

Respuesta a la carta: ¿Tienen los médicos de atención primaria empatía con las embarazadas?

Reply to letter: Do Primary Care doctors empathise with pregnant women?

Sr. Director:

Tras leer atentamente la carta al director: «¿Tienen los médicos de atención primaria empatía con las embarazadas?», expresamos nuestro desacuerdo con su contenido.

Es inherente a la atención primaria la «longitudinalidad» en la atención prestada a nuestros pacientes. Afirmar que con frecuencia el único contacto de la mujer embarazada con su médico de familia es la solicitud de una «baja laboral» es cuando menos alejada de la realidad.

Existe una gran variabilidad entre comunidades autónomas, en la atención al embarazo de bajo riesgo en atención primaria, pero no debemos olvidar que los médicos de familia de Andalucía han sido pioneros en la atención a la embarazada. Antes de la existencia de procesos asistenciales integrados¹ ya existían protocolos conjuntos de atención al embarazo entre atención primaria y hospitalaria. Al parecer no es el caso del centro de los autores.

En cuanto a la atención al embarazo en la medicina privada de acuerdo con los datos publicados por Mancera-Romero en un centro de salud urbano, con nivel socioeconómico medio de Andalucía, el 64% de los embarazos fueron seguidos en atención primaria, frente al 25% en atención hospitalaria y un 11% en medicina privada².

Trabajamos en un centro de salud urbano con un nivel socioeconómico medio-bajo. Nuestros datos aún son más contundentes, más del 95% de las embarazadas reciben la atención de su médico de familia durante la gestación, de forma conjunta con el ginecólogo de referencia según normas del proceso asistencial integrado «Control de embarazo de bajo riesgo obstétrico» priorizado por el Servicio Andaluz de Salud (SAS), con captaciones antes de las 12 semanas del 90%.

Según criterios de calidad establecidos por el SAS, como médico de familia no han sido evaluadas en función del número o duración de las incapacidades temporales de nuestra población, sí en función del número gestantes seguidas y la calidad de la atención prestada.

En cuanto al hecho de que a las embarazadas se les facilite o no la prestación por incapacidad temporal (IT) como a cualquier trabajador en activo que lo precise, se les facilita la IT en el curso del embarazo, por enfermedad relacionada o no con el mismo. Tampoco desde la inspección médica hemos encontrado dificultades a la IT en embarazadas. Y cada vez son más las mujeres y las empresas que se acogen a la norma de protección de riesgos en el embarazo (Art. 26 Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/95), y solicitan con mayor frecuencia la prestación por riesgo en el embarazo, cuando su empresa no dispone de otro puesto de trabajo que no esté expuesto a riesgos.

La percepción «subjetiva» expresada en su escrito no coincide con lo que piensan una gran mayoría de médicos de familia que trabajamos en el SAS, que incluyen en su tarea habitual la atención a las embarazadas de su cupo, de acuerdo con un modelo de atención integral. Una actividad incluida en la cartera de servicios de todos los centros de salud del SAS. Además de ser muy bien valorada por la embarazadas seguidas por su médico de familia³.

Bibliografía

1. Dueñas Díez JL, Bailón Muñoz E, Dotor Gracia MI, Granados García C, Rodríguez Gómez RM, Rufo Romero A. Embarazo, parto y puerperio. Proceso asistencial integrado. 2.a ed. Sevilla: Consejería de salud; 2005. Disponible en http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csald/galerias/documentos/p_3_p_3.procesos.asistenciales.integrados/embarazo_parto.puerperio/embarazo_parto.puerperio.pdf.
2. Mancera-Romero J, Paniagua-Gómez F, Romero-Pinto MJ, Sánchez-Pérez MR, Kuhn-González M, Casals-Sánchez JL. Utilización de los servicios sanitarios por las embarazadas seguidas en un centro de salud. *Semergen*. 2009;35:214-20.
3. Castejon R, Delgado A, Revilla L, Solis JM, Ceinos F, Bellon JA. Estudio comparativo de la calidad de atención prenatal entre centros de salud y hospital. *Aten Primaria*. 1992;9:85-8.

Dolores Sánchez Mariscal* y Emilia Bailón Muñoz

Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Almanjaya, Distrito Granada, Servicio Andaluz de Salud, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lolisanchezmariscal@hotmail.com

(D. Sánchez Mariscal).

doi:10.1016/j.aprim.2011.05.011

Los modelos de atención primaria en salud mental: el caso de México

Primary care models in mental health: the mexico case

Sr. Director:

En México, hay poca experiencia en el desarrollo de modelos en atención primaria en salud mental, motivo por el cual en

el Instituto Mexicano de Psiquiatría Ramón de la Fuente se estructuró un modelo basado en evidencias científicas probadas en otros lugares. El modelo propuesto se fundamentó en el *trabajo colaborativo* entre el equipo de salud (médico general, enfermera y trabajadora social) y el especialista (psiquiatra) quien apoya y acompaña al equipo de salud en la detección temprana y manejo de casos en el primer nivel^{1,2}.

En la primera fase del *Modelo de atención colaborativa* se aplicó un instrumento de tamizaje *K-10*³ a las personas que acudieron a la consulta externa de 2 centros de salud de la Jurisdicción Coyoacán del Distrito Federal. Los sujetos

con K-10 de 21 puntos, eran valorados por el médico tratante para diagnóstico e inicio de tratamiento. Las sesiones para el *trabajo colaborativo* con la participación del equipo de salud y el psiquiatra (o el residente de psiquiatría) se programaron semanalmente. Los tratamientos propuestos fueron los siguientes: farmacológico, apoyo psicológico y psicoeducación.

Los participantes fueron 6 médicos en servicio social, 15 médicos generales adscritos a los centros de salud, 9 residentes del tercer año de la especialidad en psiquiatría^a y un psiquiatra. Debido a la poca participación de los médicos generales, se estructuró una entrevista con preguntas abiertas sobre temas de salud mental, estigma, así como el papel que desempeñan en la atención y tratamiento de estos pacientes.

Después de un año y medio de trabajo los resultados que obtuvimos fueron que del total de las personas encuestadas, el 47,7% fueron posibles casos, se valoraron solamente a 87 personas (23%), y se corroboró el diagnóstico en 43 (51%). De las sesiones de trabajo colaborativo programadas, solo se desarrollaron la mitad. Los motivos por los que los médicos generales no participaron en el trabajo fueron la falta de tiempo debido a la gran carga de trabajo, situación que fue corroborada por el equipo de trabajo, ya que atienden entre 18 a 20 pacientes por día, además del tiempo que ocupan en llenar los formatos correspondientes. Esta situación, según los médicos es una razón suficiente, por la que no están dispuestos a trabajar en proyectos alternativos. La comunicación entre el equipo y los directivos no es efectiva; en uno de los centros el liderazgo es autoritario, poco motivador y sin posibilidad de que los miembros generen iniciativas. Sin embargo, el médico de servicio social está dispuesto a colaborar, es comprometido y apoya las actividades en las que los médicos generales no lo hacen.

Las principales barreras que encontramos para el desarrollo del modelo fueron: problemas de organización, normatividad excesiva, falta de comunicación en el equipo de salud, mala coordinación para el abasto de medicamentos, falta de recursos en la institución y estigma hacia la enfermedad mental.

En virtud de la saturación de los servicios de salud en la atención de personas con algún trastorno mental, así como su alta prevalencia y baja letalidad, y la comorbilidad con otros padecimientos médicos, existe una alta demanda de recursos humanos y financieros que ponen en situaciones de alerta al primer nivel de atención⁴, de ahí la importancia de proponer modelos alternativos en donde se analicen no solo aspectos técnicos, sino también

los procesos administrativos que en última instancia son los que impiden el desarrollo y buen funcionamiento de los mismos. Esto permitirá seleccionar alternativas viables para que en México se pueda cumplir con el objetivo de la atención primaria: «ser la pieza clave para ampliar la cobertura en la atención de los pacientes con algún trastorno mental»².

Agradecimientos

Agradecemos a los residentes: José Antonio Jasso Molina, Iván Dersu Vargas Cardoso, Kitzi Valeria Ruiz Navarro; al Psic. Gerardo Obregón Hernández, y a los alumnos Alejandra Solís Flores y Eduardo Carballar Alvarado, así como a todos los trabajadores y autoridades de los centros de salud, su colaboración desinteresada en el desarrollo de este trabajo.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Bibliografía

1. Gask L, Sibbald B, Creed F. Evaluating models of working at the interface between mental health services and primary care. *Br J Psychiatry*. 1997;170:6–11.
2. Bower P, Gilbody S. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *BMJ*. 2005;330:839–42.
3. Vargas BE, Villamil V, Rodríguez C, Pérez J, Cortés J. Validación de la escala Kessler (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. Propiedades psicométricas. *Salud Mental*. 2011;34:323–31.
4. Gómez-Dantés H, Castro MV, Franco-Marina F, Bedregal P, Rodríguez-García J, Espinoza A, et al. La carga de la enfermedad en países de América Latina. *Salud Publica Mex*. 2011;53 Suppl 2:S72–7.

Blanca Estetela Vargas Terrez*, Valerio Villamil Salcedo y Jazmín Pérez Romero

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vargast@imp.edu.mx

(B.E. Vargas Terrez).

doi:10.1016/j.aprim.2011.10.005

^a El residente de psiquiatría realiza una rotación de 3 meses en el servicio de salud mental de uno de los centros de salud.