

Progreso y debilidades de la Pediatría preventiva en Atención Primaria

J. Soriano Faura^a

Pediatra, Centro de Salud Virgen de la Fuensanta, Valencia

Coordinador del Grupo PrevInfad de AEPap^b

Rev Pediatr Aten Primaria 2004; 6: 537-542

e-mail: previnfad@aepap.org

La salud infantil es muy dependiente de los cambios socioeconómicos y no sólo de las actuaciones médicas asistenciales o preventivas. Al inicio del siglo XX las enfermedades infecciosas causaban la mayor parte de la morbilidad y mortalidad infantiles, y la supervisión de la salud consistía casi exclusivamente en una exploración superficial para detectar enfermedades infecciosas.

La Pediatría preventiva, al incorporar las vacunaciones, impulsó la disminución de la morbi-mortalidad infantil, pero fueron las transformaciones económicas las que permitieron una mejor nutrición, higiene de los alimentos, provisión de agua potable y red efi-

ciente de eliminación de residuos sólidos y líquidos, consiguiendo reducir 25 veces la tasa de mortalidad infantil en España.

En las dos últimas décadas del siglo pasado se han producido cambios en la situación de salud de los niños y adolescentes, producto de los avances de la medicina y de la introducción de nuevas tecnologías. La Pediatría preventiva tuvo que esperar a la transformación de los consultorios en centros de Atención Primaria para hacer posible el cribado de enfermedades, el consejo de salud y la extensión a toda la población de las vacunaciones (hasta entonces las vacunaciones eran competencia de departamentos de Salud Pública no integrados en la asistencia, accediéndose a estos servicios a través de campañas o mediante desplazamientos a "puntos de

^aEste editorial no se corresponde necesariamente con la opinión del grupo PrevInfad de la AEPap.

^bwww.aepap.org y <http://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm>

vacunación" externos en la comunidad).

Pero los cambios en la salud infantil se deben también a las transformaciones en los estilos de vida de los individuos, las familias, las comunidades, las condiciones del trabajo y la política de bienestar social, habiendo configurado un nuevo perfil epidemiológico, con un enfoque sistémico de la salud y del proceso de enfermedad, concretado en: la disminución o desaparición de las infecciones prevenibles por las vacunaciones; la persistencia o reaparición de otras enfermedades infecciosas; la mayor importancia de las afecciones del período perinatal, las enfermedades crónicas y degenerativas; el incremento de las discapacidades de niños que sobreviven a enfermedades antes mortales; la emergencia de problemas de salud mental y de las afecciones derivadas de la exposición a la contaminación ambiental; el aumento de los problemas psicosociales consecuencia de un medio social desfavorable, que en muchos casos se traduce en accidentes, violencia, maltrato, suicidio, adicción a drogas, alcohol y tabaco.

Todos estos cambios están provocando modificaciones en las necesidades de la atención y una reformulación de los objetivos y los roles de la Pediatría preventiva en Atención Primaria.

Del lado de los **nuevos objetivos** destacan:

- La prevención primaria y secundaria de la incapacidad y la disfunción derivadas de la gran prematuridad, de las malformaciones congénitas, de las enfermedades crónicas (asma, diabetes...) o del aumento del riesgo cardiovascular.
- La promoción del potencial de desarrollo psicológico, intelectual, del comportamiento social y de estilos de vida saludables del niño y la prevención de los problemas de conducta en la infancia, Pediatría del Desarrollo y el Comportamiento, diferenciando los procesos que pueden ser tratados por los pediatras de Atención Primaria de aquellos que requieren ser remitidos a especialistas en salud mental¹.
- El establecimiento de una medicina basada en la familia que permita alianzas terapéuticas con los padres y los adolescentes que se traduzcan en una mayor adhesión y eficacia en la resolución de problemas y relaciones más estrechas que promuevan la autonomía familiar.
- La promoción de conductas de crianza adecuadas en los padres y de mayor autonomía de los cuidados que se administran en la fami-

lia respecto a los profesionales de la salud.

- La incorporación a los servicios de salud de las familias excluidas socialmente o con privación relativa^c, o con riesgo social que les impide una utilización adecuada de la Atención Primaria y de las actuaciones preventivas.

Entre los **nuevos roles**² cabe mencionar:

- La relación interdisciplinar con otros profesionales (higienistas bucodentales, de salud mental, de centros de conductas adictivas, de foniatría-logopedia, de planificación familiar, de especialidades pediátricas hospitalarias...).
- La intervención centrada en la comunidad y el trabajo multidisciplinar (escuela, servicios sociales, agentes de salud pública y medioambiental, centros de intervención temprana...).
- El apoyo a programas de salud pública (profilaxis de contactos [brotes de hepatitis A; brote de meningitis bacteriana...], campañas temporales de vacunación...).

^cLa privación relativa se entiende como situación de educación deficiente, empleo precario, menor capacidad para procesar la información y falta de recursos materiales respecto a la media de riqueza del país, sin que exista grado extremo de pobreza o miseria.

- Como asesor genético y de prevención de problemas expresados genéticamente (dislipemia familiar, síndromes dismórficos...).
- Coordinador de problemas crónicos y niños con pluripatología atendidos por varias especialidades médicas, realizando prevención secundaria y terciaria de estos problemas...
- Intervención en la evaluación de la calidad de cuidados y valoración de los impactos de las intervenciones de salud en la comunidad infantil atendida.

En el capítulo de **nuevas formas** de la Pediatría preventiva, señalar la atención de salud en grupos, la atención simultánea con otros profesionales de la salud infantil, la atención en otros espacios físicos distintos de la consulta y fuera del centro de Atención Primaria, el uso de tecnologías de la comunicación en la atención a los niños y sus familias (correo electrónico, Internet...).

Este enfoque de la Pediatría preventiva sistémico y psicosocial contiene dificultades, barreras culturales, educacionales y económicas que encarecen la atención e implican tiempos de atención más elevados en la consulta, pero que en ningún caso son excusa para aplazar su aplicación porque desde el modelo biológico

de la atención preventiva no vamos a poder dar respuesta a estos desafíos para la salud infantil y posterior del adulto.

La eficiencia y efectividad de la práctica preventiva se verían reforzadas superándose las siguientes barreras o **dificultades del lado del profesional** de la salud, escasa formación en actividades preventivas, Pediatría basada en la evidencia y capacitación en Pediatría del desarrollo y del comportamiento durante su formación MIR y después durante su etapa profesional (formación continuada, investigación, docencia, reuniones de organización, habilidades en metodología basada en la búsqueda de la mejor evidencia disponible, utilización de guías clínicas, lectura crítica de bibliografía...); limitaciones en el tiempo disponible para las actividades preventivas por tener que atender poblaciones frecuentemente numerosas, lo que obliga a dedicar buena parte de los recursos a la demanda por enfermedad, frecuentemente banal y repetitiva; pobre coordinación con otros profesionales de la salud y de la atención a la infancia (especialidades hospitalarias, trabajadores sociales, docentes, psicólogos...).

Dificultades en la relación personal de salud y familia, baja responsabilidad de la familia en la decisión de cuidados a sus hijos tanto en temas de crianza co-

mo de cuidados en enfermedad aguda o problemas crónicos que precisan de competencia y habilidades para su atención, delegando con demasiada frecuencia en el personal sanitario; poca capacidad de sanitarios y familias para vencer las diferencias culturales, las actitudes hacia los estilos de vida saludables y la prevención de conductas de riesgo. Lo que interesa al personal sanitario en materia de salud no siempre interesa a la familia. El pediatra debe capacitarse en entrevista motivacional, trabajo terapéutico con familias ("el paciente es la familia"), asesoría a familias en temas de comportamiento, uso de guías anticipatorias y manejo de niños con necesidades especiales (familias fragmentadas, víctimas de trato negligente, pobreza...).

Dificultades en relación con las intervenciones preventivas, excesivo número de intervenciones preventivas, demasiados controles de salud a lo largo de la infancia y adolescencia; actividades preventivas categorizadas en el mismo grado de importancia; incertidumbre sobre los impactos en la salud infantil de las intervenciones preventivas. En relación con los grupos de expertos, destacan las diferencias existentes entre las asociaciones profesionales en cuanto a las recomendaciones publicadas, número de reco-

mendaciones, periodicidad de los controles de salud, fuerza de recomendación de las intervenciones (Academia Americana de Pediatría, *Canadian Task Force, USA Task Force*, Grupo de Prevención en la Infancia y Adolescencia de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria...).

Entre las **dificultades con el Servicio Nacional de Salud (SNS)** algunas son muy evidentes; la implementación de las actividades preventivas es distinta según comunidades autónomas, no sólo referidas a los calendarios de vacunaciones que constituyen toda una injusticia social, y probablemente anticonstitucional, pues en esto no son iguales todos los españoles menores de 14 años, sino también desde las distintas actividades de cribado y distintos Programas de Salud Infantil en cada comunidad autónoma; pero es que también en cada comunidad autónoma son distintos los grados de cumplimiento y los contenidos por Centros de Salud, como son distintos los grados de interdisciplinariedad con enfermería en la atención al niño sano en cada centro. Además, el SNS presta poca atención a las propuestas singulares que realizan los equipos de salud infantil

en los centros de Atención Primaria, de manera que la singularidad que es capaz de definir una atención más específica a una población concreta queda sin los apoyos necesarios en recursos de formación, material o de reorganización de personal que el SNS podría disponer, implicando que los cambios por centros quedan al arbitrio del altruismo o la disponibilidad personal de los profesionales. Otra dificultad no menos importante de los que dirigen el sistema sanitario viene de su lentitud en responder a las necesidades de la población infantil y elaborar subprogramas que mejorarían el bienestar de los colectivos de riesgo (promoción de la lactancia materna, atención al recién nacido menor de 1.500 gramos en Atención Primaria, atención prenatal en la consulta de Pediatría, actividades preventivas en niños con síndrome de Down, actividades preventivas del niño emigrante al incorporarse al sistema sanitario, atención a las familias con niños en acogida o en adopción...).

No la última barrera del SNS para la protección adecuada de la salud en los niños, pero sí la que finalmente cierra este párrafo, es la inexistencia de una participación a través de los Consejos de Salud definidos por la Ley de Sanidad que posibilitaría la participación de la

asociaciones profesionales autonómicas de los pediatras de Atención Primaria (AEPap) y de los representantes de la población a nivel autonómico para tratar de la prevención y promoción de la salud entre otras cosas.

En conclusión, la prevención infantil ha ido pareja a las transformaciones económicas y sociales de nuestro país y es en las últimas décadas del siglo XX cuando se universaliza su implantación y comienza a incidir notoriamente en la salud infantil. Pero este desarrollo nos

ha conducido a nuevos problemas que obligan a nuevas estrategias de prevención y nuevos contenidos de cuya adaptación depende buena parte de la salud de la infancia.

La complejidad de la prevención y promoción de la salud en este nuevo milenio aún hace más importante la participación de los pediatras a través de sus asociaciones profesionales y grupos de expertos (PrevInfad, Comité Asesor de Vacunas...) en el Servicio Nacional de Salud.

Bibliografía

1. Halfon N, Regalado M, Sareen H, et al. Assessing development in the pediatric office. *Pediatrics* 2004; 113: 1926-1933.

2. Cheng LT. Primary care pediatrics: 2004 and beyond. *Pediatrics* 2004; 113: 1802-1809.

