usuarios, los puntos fuertes y débiles de su funcionamiento, el coste que supone la oferta actual y los retos a los que se enfrenta el programa en la actualidad.

IV. CONCLUSIONES

A. PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

1. Durante la última década se ha producido un marcado descenso en las tasas de fecundidad en Andalucía, sobre todo a expensas de las mujeres más jóvenes. A este hecho se añade el retraso de la edad materna al tener el primer hijo y el descenso de los nacimientos de rango superior. Estos cambios de los patrones reproductivos se están produciendo desde décadas anteriores y son comunes al resto de España y países del entorno. El descenso de la fecundidad no puede considerarse un cambio claramente atribuible al efecto de los servicios de planificación familiar, ya que responde a una serie compleja de factores sociales y culturales. Sin embargo, una mayor accesibilidad a los servicios y métodos anticonceptivos favorece una reproducción deseada. Probablemente este comportamiento social no habría podido tener lugar de igual forma sin la disponibilidad de información, asesoramiento y atención en los servicios de planificación familiar.
2. La oferta de servicios de planificación familiar ha experimentado un aumento muy importante durante la década, favoreciendo la accesibilidad a este tipo de servicios, especialmente en el medio rural, donde eran prácticamente inexistentes antes de la puesta en marcha del PSMI. Sin embargo, en el momento actual la oferta de este programa es la más limitada del PSMI, así como la de mayor centralización en el centro de salud a nivel de las zonas básicas.
3. A pesar del incremento de la oferta de servicios durante estos años, los indicadores de cobertura del programa muestran que no se está llegando a una población extensa o, haciendo otra lectura, que el programa es utilizado por un grupo de población femenina limitado. Las diferentes valoraciones que puede merecer este hecho forman parte del debate existente entre los profesionales acerca de si el proceso de planificación de la fecundidad debe estar más o menos medicalizado o sanitizado. Por otra parte, la interpretación de las coberturas se ve dificultada por la diversidad de actividades incluidas en el programa (anticoncepción, prevención de ETS, orientación sexual a jóvenes, etc.), que están dirigidas a grupos diana distintos y para las cuales, sin embargo, no se definen indicadores de cobertura específicos.

B. PROGRAMA DE ATENCIÓN AL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

1. Los indicadores de salud materna y perinatal han experimentado una mejora en nuestro ámbito durante la última década, probablemente en relación con los avances en la calidad de la atención al embarazo y parto, entre otros factores. Esta mejora se refleja en la disminución de la mortalidad materna, el descenso de la mortalidad perinatal y neonatal, la disminución de la morbilidad materna por causas prevenibles mediante la atención sanitaria y el aumento de los indicadores de salud de los recién nacidos. Estos indicadores se sitúan en la actualidad en niveles comparables con el resto de España y otros países de nuestro entorno. Algunas de estas tendencias se venían evidenciando ya antes de la puesta en marcha del PSMI; sin embargo, en la actualidad los avances experimentados sitúan a Andalucía en una mejor posición en relación a España que en décadas anteriores.
2. La competencia y capacidad de respuesta de los servicios públicos y de los profesionales que atienden al embarazo y parto (más explícitamente, del hospital público) genera opiniones positivas entre las usuarias y apoyan la sensación de seguridad manifestada por las mujeres consultadas al entrar en contacto con este servicio. No obstante, el ambiente del hospital en el momento del parto provoca opiniones desfavorables respecto al trato, la atención, la información, la comunicación y la explicación del proceso. Es esta una debilidad importante a revisar en el conjunto del PSMI, en un momento como el del parto que, además, es considerado de vital importancia por las propias mujeres. La atención al parto y al puerperio inmediato es considerada también como el "punto crítico" de este programa por los profesionales consultados.
3. Las prácticas obstétricas en relación al parto se están modificando durante los últimos años, no sólo de forma cuantitativa, sino también de manera cualitativa. Especialmente ilustrativo es el aumento experimentado por el porcentaje de cesáreas en los hospitales andaluces, fenómeno que es común a hospitales con diferente nivel de especialización. La terminación del parto mediante cesárea supone, además, un aumento del coste marginal de la atención al parto. Sin embargo, en la actualidad el PSMI no está manejando indicadores que permitan evaluar el impacto de estas transformacio-

nes de las prácticas obstétricas sobre la salud y la calidad de la atención ofrecida. El aumento de la medicalización contribuye a que el proceso de embarazo, parto y puerperio sea atendido más como enfermedad que como proceso de salud. Este hecho podría estar comprometiendo el avance en la calidad total de la atención perinatal, que es percibida por los profesionales como una de las necesidades que tendría que abordar el PSMI en el momento actual.

4. La extensión de la oferta y de la cobertura de los servicios de control de embarazo ha sido importante durante la década. La oferta actual del control de embarazo en los servicios de atención primaria es una de las más amplias del PSMI (la segunda, después del programa de vacunaciones). Las usuarias consideran la oferta de cita previa en atención primaria y el acceso a las pruebas complementarias desde este nivel de atención como uno de los puntos fuertes del programa. Asimismo, la cercanía de la matrona en las zonas básicas de salud de la red no reconvertida y la propia existencia del programa en la red reconvertida, son identificadas por las usuarias como fortalezas. Sin embargo, en el momento actual, los indicadores de cobertura resultan insuficientes para monitorizar el desarrollo del programa y se identifica la necesidad de la elaboración de indicadores de calidad y de efectividad que permitan evaluar el impacto de las actuaciones realizadas.
5. Las usuarias consultadas valoran positivamente el control de embarazo y la educación maternal, el trato personalizado recibido en el Centro de Salud y las explicaciones recibidas durante el proceso. Se destaca el hecho de haber tenido consejo durante el embarazo, aunque se considera que debería apoyarse más en el intercambio de experiencias entre las mujeres y dar continuidad a la información tras el parto. Sin embargo, tanto las usuarias como los profesionales identifican una excesiva orientación de la Educación Maternal hacia el momento del parto. La importancia de los hábitos y estilos de vida durante el embarazo para la salud, tanto de la madre como del niño, avalan la necesidad de priorizar los contenidos de promoción de la salud en la atención al embarazo y de desarrollar indicadores que permitan evaluar su efectividad.
6. El esfuerzo realizado durante los últimos años para extender el servicio de la visita puerperal, se ve reflejado en el importante aumento experimentado en la oferta y cobertura de esta actividad y en la valoración positiva que

de ella tienen los propios profesionales. Las mujeres que han sido beneficiarias de visita puerperal la consideran como un servicio no esperado y explicativo de la "nueva seguridad social", que puede estar influyendo en el fortalecimiento del programa. La necesidad de desarrollar indicadores de calidad y de efectividad es identificada también en este área.

7. La deficiente coordinación entre niveles de atención, y sus consecuencias sobre la ruptura de la continuidad de la atención a las usuarias, es identificada por los profesionales consultados como la debilidad más importante del programa de atención al embarazo, parto y puerperio, y, en general, de todo el PSMI. Existen protocolos comunes entre niveles en la práctica totalidad de los distritos en relación a la atención al embarazo; sin embargo no existe un suficiente intercambio de información entre profesionales, los soportes documentales existentes se perciben como poco adecuados y las reuniones y la formación sistemática conjuntas entre los diferentes profesionales son prácticas poco habituales. También las usuarias consultadas consideran la deficiente coordinación como un punto débil del programa. La intervención de diferentes servicios y profesionales para un mismo asunto, los cambios frecuentes de profesionales y las instrucciones contradictorias, se unen a cierta desinformación sobre el papel que tiene cada profesional y sobre las competencias de los mismos.

8. El coste de este subprograma es el más alto de entre todos los componentes del PSMI, dado el importante peso de los servicios hospitalarios en el proceso de atención al parto. En conjunto, el coste del subprograma en 1993 se estima en alrededor de 17.000 millones de pesetas. De esta cantidad global, unos 2.000 millones de pesetas son imputables a la red de atención primaria, actividades de control de embarazo, educación maternal y visita puerperal. Merece la pena destacar que estas actividades suponen unas 40.000 Pts por usuario, lo que aparece un coste muy asumible, dada la satisfacción que generan en la población que recibe estos servicios.

C. PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD INFANTIL

1. Durante la última década han mejorado los indicadores de salud infantil en Andalucía. Este avance se ve reflejado en un descenso de la mortalidad perinatal e infantil y disminución de las desigualdades interprovinciales en las tasas de mortalidad durante el primer año, una importante reducción de la mortalidad por afecciones perinatales y una pérdida de la importancia de la mortalidad por accidentes antes de los primeros doce meses de vida del niño. Ha disminuido también la mortalidad en niños de 1 a 14 años, con un importante descenso de la mortalidad por accidentes en los más pequeños.
2. La evolución de determinados problemas prevenibles a los que se ha dirigido el PSMI ha sido claramente favorable. Ha disminuido la prevalencia de las enfermedades prevenibles por vacunación y se han evitado las secuelas de las metabopatías congénitas. En suma, un porcentaje cercano al 90% de los padres y madres andaluces encuestados en las ENS percibe el estado de salud de su hijo o hija como bueno o muy bueno.
3. Se han identificado como problemas emergentes que afectan a la población infantil las patologías crónicas y discapacitantes, los nuevos problemas infecciosos (p.e. sida), los problemas derivados de la aparición de grupos de riesgo diferentes (p.e. inmigrantes), los malos tratos a los niños y algunos problemas de salud perinatal que parecen ir en aumento (p.e. prematuridad y bajo peso). Estos niños con necesidades especiales plantean nuevas demandas a los servicios de salud. Los grupos de usuarios consultados formados por padres de niños con patologías crónicas demandan algún tipo de atención a los aspectos psicológicos y emocionales de estos procesos, tanto para sus hijos como para ellos mismos. Igualmente, se percibe la información recibida en los hospitales más como normativa que como oferta de servicios, y que algunas instalaciones del hospital no se adecuan a las necesidades de los niños ni de sus padres.
4. La atención especial a los grupos de riesgo plantea hoy nuevas necesidades al PSMI, relacionadas con la aparición de problemáticas distintas y perfiles de riesgo diferentes a los de los grupos de riesgo identificados en épocas anteriores. Merece la pena citar a los niños con mayor riesgo de padecer

D. FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL PROGRAMA

Las fortalezas y las debilidades que en el momento actual presenta el PSMI en su conjunto, derivan de los resultados de la evaluación realizada. Esta imagen no se puede concebir como estática en el tiempo, sino que el programa es un elemento dinámico que va adaptando sus objetivos y estrategias a las necesidades y demandas que presenta la población materno-infantil en cada momento. Como tal, pensamos que la identificación de sus puntos fuertes permite dirigir actuaciones a potenciarlos, y la detección de sus debilidades resulta de utilidad para intentar minimizarlas.

1. FORTALEZAS A POTENCIAR

- a. La buena situación de los indicadores de salud materno-infantil y su mejora a lo largo de la década es uno de los puntos fuertes del programa: La población materno-infantil de Andalucía está más sana hoy que hace diez años
- b. La oferta de los servicios de salud materno-infantil es muy amplia en su conjunto, sin que se presenten problemas de accesibilidad geográfica
- c. Los servicios ofertados por la "nueva seguridad social" merecen una valoración muy positiva por parte de los usuarios del programa, especialmente la educación maternal, control del embarazo, visita puerperal y seguimiento de la salud infantil
- d. La red reconvertida de atención primaria de salud ofrece características diferenciales que son valoradas como puntos fuertes del programa por usuarios y profesionales
- e. La capacidad técnica de los profesionales que trabajan en los servicios de salud materno-infantil, tanto en el nivel primario de atención como en el especializado, constituye una fortaleza del programa, valorada muy positivamente por los usuarios
- f. El trabajo según la estrategia de riesgo está bien desarrollado en los servicios de salud materno-infantil e integrado como necesidad por parte de los profesionales que trabajan en el programa

2. DEBILIDADES A MINIMIZAR

- a. La deficiente coordinación entre los diferentes niveles de servicios y entre los diversos profesionales implicados en el proceso de atención a madres y niños fractura la necesaria continuidad de la atención a los usuarios.
- b. La atención al parto se identifica como "punto crítico" en el conjunto de servicios ofrecidos por el programa de salud materno-infantil, tanto por los profesionales como por las usuarias.
- c. Los usuarios no están siendo adecuadamente informados sobre la oferta de servicios que pone a su alcance el programa, sobre por qué son atendidos por unos profesionales y no por otros y sobre cuáles son las competencias de cada uno.
- d. Persisten desigualdades en la oferta y accesibilidad a los servicios por la coexistencia de dos tipos de redes de atención primaria con diferentes características.
- e. La oferta de servicios podría mejorarse ampliando su diversidad y flexibilizando sus características para adecuarla mejor a los distintos segmentos de población a los que se dirige el programa, y que presentan necesidades y demandas diferenciadas.
- f. Los sistemas de información del programa no se muestran suficientemente sensibles para detectar cambios en las necesidades de salud de la población y disponen de pocos indicadores que ofrezcan información sobre la calidad (versus extensión), la efectividad y el impacto sobre la salud de las actuaciones que se están llevando a cabo.

V. RECOMENDACIONES

Como resultado del proceso de evaluación, se proponen las siguientes líneas de mejora para el Programa de Salud Materno-Infantil en Andalucía:

1. *Reorientar y adaptar los servicios a las nuevas necesidades y demandas planteadas en salud materno-infantil, especialmente hacia:*
 - ✓ La atención a niños con problemas crónicos, potenciando un enfoque centrado en la diversificación de la oferta para necesidades diversas.
 - ✓ La atención a nuevas poblaciones de riesgo en salud materno-infantil.
 - ✓ La atención a las necesidades de apoyo emocional a los diversos grupos de población a los que atiende el PSMI (embarazadas, madres en el puerperio, mujeres que demandan IVE, niños con problemas crónicos, etc.).
 - ✓ La atención a la problemática planteada por la población adolescente de manera que se cubran las necesidades de este grupo en su sentido global, no sólo las relacionadas con la anticoncepción o la sexualidad. Para ello sería conveniente formar a los profesionales, ampliar de manera efectiva la edad pediátrica e incluir en la monitorización del PSMI indicadores de evaluación de la atención a niños mayores y adolescentes.

2. *Reorientar los servicios del PSMI hacia un modelo de oferta flexible y diversificada*
 - ✓ Asegurar unos mínimos en la oferta de servicios a la población materno-infantil de Andalucía. Esto supone, entre otras cosas, disminuir las desigualdades de oferta entre los dos modelos asistenciales que actualmente coexisten en los servicios de atención primaria.
 - ✓ Ofrecer una variedad amplia de servicios para que el usuario pueda elegir, de modo que los diversos segmentos de población pudieran reconocer en esta variedad las respuestas a sus necesidades específicas.
 - ✓ Segmentar la oferta y adaptar las estrategias de captación a grupos de población con necesidades y características diferentes.

- ✓ Desarrollar indicadores de calidad que complementen los de cobertura de servicios.
 - ✓ Desarrollar protocolos flexibles y adaptados a necesidades diversas de atención. Por ejemplo, la educación maternal dirigida a primíparas podría ser diferente a la que se dirige a mujeres con hijos, la visita puerperal a domicilio es más importante para determinados segmentos de población que para otros, etc.
3. *Explicar a los usuarios del programa los cambios introducidos en los servicios de salud materno-infantiles a partir de lo que ellos consideran la "nueva seguridad social":*
- ✓ Desarrollar un plan de comunicación de la reforma de los servicios en el que los propios profesionales, apoyados por la institución, expliquen los cambios de modo que:
 - a) Los usuarios identifiquen claramente el PSMI.
 - b) Los usuarios sepan qué servicios les ofrece el programa.
 - c) Los usuarios sepan por qué estos servicios los prestan unos profesionales y no otros y cuáles son las competencias de cada uno.
4. *Potenciar dentro de las actividades del PSMI aquellas dirigidas a la promoción de la salud:*
- ✓ Potenciar los servicios "estrella" del PSMI, identificados con la "nueva seguridad social" que son bien valorados por las usuarias: educación maternal y control de embarazo, atención puerperal y seguimiento de la salud infantil y la extensión de su oferta, solucionando los problemas de desigualdad entre redes.
 - ✓ Extender las características de estas actividades, que son valoradas positivamente por las usuarias, a otros servicios del PSMI (atención, explicaciones, dedicación, trato).
 - ✓ Dar continuidad a las actividades de promoción de salud en el nivel hospitalario. Como ejemplos se proponen aprovechar el puerperio inmediato para promocionar la lactancia materna y educar en cuidados del recién nacido; utilizar la estancia hospitalaria de niños con problemas crónicos para ofrecer información y apoyo emocional al niño y a su familia.

- ✓ Potenciar los autocuidados y evitar la dependencia de los servicios sanitarios.
- ✓ Desarrollar e incluir en la monitorización del PSMI indicadores que permitan evaluar este tipo de actividades. Por ejemplo, prevalencia de lactancia materna, indicadores de crecimiento y desarrollo, información sobre hábitos, etc.

5. *Potenciar el desarrollo del enfoque de riesgo en los servicios de salud materno-infantiles:*

- ✓ Redefinir los criterios de riesgo actualmente utilizados para las diversas actividades, adaptándolos a los grupos de riesgo actualmente emergentes y evaluando su capacidad predictiva.
- ✓ Segmentar la oferta de servicios y potenciar estrategias de captación adecuadas a las características y necesidades de los diversos grupos de riesgo.
- ✓ Facilitar a los profesionales el conocimiento de la población que tienen adscrita.
- ✓ Integrar estas actividades en la práctica cotidiana de los profesionales facilitando la intervención mínima en consulta; promover la captación de grupos de riesgo aprovechando las oportunidades que se presentan durante la atención sanitaria por otros motivos.
- ✓ Potenciar la coordinación entre los distintos profesionales y actividades del PSMI, así como entre los diferentes niveles de atención, para facilitar la captación de grupos de riesgo. Por ejemplo, la captación después del parto mediante la comunicación entre el hospital y el nivel primario de atención.

6. *Asegurar la continuidad de la atención a los usuarios del PMSI.*

La deficiente coordinación es el punto débil más importante del PSMI a juicio de los profesionales consultados, debilidad que es también percibida por las usuarias y que se ve reflejada en los sistemas de información del programa. Los profesionales del nivel especializado no suelen reconocer el programa, ni identifican las actividades que realizan como parte integrante

del mismo. Probablemente, el modelo de coordinación que se ha propuesto no responda a las características del trabajo que se realiza en el nivel especializado, donde la coordinación se plantea como necesidad a partir del "caso", mientras que en el nivel primario se plantea a partir de la "población". Para mejorar la continuidad de la atención se proponen las siguientes medidas:

- ✓ Clarificar las funciones del responsable del PSMI como garante de la coordinación entre niveles
- ✓ Establecer canales de comunicación adecuados entre los distintos niveles de atención que faciliten tanto el intercambio de información como la modificación de las actitudes de los profesionales ante la coordinación:
 - a) Potenciando la elaboración y/o la revisión de protocolos conjuntos
 - b) Definiendo los soportes de información adecuados que garanticen el flujo de la información
 - c) Estableciendo actividades comunes entre profesionales de distintos niveles (sesiones clínicas, reuniones organizativas, proyectos de investigación comunes, etc)
 - d) Asegurando la formación conjunta de profesionales de ambos niveles
 - e) Potenciando las comisiones conjuntas de garantía de calidad
 - f) Realizando la evaluación conjunta de los resultados del programa
- ✓ Mejorar la coordinación entre las distintas actividades y subprogramas que componen el PSMI, y entre los diferentes profesionales que, incluso en el mismo nivel, atienden al usuario.
- ✓ Extender el programa de cita previa existente en el nivel primario tanto para el propio nivel primario como para el especializado.
- ✓ Potenciar que sea un único profesional el que realice el seguimiento de la demanda planteada por el usuario y procurar que los especialistas de referencia sean siempre los mismos.
- ✓ Desarrollar indicadores de evaluación del PSMI que integren las actividades realizadas en el nivel especializado de atención y mejorar los sistemas de información del programa para facilitar el intercambio de información entre niveles.

7. *Potenciar la formación de los profesionales del PSMI para mejorar su capacidad de enfrentar las necesidades emergentes y para facilitar la transformación de actitudes hacia nuevas formas de trabajo:*
- ✓ Facilitar la capacitación de los profesionales para dar respuesta a los nuevos problemas de salud que se plantean en la actualidad. Por ejemplo, problemática de la adolescencia, niños con problemas crónicos o discapacitantes, apoyo al bienestar psicológico del niño y su familia, etc.
 - ✓ Potenciar la formación en áreas relacionadas con habilidades de comunicación y técnicas de consejo e intervención mínima en consulta.
 - ✓ Facilitar la formación en metodologías de trabajo con enfoque de riesgo adaptadas a los nuevos grupos de riesgo.
 - ✓ Potenciar la formación en metodologías de evaluación de las actividades que realizan. Por ejemplo, evaluación de programas, garantía de calidad, evaluación de educación para la salud, etc.
 - ✓ Facilitar la formación continuada entre profesionales de diferentes niveles de atención.
8. *Adaptar los sistemas de registro e información del PSMI a las nuevas necesidades de modo que permitan:*
- ✓ Desarrollar mecanismos de información sobre la evolución de la situación de salud de la población materno-infantil y de las necesidades a las que habría que dar respuesta.
 - ✓ Introducir indicadores de evaluación de la efectividad de las intervenciones, especialmente de aquellas relacionadas con la promoción de la salud: educación maternal, visita puerperal, seguimiento de salud infantil, en el seguimiento del PSMI.
 - ✓ Desarrollar indicadores de evaluación de la calidad de las actividades realizadas, incluyendo indicadores de satisfacción de los usuarios del PSMI.
 - ✓ Potenciar los sistemas de registro que permitan realizar imputaciones de consumo de recursos específicos a las intervenciones realizadas en ambos

niveles de atención, de manera que sea posible la evaluación del coste-efectividad de las mismas.

- ✓ Revisar y unificar los criterios de riesgo y su sistema de registro, incluyendo en la monitorización del PSMI de manera sistemática indicadores de atención al riesgo.
- ✓ Incluir en los sistemas de información del PSMI indicadores relacionados con el nivel especializado de atención de manera que formen parte de los mecanismos de evaluación del PSMI. Por ejemplo, indicadores de atención al parto o de intervenciones de planificación familiar realizadas en el nivel especializado.
- ✓ Simplificar y unificar criterios de información mínima necesaria adecuada a los requerimientos de cada uno de los niveles implicados en el PSMI.
- ✓ Interconectar los registros de forma que se evite la información redundante que va en detrimento de la atención a los usuarios y perjudica la utilización eficiente del tiempo de los profesionales.
- ✓ Establecer con claridad los flujos de los datos y de la información generada, garantizando el retorno de la información a aquellos que la generan.

9. *Profundizar en la elaboración de instrumentos de gestión que permitan conocer mejor los productos del programa y su coste.*

En la actualidad, el conocimiento de los servicios asignables al programa y la estimación del coste de los mismo solo se puede realizar de una manera aproximada. En el futuro inmediato la legitimación y consolidación del programa pasa ineludiblemente por conocer con la mayor exactitud qué hace el programa, quién lo hace y a qué coste. Por lo tanto, algunas medidas a realizar incluyen:

- ✓ Desarrollar sistemas homogéneos para atención primaria de valoración de las actividades, tipo escalas relativas de valor, que identifiquen de manera individual los servicios incluidos en el programa.
- ✓ Profundizar en identificar los servicios que recibe cada usuario en particular mediante el establecimiento y, sobre todo, el conocimiento del protocolo de actuaciones de cada distrito.

- ✓ Desarrollar a nivel especializado mecanismos que permitan diferenciar e identificar aquellas actividades atribuibles al programa, para facilitar el conocimiento de la actividad y permitir asignar coste al producto global del programa.
- ✓ Desarrollar, en relación a la asignación de costes en atención primaria debe producirse un esfuerzo en el desarrollo de sistemas de contabilidad analítica que la equiparen al nivel hospitalario.
- ✓ Proporcionar información sobre los costes variables imputables a las actividades del programa, facilitando de este modo la gestión de las mismas.

10. *Reflexionar sobre la estructuración del Programa de Planificación Familiar:*

Las usuarias no identifican el programa de planificación familiar como una globalidad y la variedad de actividades planteadas también dificulta su reconocimiento por los profesionales. Por tanto se recomienda:

- ✓ Redefinir el programa: clarificar la cartera de servicios y replantear los segmentos de población a los que se dirige.
- ✓ Diversificar y flexibilizar la oferta de servicios adaptándola a las nuevas demandas.
- ✓ Estructurar líneas de servicio bien definidas, que permitan la evaluación del programa en base a cada línea.
- ✓ Plantear el cambio de denominación del programa, de forma que se pueda identificar más adecuadamente la cartera de servicios.
- ✓ Comunicar a los usuarios del programa la oferta de servicios que se pone a su disposición.

11. *Avanzar en la mejora de la calidad global de la atención perinatal:*

- ✓ Reorientar la atención al parto y al puerperio inmediato de manera que se ponga mayor énfasis en la atención a la maternidad como proceso de salud. Para ello, se recomienda:

- a) Ofrecer a las usuarias más información sobre el proceso del parto desde el momento en que entran en el hospital.
 - b) Adecuar la organización de la atención y la formación del personal para mejorar el cuidado emocional y trato a la mujer.
 - c) Dedicar más atención al primer contacto madre-hijo.
 - d) Mejorar aquellos aspectos relacionados con la intimidad de las usuarias en el hospital mediante la formación del personal en el terreno de la empatía.
- ✓ Mejorar la obtención de información acerca de la salud durante el período perinatal y neonatal, bien mediante la potenciación de sistemas de registro ya existentes (p.e. libro de partos), bien mediante la realización de estudios de valoración de la situación de salud de forma periódica (p.e. estudios de salud perinatal).
 - ✓ Promover la mejoría de los indicadores de morbi-mortalidad materna y perinatal. Se sugiere potenciar las comisiones de vigilancia de las muertes maternas y perinatales, con implicación de los profesionales de los distintos niveles de atención.
 - ✓ Avanzar en la prevención de los problemas más relevantes de salud perinatal (anomalías congénitas, prematuridad y bajo peso) a través de la investigación de los factores de riesgo y la mejora de la atención prenatal.
 - ✓ Potenciar una reorientación de los servicios especializados hacia actividades que promuevan la salud de las madres y los niños recién nacidos. Como ejemplos se sugieren orientar las prácticas hospitalarias hacia la promoción de la lactancia materna y aprovechar las oportunidades que ofrece la estancia en el hospital para dar continuidad a la educación para la salud iniciada en el embarazo.
 - ✓ Incluir indicadores de calidad de la atención así como indicadores de efectividad de las prácticas hospitalarias en relación a la atención al parto y período perinatal, en los sistemas de información habitual del PSMI. Adicionalmente, sería conveniente introducir mecanismos de evaluación de tecnologías relacionadas con la atención al parto.

VI. AGRADECIMIENTOS

Son muchas las personas e instituciones que han participado en esta Evaluación del Programa de Salud Materno-Infantil en Andalucía. Este proyecto ha ido tomando forma con las aportaciones de cientos de personas, responsables del programa, gestores, profesionales, asociaciones, usuarios y ciudadanos en general, tanto en forma individual como en grupos de discusión, en los paneles de expertos, en las entrevistas y en los distintos talleres realizados. Sus experiencias han dado calor y color a la imagen de un programa muy especial para todos, ya que se centra en los cuidados y en la promoción de la salud de los niños, los jóvenes y las mujeres andaluzas.

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, junto al Servicio Andaluz de Salud, confiaron a la Escuela Andaluza de Salud Pública la realización de esta evaluación. Los responsables y técnicos de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Salud y de la Subdirección de Atención Primaria y Comunitaria del SAS han prestado su colaboración, apoyando y participando activamente en el proyecto.

Damos las gracias a los niños y niñas hospitalizados por sus opiniones, sus perspectivas y sus dibujos, que han hecho posible conocer otra realidad del hospital y proponer líneas de avance para conseguir unos servicios orientados a los pequeños.

Nuestro agradecimiento a los padres y las madres, que han participado en los diferentes grupos de discusión y que, con sus argumentos y experiencias, identifican algunas de las mejoras que han de realizarse en el Programa. También a los mediadores que nos ayudaron a captar participantes en los grupos en todas las provincias andaluzas.

A los profesionales y gestores que trabajan en los servicios materno-infantiles andaluces, tanto en hospitales como en centros de salud, consultorios y ambulatorios, que nos han ofrecido sus opiniones y su experiencia en las entrevistas, talleres y grupos de expertos. Gracias especialmente a:

- Distrito Sanitario Granada Norte y centros de salud
- Distrito Sanitario Granada Sur, centros de salud y consultorios
- Distrito Sanitario de Santa Fé de Granada

- Distrito Sanitario Málaga Oeste y centros de salud
- Distrito Sanitario Málaga Puerto
- Distrito Sanitario Costa del Sol de Málaga y centros de salud
- Distrito Sanitario Coín-Guadalhorce de Málaga
- Distrito Sanitario Sevilla Macarena-Carmona y centros de salud
- Distrito Sanitario de Osuna y centros de salud
- Distrito Sanitario Aljarafe de Sevilla
- Distrito Sanitario La Rinconada y centros de salud
- Distrito Sanitario Sur-Guadalquivir
- Distrito Sanitario Sierra de Huelva, centros de salud y consultorios
- Distrito Sanitario Nordeste de Jaén
- Distrito Sanitario de Alcalá la Real de Jaén
- Distrito Sanitario de Roquetas, centros de salud y consultorios
- Distrito Sanitario Cádiz-Vejer y centros de salud
- Distrito Sanitario Algeciras-La Línea y centros de salud
- Distrito Sanitario Córdoba Centro y Sur y centros de salud
- Equipo Directivo y Servicios de Obstetricia y Pediatría del Hospital Clínico de Granada
- Equipo Directivo y Servicios de Obstetricia y Pediatría del Hospital Materno-infantil de Granada
- Equipo Directivo y Servicios de Obstetricia y Pediatría del Hospital de Motril
- Equipo Directivo y Servicios de Obstetricia y Pediatría del Hospital Materno-infantil de Málaga
- Equipo Directivo y Servicios de Obstetricia y Pediatría del Hospital de Valme de Sevilla
- Equipo Directivo y Servicios de Obstetricia y Pediatría del Hospital Punta Europa de Algeciras
- Equipo Directivo y Servicios de Obstetricia y Pediatría del Hospital de Pozoblanco de Córdoba
- Equipo Directivo y Servicios de Obstetricia y Pediatría del Hospital Torre-cárdenas de Almería
- Equipo Directivo y Servicios de Obstetricia y Pediatría del Hospital de Jaén
- Equipo Directivo y Servicios de Obstetricia y Pediatría y maestro del Hospital Reina Sofía de Córdoba
- Equipo Directivo y Servicios de Obstetricia y Pediatría del Hospital Costa del Sol de Málaga
- Equipo Directivo y Servicios de Obstetricia y Pediatría del Hospital Princesa
- Equipo del Centro de Orientación Sexual de Málaga

- Equipo de salud Mental de Santa Fé de Granada
- Equipo de salud Mental de Málaga
- a la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Almería
- a las Delegaciones provinciales de la Consejería de Salud de las provincias andaluzas
- a la Subdirección Técnica Asesora del Servicio Andaluz de Salud .

Gracias también por su colaboración a:

- Instituto de Bachillerato de Enseñanza Media de Alcalá la Real de Jaén
- a las Asociaciones: UCE-UCA, ACANA, ADIMA, PRODENI, FACUA, FACCU, Al Andalus y de Amas de Casa
- Instituto de Estadística de Andalucía
- Instituto Andaluz de la Mujer
- a las Delegaciones provinciales de la Consejería de Asuntos Sociales

También nuestro agradecimiento a los profesionales de la EASP que contribuyeron a este proyecto participando en nuestros debates, aportando documentación, preparando los informes..., ayudando, en fin, a que el proyecto y este libro llegaran a buen término.

Gracias a todos ellos, entre otros, hoy sabemos un poco más sobre los problemas y necesidades de salud de las mujeres y los niños de nuestra comunidad; hemos identificado los aspectos que para las usuarias y usuarios del programa necesitan mejoras y aquellos que deben seguir potenciándose; conocemos mejor las fortalezas y las debilidades del Programa de Salud Materno-Infantil. Y desde este conocimiento es posible realizar cambios destinados a mejorar la calidad de la atención sanitaria que se ofrece a madres y padres, niños y niñas andaluzes y conseguir, al mismo tiempo, la satisfacción de los ciudadanos y ciudadanas que utilizan los servicios de salud materno-infantiles.

Esperamos que este trabajo sea de utilidad a todos los que, de una u otra manera, participan como actores protagonistas de la mejora de la salud materno-infantil en Andalucía.

Abanades JC, Lleras S. Evaluación de los programas de salud. En: *Organización del equipo de Atención Primaria*. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, 1990.

Aguinaga J. *El aborto en España: datos para la planificación de una política social*. Madrid: Instituto de la Mujer, 1985.

Anuario El País 1990-1995. Madrid: Ediciones El País, 1995.

Aranda JM. *Aplicación de la estrategia de riesgo a la transformación de los servicios de salud materno-infantil en Andalucía*. Granada: SL, 1992.

Aranda JM. *Informe sobre el concepto de riesgo y su aplicación a la administración de servicios de SMI en Andalucía. Reflexiones en torno a una revisión bibliográfica*. Granada: SL, 1987.

Arroyo C, De la Cruz FJ, Alberquilla A, González C, Pilas M, Ugalde M et al. Opinión de la población sobre los dos submodelos de atención primaria: un estudio cualitativo. Comunicación presentada al XII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. *Revista de Calidad Asistencial* 1994; 9 (3):126-7.

Babakus E, Mangold WG. Adapting de SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Services Research* 1992; February 26 (6):767-785.

Bedoya JM et al. *Planificación Familiar*. Monografía N° 10. Serie Manuales. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 1987.

Bernal A, García A, Nájera R. *Diez años de poliomielitis en España (1976-85)*. Madrid: Centro Nacional de Microbiología, Virología e Inmunología sanitarias, 1986.

Bernard Krief. *Meningitis Bacteriana en la infancia. Situación actual en España: Epidemiología y Prevención*. Madrid: Gabinete de Estudios Sociológicos, 1994.

Berry L, Parasuraman A. Marketing de servicios. La calidad como meta. Barcelona: Parramón, 1993.

Brett J. Focus group positioning and analysis: a commentary on adjuncts for enhancing the design of health care research. *Health Marketing Quarterly* 1990; 7 153-165

Brody D, Miller S, Lerman C, Smith D, Lázaro C, Blum M. The relationship between patients' satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received. *Medical Care* 1989; 27 (11):1027-1035.

Campbell A. *Manual para el análisis de la fecundidad*. Publicación Científica N° 494. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 1986.

Carman, J. Consumer perceptions of service quality: an assesmnet of the SERVQUAL dimensions. *Journal of Retailing*; 1990; 66 (1) 33-55.

Cayuela A, Rodríguez S. *Atlas de mortalidad evitable. Andalucía 1980-1984*. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 1993.

Comissió d'Enquesta Confidencial de Mortalitat Perinatal (CECMP). *Enquesta confidencial de mortalitat perinatal a Barcelona. Informe final*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona. Institut Municipal de la Salut, 1991.

Consejería de Asuntos Sociales. *Anuario Estadístico de la Consejería de Asuntos Sociales 1991 (Tomo I)*. Sevilla: Inst. ASS., 1993.

Consejería de Asuntos Sociales. Junta de Andalucía. *Anuario Estadístico de la Consejería de Asuntos Sociales 1993*. Sevilla: Secretaría General Técnica, 1994.

Consejería de Asuntos Sociales. Junta de Andalucía. *La atención a la infancia en Andalucía*. Sevilla: Dirección General de Atención al Niño, 1993.

Consejería de Asuntos Sociales. Junta de Andalucía. *Memoria de Actividades 1993*. Sevilla: Secretaría General Técnica, 1994.

Consejería de Salud y Servicios Sociales. *Informe Demográfico para el Plan Andaluz de Salud*. Sevilla: Dirección General de Ordenación Sanitaria, 1991.

Consejería de Salud y Servicios Sociales. Junta de Andalucía. *Manual de vacunaciones sistemáticas*. Serie Manuales Nº 9, 2ª ed. Sevilla, 1989.

Consejería de Salud y Servicios Sociales. Junta de Andalucía. *Guía para la salud infantil en atención primaria de salud*. Sevilla: Dirección General de Atención Primaria y Promoción de la Salud, 1990.

Consejería de Salud y Servicios Sociales. SAS. *Documentos Programa salud materno-infantil*. Sevilla: Dirección General de Atención Primaria y Promoción de la Salud, 1987-88-89.

Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *Asistencia obstétrica en atención primaria*. Serie Manuales Nº 6. Sevilla: Junta de Andalucía, 1987.

Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *Atención al niño/a crónico*. Sevilla: Junta de Andalucía, 1993.

Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Brote de poliomielitis en Andalucía. *Boletín Epidemiológico de Andalucía*. 1989; 4(1): 1-6.

Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *Documento base para la acción. Programa de salud materno-infantil. Década de los 90*. Sevilla: Junta de Andalucía, 1991

Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *E.D.O. Notificación y medidas de control*. Serie Manuales Nº 4. Sevilla: Dirección General de Ordenación Sanitaria, 1986.

Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *Enfermedades prevenibles mediante vacunación en la infancia. Programa Andaluz de Salud*. Sevilla: Dirección General de Ordenación Sanitaria, 1990.

Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *Evaluación programa de vacunaciones 1990*. Sevilla: Junta de Andalucía, 1992.

Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *Guía de programas de salud de Andalucía*. Sevilla: Consejería de Salud, 1986.

Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *Indicadores demográficos: Andalucía 1950-1981*. Cuaderno Estadístico. Madrid: Ed.Mezquita, 1984.

Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *Manual de normas y procedimientos del programa de planificación familiar*. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 1990.

Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *Memoria Estadística de la Consejería de Salud. 1993*. Sevilla: Dirección General de Coordinación, Docencia e Investigación, 1994.

Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *Memoria Estadística de la Consejería de Salud. 1990*. Serie Cuadernos Estadísticos Nº 7. Sevilla: Consejería de Salud, 1991.

Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *Memoria Estadística de la Consejería de Salud. 1992*. Sevilla: Dirección General de Coordinación, Docencia e Investigación, 1993.

Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *Memorias anuales del Programa de Metabolopatías*. Sevilla: Consejería de Salud, 1991.

Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *Memorias anuales del Programa de Planificación Familiar*. Sevilla: Consejería de Salud, 1993.

Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *Memorias anuales del Programa de Salud Escolar*. Sevilla: Consejería de Salud, 1991.

Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *Memorias anuales del Programa de control y seguimiento de la salud infantil*. Sevilla: Consejería de Salud, 1992.

Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *Memorias anuales del Programa de Vacunaciones*. Sevilla: Consejería de Salud, 1994.

Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *Plan Andaluz de Salud*. Sevilla, Consejería de Salud, 1994.

Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *Programa de prevención y control de enfermedades de transmisión sexual*. Sevilla: Consejería de Salud, 1987.

Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *Programa de Salud materno-infantil. Nuevas líneas de actuación. Década de los 90*. Sevilla: Consejería de Salud, 1995.

Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *Programa de vacunaciones, PVA*. Cuadernos de Salud. Sevilla: Consejería de Salud, 1990.

Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *Salud e infancia. Informe del grupo consultor del Plan Andaluz de Salud*. Sevilla: Dirección General de Ordenación Sanitaria, 1991.

Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *Salud y juventud. Informe del grupo consultor del Plan Andaluz de Salud*. Sevilla: Consejería de Salud, 1991.

Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *Salud y mujer. Documento de trabajo del grupo consultor del Plan Andaluz de Salud*. Sevilla, 1991.

Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *Sistema de Información Interhospitales (INHIOS). Manual de utilización N° 3*. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 1986.

Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *Valoración del estado de salud materno-infantil*. Sevilla: Dirección General de Ordenación Sanitaria, 1987.

Consejería de Salud. SAS. *Actividad asistencial en atención especializada 1986-1994*. Sevilla: Consejería de Salud, 1995.

Consejería de Salud. SAS. Junta de Andalucía. *Banco de datos del SAS: Junio 1992, 2ª ed.* Sevilla: Consejería de Salud. SAS. Junta de Andalucía, 1992.

Consejería de Salud. SAS. Junta de Andalucía. *Documentos subprograma de detección precoz y seguimiento de metabolopatías congénitas. 1987-88-89*. Sevilla: Consejería de Salud, 1990.

Consejería de Salud. SAS. Junta de Andalucía. *Elementos para la Prevención de Accidentes Infantiles en Andalucía*. Sevilla: Consejería de Salud, 1995.

Consejería de Salud. SAS. Junta de Andalucía. *Guía para la educación maternal en atención primaria*. S.L., S.D. Sevilla: Consejería de Salud, 1993.

Consejería de Salud. SAS. Junta de Andalucía. *Memorias anuales del Programa de salud materno-infantil*. Sevilla: Consejería de Salud, 1992.

Consejería de Salud. SAS. Junta de Andalucía. *Memorias anuales del Programa de atención a embarazo, parto y puerperio*. Sevilla: Consejería de Salud, 1993.

Consejería de Salud. SAS. Junta de Andalucía. *Sistema de registro del programa de salud materno-infantil de Andalucía*. S.L. Sevilla: Consejería de Salud, 1993.

Consejería de Salud. SAS. *Resultados de la Encuesta sobre "Hábitos de Salud de los Escolares Andaluces"*. Cádiz: SAS, 1993.

Consejería de Salud. SAS. *¿Se vacunan los niños en Granada?*. Granada: SAS, 1992.

Debus, Poter, Novelli. *Manual para la excelencia en la investigación mediante grupos focales*. A project of the U.S Agency for International Development, Bureau for Research and Development. Office of health conducted by the Academy for Educational Development. Washington, D.C.: AID, 1988.

Declaración conjunta OMS/UNICEF. *Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad*. Ginebra: OMS, 1989. Delegación Provincial de Salud y Consumo de Granada. *Documento del curso de formación en SMI y P.F.* Granada: Delegación Provincial de Salud, 1985.

Díaz JA, García P. Evaluación de un programa de atención al embarazo, parto y puerperio. *Atención Primaria*. 1989; 6(4).

Donabedian, A. Continuidad y cambio en la búsqueda de calidad. *Revista de Calidad Asistencial* 1994; 1: 31-39.

Donabedian, A. *La calidad de la atención médica*. México: Prensa Mexicana, 1984.

Eigler P, Langeard E. *Servucción. El marketing de servicios*. Madrid: McGraw-Hill, 1989.

Ens-Dokkum MH et al. Evaluation of care for the preterm infant: review of literature on follow-up preterm and low birthweight infants. *Pediatric and Perinatal Epidemiology* 1992 6: 434-59.

Escalera MA. *Impacto de las Consultas de Planificación Familiar, después de 4 años en la Axarquía. Evaluación de un programa*. Tesis V Curso de Salud Pública y Admón. Sanitaria EASP. Granada: EASP, 1990.

Escuela Andaluza de Salud Pública. *Informe sobre las reuniones de trabajo del grupo de expertos de accidentes infantiles*. Granada: EASP, 1990.

Fernández F et al. *Indicadores Demográficos. Andalucía 1950-1981*. Madrid: Ed. Mezquita, 1984.

Fernández F. *Los datos y la información de instituciones oficiales no sanitarias para la investigación en salud materno-infantil: Documento elaborado para el Plan de Investigación de Salud Materno-Infantil* (Documento Mecanografiado). Granada: EASP, 1995.

Frías A, Palomino PA, Pulido A, Sillero I, Fernández I, Rodríguez D. Programa de vacunaciones de Andalucía: identificación de indicadores de evaluación en el marco de garantía de calidad. *Gaceta Sanitaria*. 1994; 8(42).

Fundación FOESSA. *Informe Sociológico sobre la Situación Social en España: Sociedad para Todos en el año 2.000*. Madrid: Fundación FOESSA, 1994.

García MM et al. Identification of factors associated with deficient immunization coverage. *European Journal of Public Health*. 1993; 3(2): 97-103.

Gillan SJ, Colver AF. Preschool child health surveillance. *Quality in Health Care*. 1993; 2(2): 129-33.

Gómez R. *La mortalidad infantil española en el siglo XX*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1992.

Grupo de Trabajo Dup España. Estudio multicéntrico sobre el uso de medicamentos durante el embarazo en España(I). Métodos y características de la población estudiada. *Med. Clin.* 1990; 95: 764-67.

Hall DMB. An integrated child health service. *British Medical Journal*. 1990 Dec 15; 301: 1341-42.

Headley DE; Miller SJ. Measuring service quality and its relationship to future consumer behavior. *Journal of Health Care Marketing*; 1993 Winter; 13 (4) 32-41.

Hulka B. Patterns of utilization. The patient perspective. *Medical Care*; 1985 May; 23 (5).

Ibañez J. Mas allá de la Sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica. Madrid: Siglo XXI, 1979.

Institut Municipal de la Salut. Ajuntament de Barcelona. *Registro de defectos congénitos en la ciudad de Barcelona. Manual operativo*. Barcelona, 1992.

Instituto Andaluz de la Mujer. *Situación social de la mujer en Andalucía*. Sevilla: Junta de Andalucía, 1990.

Instituto de Estadística de Andalucía. *Andalucía, datos básicos 1989*. Sevilla, 1990.

Instituto de Estadística de Andalucía. *Andalucía: población mayor de 15 años: 1989*. Sevilla, 1991.

Instituto de Estadística de Andalucía. *Anuario Estadístico de Andalucía, 1991-1992*. Sevilla, 1993.

Instituto de Estadística de Andalucía. *Defunciones en Andalucía, 1992. Resultados Provisionales*. Sevilla, 1993.

Instituto de Estadística de Andalucía. *Evolución de la población. Andalucía 1900-1991*. Sevilla, 1991.

Instituto de Estadística de Andalucía. *Registro de mortalidad de Andalucía: InfoIEA*. Sevilla, 1993.

Instituto de la Mujer. Ministerio de Asuntos Sociales. *Indicadores sociales para la mujer*. Bilbao, 1990.

Instituto de la Mujer. Ministerio de Asuntos Sociales. *La mujer en cifras. Una década, 1982-1992*. Madrid, 1994.

Instituto de la Mujer. Ministerio de Cultura. *La mujer en cifras*. Madrid, 1987.

Instituto Nacional de Estadística. *Anuario Estadístico de España, 1984-1993*. Madrid, 1994.

Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta de Fecundidad: metodología y resultados*. Madrid, 1978.

Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Años 1983-1991*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 1992.

Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta Nacional de Fecundidad 1985. Tomos I y II*. Madrid, 1986. Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías: un primer comentario sobre resultados*. Madrid, 1987.

Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías. Año 1986. Vol I y II*. Madrid, 1987.

Instituto Nacional de Estadística. *Proyección de la población española para el período 1980-2010*. Madrid, 1987.

Instituto Nacional de la Salud. *Evaluación de un programa de atención al embarazo en el medio rural: Abril 85 - Mayo 86*. Soria: Consejería de Bienestar Social, 1986.

Joby J. Improving quality through patient-provider communication. *Journal of Health Care Marketing*; 1991 December; 11 (4) 51-60.

Junta de Andalucía. *Anuario Estadístico de Andalucía, 1987-1990*. Sevilla, 1991.

Junta de Andalucía. *Prevalencia y duración de la lactancia materna en Andalucía*. Sevilla, 1986.

Keeling JW et al. Classification of perinatal death. *Archives of Disease in Childhood*. 1989; 64: 1345-51.

Kohler L. *Children's health in the Nordic Countries*. Goteborg; S.D.

Kramer MS. Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*. 1987; 65(5): 663-737.

Krueger R. El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada. Madrid: Pirámide, 1991.

Kwast BE. Maternidad sin riesgo: meta de la asistencia obstétrica. *Foro Mundial de la Salud*. 1991; 12: 1-7.

Lawrence RA. Tendencias de la lactancia materna: un modo de actuar. *Pediatrics*. 1991; 32(4): 191-92.

Magallón R; García JR; Antoñanzas A. Usuarios-médicos: a la búsqueda de nuevas técnicas de detección de problemas de calidad. *Atención Primaria*; 1995; 15 (2):15-22.

Malloy MH, Kao TC, Lee J. Analyzing the effect of prenatal care on pregnancy outcome: a conditional approach. *American Journal of Public Health*. 1992; 82(3): 448-49.

Marquet R. La calidad de Atención Primaria de salud: nuevas perspectivas. Formación médica continuada *Atención Primaria*; 1994; 1 (1):7-18.

- Martín FJ. *Desigualdades de salud en la ciudad de Málaga*. Granada: EASP, 1990.
- Martínez M. *Mujer trabajo y maternidad: problemas y alternativas de las madres que trabajan*. S.L: Instituto de la Mujer, 1992.
- Mason JO. Addressing the measles epidemic. *Public Health Reports*. 1992 May; 107(3): 241-2.
- Mason JO. et al. The public health service action plan to improve access to immunization services. *Public Health Report*. 1992 May; 107(3): 241-56.
- Mason JO. Reducing infant mortality in the United States through "healthy start". *Public Health Reports*. 1991 Sep; 106(5): 479-83.
- Melia J; Morgan C; Wolfe C; Swan A. Consumer's views of the maternity services: implications for change and quality assurance. *Journal of public health medicine*; 13 (2) 120-126.
- Mendoza R, Sagrera MR, Batista JM. *Conductas de los escolares relacionadas con la salud (1986-1990)*. Madrid: CSIC, 1994.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Jornadas Nacionales sobre los Derechos del niño hospitalizado*. Madrid, 1989.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Encuesta Nacional de Salud*. Madrid, 1989
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *I.V.E. Datos definitivos de 1988-1993*. Madrid, 1994.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Salud. *Indicadores de Salud (Segunda evaluación en España del Programa Regional Europeo "Salud para todos")*. Madrid, 1993.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Guía para la elaboración del programa de salud escolar y del adolescente en atención primaria de salud*. Madrid: Delegación General de Planificación Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984.
- Molina S. *Propuesta de mecanización de datos básicos para el seguimiento y evaluación del PSMI*. Granada: EASP, 1986.
- Moran J. Lactancia materna en España. Situación actual. *An. Esp. Pediatr*. 1992; 36(1): 45-50.
- Moran J. Promoción de la lactancia materna en España. ¿Qué hacer? *An. Esp. Pediatr*. 1992; 36(1): 51-55.
- Mowen J, Licata J, McPhail J. Waiting in the emergency room: how to improve patient satisfaction. *Journal of Health Care Marketing*, 1993, Summer; 26-33.
- Mugarra I, Cabasés J. Análisis coste-beneficio del programa de detección precoz de enfermedades metabólicas en la Comunidad Autónoma Vasca. *Gaceta Sanitaria*. 1990 Jul; 19(4): 140-44.

Navarro JA. *Programa de Atención al niño*. Murcia: Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. Dirección General de salud, 1992.

Newacheck WR. Childhood chronic illness: prevalence, severity and impact *American Journal of Public Health*. 1992; 82(3): 364-71.

Oficina Estadística de las Publicaciones Europeas. *Estadísticas Demográficas*. Luxemburgo: Oficina de las Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 1989.

Oliva A et al. *Sexualidad y Contracepción en Jóvenes Andaluces. Estudio Cuantitativo*. Serie Informes Técnicos. Sevilla: Consejería de Salud Junta de Andalucía, 1993.

Omachonu V. Quality of care and the patient: new criteria for evaluation. *Health care management review*; 1990 Fall; 15 (4):43-50.

OMS. *Having a baby in Europe*. Copenhagen: WHO, 1985.

OMS. *Indicators for monitoring primary health care*. Copenhagen: WHO, 1987.

OMS. *Preparación de indicadores para vigilar la salud para todos en el año 2000*. Serie Salud para Todos. Ginebra: OMS, 1991.

OMS. *Prevención en la niñez de los problemas de salud de los adultos*. Ginebra: OMS, 1981.

Onís M. *La Mujer y la Salud en España. Informe básico. Vols 2 y 3*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer, 1992.

Onís M. *Mujer y Salud. Informe básico. vols 1 y 2*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer, 1992.

Orti A. La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta semidirrectiva y la discusión de grupo. El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. Comp. Manuel García Ferrando. Madrid: Alianza Universidad Textos, 1986.

Paneth N. Technology at birth. *American Journal of Public Health*. 1990 Jul; 80(7): 791-92.

Parasuraman A; Berry L; Zeithaml V. Perceived service quality as a customer-based performance measure: an empirical examination of organizational barriers using an extended service quality model. *Human Resource Management* 1991 Fall; 30 (3):335-363.

Parasuraman A; Zeithaml V; Berry L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing* 1985 Fall; (49):45-50.

Parasuraman A; Zeithaml V; Berry L. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing* 1988 Spring; 64 (1):12-40.

Pere Ibern. La mesura de la satisfacció en els serveis sanitaris. *Gaceta Sanitaria* 1992; 6:176-185.

Peyrot M; Cooper PD; Schnapf D. Consumer satisfaction and perceived quality of outpatient health service. *Journal of Health Care Marketing* 1993 Winter; 24-33.

Pinn VW. Women's health research. Prescribing change and addressing the issues. *JAMA*. 1992; 268(14): 1921-22.

Preterm delivery—have we been studying the wrong mothers? *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 1992; 6: 395-97.

Pueyo I. *Enfermedades de transmisión sexual para atención primaria. Manual*. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 1988.

Rees Lewis J. Patient views on quality care in general practice: Literature review. *Social Science and Medicine* 1994; 39 (5):655-670.

Reidenbach RE, Sandifer B. Exploring perceptions of hospital operations by a modified SERVQUAL approach. *Journal of Health Care Marketing* 1990; (4):47-55.

Riphagen FE, Lehert P. Survey of contraception in five west european countries. *J. biosoc. Sci.* 1988; 21: 23-46.

Roberts H, Smith S, Lloyd M and Cokerhill Fathers and Mothers Against Danger. *Accident prevention; child protection. A community approach*. Manchester: Paper presented to the annual meeting of the British Sociological Association, London 1991.

Rogmans WHJ. *Domestic accidents in childhood and their prevention in Europe*. Amsterdam: Consumer Safety Institute, 1990.

Ross C; Steward P; Sinacore P. The importance of patient preferences in the measurement of health care satisfaction. *Medical Care* 31 (12):1138-1149.

Sachdev P. Abortion trends: an international review. En: Sachdev P. *International handbook on abortion*. New York: Greenwood Press; 1988: 1-21.

Salvador J, Martínez ML, Rodríguez E. *Consumo de medicamentos por la mujer embarazada en España*. Monografías de Divulgación N° 7. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.

Salleras L. La investigación epidemiológica en la evaluación de los programas de salud. *Atención Primaria*. 1988 Mar; 5(3).

Sánchez E. *Análisis del Maltrato Infantil. Casuística Detectada en Sevilla y su provincia*. Madrid: Jornadas de Maltrato en la Infancia, 1989.

Sánchez E. et al. *Guía de Atención al Maltrato Infantil en Andalucía*. Madrid: Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la Prevención del Maltrato (ADIMA), 1993.

- Sánchez FJ et al. Cultura sanitaria materna y utilización pediátrica en atención primaria. *Atención Primaria*. 1992 Jul; 10(2): 591-97.
- Sánchez M et al. *Niños de Riesgo. Nuestra experiencia*. Granada: I Simposio de Salud Materno-Infantil, 1990.
- SAS. Junta de Andalucía. *Anuario de los Distritos de Atención Primaria 1991*. Sevilla, 1992.
- SAS. Junta de Andalucía. *Cartera de Servicios de Atención Primaria de Andalucía*. Sevilla, 1993.
- Saurel-Cubizolles MJ et al. Description of maternity rights for working women in France, Italy and in the United Kingdom. *European Journal of Public Health*. 1993; 3: 48-53.
- Sibbison JB. USA: Return of measles. *Lancet*. 1991; 10 338: 375.
- Smith J; Scammon D; Beck S. Using patients focus groups for new patient services. The Joint Commission 1995 January; 21 (1) 22-31.
- Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). *Informe SES-PAS 1993: La Salud y el Sistema Sanitario en España*. Barcelona: SG Editores S.A., 1993.
- Starfield B. *La eficacia en la atención médica. Validez del juicio clínico*. Barcelona: Masson; 1989.
- Stephen G, Glickman M, Boyle G, Woodroffe C. Cooperation or conflict over child health surveillance? Views of key actors. *Quality in Health Care*. 1993 Jun; 2(2): 83-86.
- Stephenson PA et al. Patterns of use of obstetrical interventions in 12 countries. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 1993; 7: 45-54.
- Susser M. Induced abortion and health as a value. *American Journal of Public Health*. 1992 Oct; 82(10): 1323-24.
- Taylor SA; Conin JJ. Modeling patient satisfaction and service quality. *Journal of Health Care Marketing* 1994 Spring ; 14 (1):34-43.
- The Interagency Committee to Improve Access to Immunization Services. The Public Health Service action plan to improve access to immunization services. *Public Health Reports*. 1992 May; 107(3): 243-51.
- Tietze C. *Informe mundial sobre el aborto*. Madrid: Instituto de la Mujer, 1987.
- Tresserras R, Canela J, Alvarez J, Sentis J, Salleras L. Infant mortality, per capita income, and adult illiteracy: an ecological approach. *American Journal of Public Health*. 1992 Mar; 82(3): 435-37.

UNICEF. *Estado Mundial de la Infancia 1994*. Barcelona: J & J Asoc., 1994.

UNICEF. *The state of the world's children 1991*. Oxford: UNICEF and Oxford University Press, 1991.

Universidad Complutense. *Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas. Manual Operacional*. Madrid: Universidad Complutense, 1987.

Vázquez de la Cruz A. Hospitalización del niño: hacia el fin del secuestro. *Infancia y Sociedad*. 1990; 5: 77-90.

Victora CG, Barros FC, Vaughan PJ. *Epidemiología da Desigualdade*. Sao Paulo: Editora Huticec, 1989.

Vigilancia epidemiológica de la poliomielitis. España 1986 y 1987. *Boletín Epidemiológico Semanal*. 1987(1796): 301-12.

Villar JD. *Evaluación del Programa materno-infantil de atención primaria en el área hospitalaria este de Jaén*. Granada: EASP, 1989.

Vouri, H. *El control de calidad en los servicios sanitarios*. Barcelona: Masson, 1991.

Wallace HM, Giri K. *Health care of women and children in developing countries*. Oakland: Third Party Publishing Company, 1990.

Wallace HM, Ryan GM, Oglesby AC. *Maternal and child health practices*. Oakland: Third Party Publishing Company, 1988.

Westboom L. Well-being of children with chronic illness. A population-based study in a Swedish primary care district. *Acta Paediatr*. 1992; 81: 625-29.

Zahniser SC, Kendrick JS, Franks AL, Saftlas AF. Trends in Obstetric Operative Procedures 1980 to 1987. *American Journal of Public Health*. 1992 Oct; 82(10): 1340-44.

Zeithaml V; Parasuraman A; Berry L. *Calidad total en la gestión de servicios*. Madrid: Díaz de Santos, 1993.

El Programa de Publicaciones de la EASP es el producto natural del quehacer docente, de investigación y de asesoría de la institución.

La política de publicaciones de la EASP tiene como propósito: a) Difusión de conocimientos actualizados sobre la promoción de la salud; b) Difusión de conocimientos que promuevan y faciliten la cooperación técnica de la EASP con Andalucía y España y otros países; c) Desarrollo de la "memoria técnica" de la EASP mediante el registro e indización de su producto intelectual en forma de documentos científico-técnicos.

Para lograr los objetivos se pone énfasis en la selección y el balance de temas, el control de calidad del contenido de las publicaciones y la co-publicación con otras instituciones.

Los productos consisten en publicaciones de actualización de carácter técnico-general y de carácter técnico-especializado:

a. Serie de Monografías. Corresponden a obras específicas que contienen actualizaciones sobre temas relevantes. También hay monografías con información sobre recursos didácticos de promoción de salud, como es el caso de los Catálogos.

b. Serie de Documentos Técnicos. De contenido científico-técnico que versan sobre algún tema especializado.

c. Serie de Ponencias, Conferencias y Comunicaciones a Congresos y Jornadas.

d. Publicaciones CADIME. El Centro Andaluz de Información de Medicamentos (CADIME) elabora tres publicaciones periódicas: Boletín Terapéutico Andaluz, Monografías y Ficha de Novedad Terapéutica, y también edita y distribuye la Alerta de Farmacovigilancia que elabora el Centro Andaluz de Farmacovigilancia.

e. Serie Red de Actividades de Promoción de Salud. Se trata de una revista de idéntico título, de periodicidad anual, la cual reseña actividades y facilita contactos e intercambio de información entre los grupos constitutivos de la Red. Los números 4 y 5 se han dedicado a los temas de "Sexualidad y salud" y de "Sida y salud", respectivamente.

f. Publicaciones Misceláneas. Publicaciones no incluidas en las categorías anteriores.

