

La salud de la infancia y el pediatra en el sistema sanitario francés

R. Bastero Gil^a, M. Anegón Blanco^b

^aPediatra. Institut Hospitalier Jacques Cartier, Massy, Francia.

^bProfesora Ayudante. Dpto. de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos, Alcorcón, Madrid, España.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2005;7:303-319

Rafael Bastero Gil, rbastero@gsante.net

Resumen

El sistema sanitario francés obtiene muy buenos resultados sanitarios con un modelo distinto al Sistema Nacional de Salud existente en España, integrando los sectores público y privado en los diferentes niveles asistenciales y con una Atención Primaria basada fundamentalmente en los profesionales sanitarios liberales. Para su financiación, Francia posee un sistema de protección social similar al del resto de países europeos, que soporta la mayor parte del gasto sanitario y protege a la población económicamente desfavorecida. Sin embargo, a diferencia de España, la participación del usuario mediante el pago por acto y el ticket moderador es uno de sus pilares básicos. Otros principios fundamentales del sistema son la libertad de instalación y ejercicio de los médicos, así como la libre elección de médico por parte del paciente.

La Atención Primaria de la infancia es compartida por médicos generales y pediatras dado el bajo número de pediatras en el sistema. La prevención y la promoción de la salud son realizadas también por los servicios de "Protección Materno-Infantil y Salud Escolar", instrumentos de la política sanitaria de gran importancia en Francia, gracias a los cuales se han producido grandes avances sanitarios para la infancia en las últimas décadas.

En general, el estado global de la salud de la infancia es bueno, pero queda mucho trabajo por hacer en la disminución de las desigualdades de origen social, económicas, o geográficas, y en el acceso a los servicios sanitarios en iguales condiciones para todos.

Palabras clave: *Pediatría, Administración de los Servicios de Salud, Atención Primaria de Salud.*

Abstract

The French Health Service obtains very good sanitary results with a different model from the Spanish National Health Service, integrating the private and public sectors in the different care levels and with a primary health care mainly based on sanitary liberal professionals. With regard to funding, France offers a social protection system similar to that of the rest of European countries, which supports most of the sanitary expense and

protects the economically disadvantaged population. Differently to Spain nevertheless, the participation of the user by means of payment for act and the use of the moderating ticket is one of its basic props. Other fundamental principle of the system is the freedom of installation and exercise of the doctors, as well as the patient's free election of doctors.

The primary health care of the infancy is shared by general doctors and paediatricians, due to the low number of the latter in the system. The prevention and the promotion of the Health is also realized by the "Mother-Child Protection Service" and the "School Health Service", two very important instruments of the French sanitary policy, thanks to which big sanitary advances for the infancy have been made in the last decades.

In general, the global state of the health of the infancy is good, but there is still a lot of work to do in order to decrease the socio-economic or geographical inequalities, and to improve the general access to the sanitary services for everybody under the same conditions.

Key words: Pediatrics, Health Services Administration, Primary Health Care.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud publicaba en su informe anual de 2000 una clasificación de los sistemas sanitarios nacionales con un índice que contemplaba la esperanza de vida saludable, la satisfacción de los enfermos, las desigualdades en salud, la capacidad de respuesta adecuada del sistema y la equidad de la carga financiera sobre los ciudadanos. Francia e Italia ocupaban los dos primeros puestos, España el séptimo, Reino Unido el décimoctavo y Estados Unidos el número 37¹.

La evolución demográfica de las sociedades europeas, con el envejecimiento de la población y la disminución de la población infantil, otorga a la pediatría un papel modesto dentro del sistema sanitario desde el punto de vista de la actividad y el gasto, pero con una gran

importancia estratégica en cuanto a la prevención de enfermedades y discapacidad.

En las últimas décadas el estado de salud de la infancia en Francia se ha caracterizado por una gran disminución de la morbi-mortalidad infantil y una mejora en la prevención y tratamiento de las discapacidades y la patología crónica infantil. Estos logros se deben al desarrollo socio-económico y al progreso científico-técnico, similar al de otros países europeos de su entorno, pero también a la aplicación de un modelo sanitario con grandes diferencias respecto al de nuestro país.

El sistema sanitario francés se basa en tres puntos fundamentales: la libertad de ejercicio del profesional sanitario (libertad de instalación y prescripción), la libre elección de médico y la participa-

ción financiera del usuario (el pago por acto). En este modelo la población infantil se beneficia de los servicios y prestaciones generales (consulta médica, fisioterapia, farmacia, hospitalización, etcétera), además de unos servicios específicos de prevención y apoyo socio-sanitario denominados *Protección Materno-Infantil* (PMI) y *Salud Escolar*.

Evolución demográfica

La población francesa metropolitana (excluidos territorios de ultramar) en los últimos años ha seguido un lento crecimiento hasta los 59,7 millones en 2004 y un envejecimiento progresivo. El grupo de mayores de 64 años pasó del 13,9% en 1990 al 16,3% en 2004, mientras que los menores de 15 años cayeron del 20,1 al 18,6%, lo que supone aproximadamente 11,6 millones de niños. Con aproximadamente 760.000 nacimientos en 2003 (45% de padres no casados), la tasa de natalidad se situó en el 12,7 por mil, estable entre 12,6 y 13,5 por mil en el último quinquenio, mientras que el índice sintético de fecundidad (número de hijos por mujer) aumentó ligeramente hasta 1,90 (1,65 en 1999)^{2,3}. Estos datos sitúan a Francia en el grupo de países europeos de natalidad intermedia, lejos del umbral de recambio generacional, pero cla-

ramente por encima de los datos españoles (tasa de natalidad de 10,5 por mil y 1,30 hijos por mujer en 2003, datos provisionales)^{4,5}.

La esperanza de vida al nacer en Francia es similar a la española, 75,9 años para los hombres y 82,9 para las mujeres, al igual que la tasa bruta de mortalidad, 9,2 por mil (datos de 2003). Con esta baja natalidad y mortalidad, el crecimiento vegetativo aún es positivo, pero a corto plazo se prevé su negatividad. La población extranjera (5,6% en 2003), en cambio, se ha estabilizado desde hace dos décadas, y el saldo migratorio es ligeramente positivo en alrededor de 60.000 personas^{2,3}.

Por último, un factor importante que condiciona el desarrollo del sistema sanitario francés es la desigual distribución de la población francesa por regiones, con una alta densidad en la región centro de Paris-Ile de France (18,4% de la población) y alrededor de las grandes ciudades del sur-suroeste y el norte del país (Marsella, Lyon, Lille, Niza, etcétera). El 75% de los franceses reside en zonas urbanas o periurbanas, que ocupan el 18% del territorio.

Indicadores sanitarios y salud infantil

El análisis de la situación sanitaria en 2003 (Ministerio de la Salud) mostraba

una buena situación en cuanto a morbi-mortalidad infantil, con indicadores similares a España. La mortalidad infantil, en un 4,2 por mil, es una de las más bajas del mundo, con un importante componente de mortalidad neonatal (2,7 por mil) representado fundamentalmente por prematuridad, malformaciones, infecciones perinatales y complicaciones obstétricas, sobre todo en la primera semana de vida (mortalidad neonatal precoz de 1,9 por mil). Más allá del primer mes de vida (mortalidad postnatal del 1,5 por mil), la causa principal de muerte es el síndrome de la muerte súbita del lactante, y por encima del primer año los accidentes (33% de las muertes entre 1 y 4 años) y las malformaciones congénitas (8,4% de las muertes entre 1 y 4 años). Por último, en el período de 5 a 14 años, con las cifras más bajas de todos los grupos etáreos, la mortalidad se sitúa en un 0,25 por mil de los varones y un 0,17 por mil de las niñas, debido fundamentalmente a tumores (20%) y muertes violentas (44%), entre las que destacan los accidentes de tráfico (42%) y la presencia de suicidios (43 muertes), que además, en la franja de edad de 15 a 24 años, suponen el 13,5% de las muertes (607 casos), según los datos del año 2000^{6,7,8}.

El informe sanitario de 2003 también aporta los principales datos de morbilidad por edades, refleja la existencia de claras diferencias según los niveles socio-económicos y señala la vulnerabilidad de la población en situación más precaria, con mayor incidencia de problemas perinatales, déficits sensoriales, retrasos del lenguaje, problemas dentales, y también sobrepeso y obesidad⁶.

La prioridad actual en los primeros años de vida, tras la práctica desaparición de la desnutrición y las enfermedades carenciales, es la prevención de la obesidad y el sobrepeso, que afectan al 4 y 10% de los escolares de 6 años, y al 4 y 20% a los 11 años respectivamente^{8,9}. Otro problema de prevalencia creciente y de inicio más precoz es el asma infantil, que afecta de forma más o menos severa a entre el 6 y el 12% de los escolares^{10,11}.

Por encima de los 6 años de edad, son muy frecuentes las consultas por dificultades escolares, en su mayor parte ligadas a problemas de índole social y familiar, y en ocasiones causados por un déficit sensitivo o mental no detectado previamente. Por esta razón, la detección precoz del retraso mental y el cribado de déficits motores y sensoriales como la hipoacusia (profunda en 1 de cada 2.000 nacimientos) o los trastornos de la visión, en 1 de cada 5 niños de

6 años (12% llevan gafas), son otras de las prioridades. Los problemas del lenguaje, en ausencia de datos precisos, se estiman en un 1% de los niños para las dificultades graves del lenguaje oral y en un 4-5% para la dislexia.

Los problemas buco-dentales comienzan también en la edad escolar y consumen una gran parte de los recursos sanitarios (10% de los gastos de la Seguridad Social). Sin embargo, los resultados de los programas de salud buco-dental en los últimos años han sido positivos, con un índice CAO a los 12 años que ha pasado de 4,2 en 1987 a 1,9 en 1998, similar a los países nórdicos¹².

La cobertura vacunal global es relativamente buena. El calendario francés (ver Tabla I)^{13,14} incluye la BCG, obligatoria para ser escolarizado o asistir a guardería, con una cobertura del 84% a los 2 años. En lo referente a difteria, tétanos, tos ferina, *Haemophilus influenzae* tipo b y poliomielitis, la primo-vacunación (tres dosis) tiene un 98% de cobertura a los 2 años de edad (datos de 2002), pero desciende al 89% para la vacunación completa (tres dosis y recuerdo). La primera dosis de triple vírica tiene una cobertura del 94% a los 6 años y sólo un 86% por debajo de los 2 años, con grandes diferencias entre las regiones. En cambio, los datos para la

hepatitis B son muy modestos, con un 28% global, debido en gran parte al rechazo de la población por las dudas aparecidas en los medios de comunicación respecto a su seguridad. La vacunación anti-meningocócica universal no se recomienda dada la incidencia global baja de la enfermedad, aunque en los últimos años varios brotes epidémicos localizados en regiones próximas a España e Inglaterra han motivado campañas locales de vacunación. Por último, se extiende el uso de la vacunación neumocócica conjugada heptavalente, las vacunas hexavalentes y la vacuna contra la varicela, incluidas en las recomendaciones oficiales con indicaciones y condiciones especiales de reembolso en torno al 65% de su coste.

El saturnismo infantil es otra preocupación de las autoridades sanitarias, que inician un programa específico de vigilancia en 1992 y establecen su carácter de enfermedad de declaración obligatoria en 1998¹⁵. Se estima que el 2,1% de los niños de 1 a 6 años podría estar expuesto a niveles tóxicos de plomo en sangre, siendo factores de riesgo el medio social bajo, residir en edificaciones antiguas que sufren la degradación de las pinturas y conducciones utilizadas hasta los años 50, y vivir en zonas industriales¹⁶.

Tabla I. Calendario de vacunaciones 2004. Consejo Superior de Higiene Pública de Francia¹³

Cuadro sinóptico del calendario vacunal 2004.		
Desde el nacimiento	BCG	Antes de los 6 años para las guarderías y escolarización, y en medio de riesgo. Suprimidas las tuberculinas post-vacunación y las dosis sucesivas.
2 meses	Difteria, tétanos, tos ferina, poliomieltis, y hemophilus influenzae b (1.ª dosis) Hepatitis B (1.ª dosis)	Tos ferina de gérmenes enteros preferible a la acelular, también posible. Se pueden utilizar vacunas hexavalentes. En esos casos se recomiendan a los 2, 4 y 16-18 meses. Reembolso del 65%.
3 meses	Difteria, tétanos, tos ferina, poliomieltis, y hemophilus influenzae b (2.ª dosis) Hepatitis B (2.ª dosis)	
4 meses	Difteria, tétanos, tos ferina, poliomieltis, y hemophilus influenzae b (3.ª dosis)	
A partir de 12 meses	Rubéola, sarampión y parotiditis Hepatitis B (3.ª dosis)	A partir de los 9 meses, rubéola para los niños y niñas en guardería, seguida de una segunda dosis 6 meses después de triple vírica.
16-18 meses	Difteria, tétanos, tos ferina, poliomieltis, y hemophilus influenzae b (1.º recuerdo)	Tos ferina acelular o de gérmenes enteros, indistintamente.
3-6 años	Rubéola, sarampión y parotiditis (2.ª dosis)	
6 años	Difteria, tétanos, poliomieltis (2.º recuerdo)	Recomendada difteria dosis infantil, pero permitida dosis reducida de adulto (dTTP) debido a la penuria de vacunas DTP.
11-13 años	Difteria, tétanos, tos ferina acelular, y poliomieltis (3.º recuerdo) Hepatitis B (3.ª dosis 0, 1, 6-12 meses)	
16-18 años	Difteria, tétanos, y poliomieltis (4.º recuerdo) Rubéola	Recomendada difteria dosis infantil, pero permitida dosis reducida de adulto (dTTP) debido a la penuria de vacunas DTP. En mujeres no vacunadas previamente.
A partir de 18 años.	Rubéola Tétanos y poliomieltis o *Difteria (dosis reducida), tétanos, poliomieltis y tos ferina acelular (dTTPCa)	En mujeres no vacunadas previamente. Recuerdos cada 10 años. *En profesionales sanitarios, futuros padres o miembros de un hogar con embarazadas.
Otras vacunas disponibles. Recomendaciones oficiales y condiciones especiales de reembolso.		
2, 3, 4 meses Recuerdo 12-24 meses	Vacunación antineumocócica conjugada	En menores de 2 años con más de 1 hermano en edad preescolar, en guarderías, que han recibido lactancia materna menos de 2 meses, o factores predisponentes a enfermedad invasiva neumocócica. Financiada al 65% por el sistema público sanitario.
A partir de 12 meses	Vacunación contra la varicela	No recomendada en población general infantil. Recomendada en: – Profilaxis post-exposición en mayores de 18 años sin antecedente conocido de varicela. – Adultos profesionales sanitarios o en contacto con grupos infantiles sin antecedente conocido de varicela (aerología opcional). – Personas con inmunodeprimidos en su entorno sin antecedente conocido de varicela. Financiada al 65% por el sistema público sanitario.

El maltrato infantil, según datos de 2001, se estabiliza en los últimos años con alrededor de 85.000 denuncias de situaciones de riesgo y 18.000 niños maltratados cada año. Sin embargo, se aprecia en el último análisis de 2003 un aumento proporcional de los abusos sexuales (5.900 casos denunciados).

Finalmente, en la adolescencia los problemas psico-afectivos, las tentativas de suicidio, las adicciones (21% de los adolescentes de 16 años fuman, 9% consumen cannabis y 10% alcohol regularmente¹⁷, y los comportamientos antisociales son los problemas más específicos.

El sistema sanitario francés

1. La administración de un sistema sanitario plural¹⁸

El Estado se reserva el papel principal en la organización del sistema de salud, siendo garante del interés público y la mejora de la salud de la población. En primer lugar, existe una administración central con un complejo organigrama formado por un Alto Comité de Salud Pública, una Conferencia Nacional de Salud, tres ministerios (economía, asuntos sociales y sanidad) y varias direcciones generales (seguridad social, hospitales, general de salud, acción social, et-

cétera.), además de diversas agencias nacionales, institutos, establecimientos, y comités específicos. En segundo lugar, un proceso de descentralización ha llevado a la administración regional y departamental (Direcciones Regionales y Departamentales de Asuntos Sanitarios y Sociales) a realizar diversas funciones de planificación y gestión, sobre las que el Estado central ejerce una labor de tutela. En conjunto, el Estado ejerce su misión en los siguientes puntos:

- La atención a los problemas de salud pública (prevención colectiva, lucha contra enfermedades relevantes, etcétera).
- Asegura y garantiza la formación del personal, sus condiciones de ejercicio profesional y la calidad de los servicios sanitarios.
- Ejerce un papel de tutela y vigilancia en la adecuación de las estructuras provisoras de servicios y la oferta de cuidados.
- Garantiza la protección social al fijar las reglas de financiación, la cobertura de servicios, las tarifas o las condiciones de reembolso.

2. La protección social frente a la enfermedad

Se organiza principalmente mediante la afiliación al seguro de enfermedad

obligatorio (*Assurance Maladie*), que es una rama de la Seguridad Social, y de forma complementaria con la participación de las mutuas, seguros privados e instituciones de previsión de sindicatos y empresas.

Toda la población con residencia estable en Francia está protegida por el seguro de enfermedad, bien por su condición de afiliado o beneficiario del régimen general (80% de la población) u otros regímenes profesionales, incluyendo a los desempleados, o bien por ser beneficiario de una "cobertura sanitaria universal" (CMU y CMU complementaria), que se otorga a la población residente en Francia económicamente más desfavorecida (6 millones de personas).

Globalmente, Francia dedica el 9,6% del producto nacional bruto a la sanidad, por un 7,5% en España (datos de 2001). El "seguro de enfermedad" paga el 75,5% de los gastos sanitarios, financiado con las cotizaciones patronales y salariales, y por impuestos específicos (CSG o cotización social general y RDS o reembolso de la deuda social). Los organismos complementarios financian el 12,1% de la factura sanitaria y un 87% de la población se acoge voluntariamente a ellos pagando su cuota anual.

3. La oferta de servicios sanitarios

Organización

Existen tres pilares básicos: los hospitales, los profesionales sanitarios y los servicios preventivos.

La red hospitalaria consta en primer lugar de los hospitales públicos con función asistencial, docente e investigadora, que abarca el 65% de las camas disponibles (80% de las de medicina, 69% de las de psiquiatría, 46% de las de cirugía, y 59% de las de obstetricia). En segundo lugar, los establecimientos privados no lucrativos especializados en estancias medias y crónicos (15% de camas), y por último los establecimientos privados (20% de camas) con un gran porcentaje de actividad en cirugía. Con 8,5 camas por mil habitantes en 1998, Francia se encuentra a la cabeza de los países industrializados en este indicador, lo cual se traduce en la existencia de hospitales en prácticamente todas las ciudades de pequeño tamaño a partir de 10.000 ó 15.000 habitantes y en la ausencia de listas de espera quirúrgicas. Sin embargo, la tendencia actual es el descenso del número de camas y la concentración hospitalaria.

El otro gran pilar son los profesionales sanitarios. En 2003 ejercían en Francia 200.000 médicos (335 por 100.000 ha-

bitantes), 49% médicos generales y 51% especialistas, 6.300 de ellos pediatras (11 por 100.000 habitantes y aproximadamente 1 por cada 5.400 menores de 15 años). El 75% de los médicos generales y el 68% de los especialistas ejercen de forma liberal en su consulta privada, si bien la mayor parte de los especialistas realizan en hospitales públicos o privados su actividad quirúrgica. Además, también forman parte del sistema sanitario otros profesionales: 400.000 diplomados en Enfermería, 40.000 dentistas, 60.000 farmacéuticos (con 23.000 farmacias), 15.000 matronas, 55.000 fisioterapeutas, 14.000 foniatras y 2.400 ópticos, entre otros, según datos de 2001.

Si bien la mayor parte de los médicos y profesionales sanitarios trabaja en su consulta privada, en hospitales, o en ambos a la vez, también existen diversos centros específicos, pertenecientes a municipios, mutuas o asociaciones, como los centros contra el cáncer, de medicina deportiva, o de atención a adicciones, además de los centros especializados en medicina del trabajo.

En tercer lugar, y referido especialmente a la pediatría, en cada municipio existen centros de protección materno-infantil (PMI), con médicos y pediatras, enfermeras, auxiliares, psicólogos y asistentes sociales.

Funcionamiento

Se basa en los tres principios fundamentales del sistema sanitario francés: la libre elección de médico, la libertad de prescripción del médico y el pago por acto. Actualmente, cada ciudadano puede elegir en todo momento acudir a la consulta del médico general, el pediatra u otro especialista que desee y esté disponible. Igualmente, puede dirigirse a cualquier hospital público o privado, ya que en cualquier caso la Seguridad Social le reembolsará las tarifas oficiales. A este derecho se contraponen la libertad de instalación del médico, ya que las regiones más pobladas (centro y sur) están dotadas de una gran oferta de médicos generales y especialistas, mientras que el resto sufre una carencia importante en algunas especialidades, incluida la pediatría. Además, las previsiones de jubilación y las nuevas instalaciones de médicos dan una disminución del 20% de profesionales en 15 años, que difícilmente se sustituirán a pesar de las medidas adoptadas recientemente (aumento de plazas en las facultades e incentivos fiscales a la instalación). En su consulta, cada médico posee una gran libertad para realizar los actos médicos y las prescripciones de pruebas complementarias y tratamientos que considere adecuados conforme a su formación y

especialidad. Su actividad se rige por el código deontológico, elaborado por el Consejo de Colegios de Médicos. A partir de este principio se teje una red de estrecha colaboración y comunicación entre distintos profesionales, laboratorios de análisis y servicios hospitalarios especializados. En los últimos años se promueven, regulan y crean diferentes redes de cuidados específicos coordinadas entre los distintos niveles asistenciales, así como la agrupación de profesionales en centros de salud para garantizar mejor la atención continua.

En tercer lugar, el pago por acto es la pieza clave para hacer responsable al paciente del gasto sanitario, participando en su financiamiento. Todo acto médico fuera del hospital (consulta, cura, prueba complementaria o tratamiento) es abonado por el paciente según una tabla de tarifas oficiales (actualmente la consulta del médico general es de 20 euros y la del especialista de 23-28 euros), y posteriormente la *Assurance Maladie*, descuenta el ticket moderador y reembolsa la parte correspondiente, en general 70% (35 ó 65% para los medicamentos). Algunos profesionales están autorizados a tarifas superiores no reembolsables por la *Assurance Maladie* (en la parte que excede la tarifa oficial), y algunos pacientes están exone-

rados al 100% del pago por su condición socio-económica (beneficiarios de la CMU y CMU complementaria) o por su condición de enfermos crónicos (30 enfermedades incluidas en una lista de ALD o *afections de longue durée*), maternidad, accidente de trabajo, etcétera. En los hospitales públicos o privados el paciente debe pagar un "forfait de hospitalización" diario referido a los gastos hoteleros no cubierto por la *Assurance Maladie*, salvo en las excepciones anteriores. Todo el proceso de cobro y reembolso se agiliza con la existencia de una tarjeta informatizada *carte vital* para cada afiliado o beneficiario mayor de edad y con hijos a su cargo, en la que figuran datos exclusivamente administrativos.

4. La reforma del sistema sanitario

En 2004 y 2005 las autoridades francesas afrontan una gran reforma del sistema (ley del 13 de agosto de 2004) con un conjunto de medidas cuyo objetivo es mejorar su funcionamiento y frenar el gasto. Entre ellas destacan: la creación de una historia médica personal centralizada e informatizada; la obligación para todos los mayores de 16 años de elegir (sin limitaciones geográficas) un médico concreto llamado *médecin traitant*, que hará de filtro hacia los

hospitales y especialistas (excepto pediatras, ginecólogos, oftalmólogo y dentistas); la evaluación periódica y obligatoria de los profesionales sanitarios; la promoción de protocolos y normas de práctica clínica; y una política del medicamento más restrictiva, orientada al uso de genéricos. En el plano financiero esta reforma incluye: el pago adicional por el paciente de 1 euro por consulta a partir del 1 de enero de 2005, excepto en menores, embarazadas y beneficiarios de la CMU; la reducción o exclusión del reembolso de ciertos medicamentos y tratamientos de eficacia no documentada; un mayor control de las bajas laborales; incentivos fiscales al seguro complementario personal para las personas de renta baja; y un aumento del principal impuesto que financia el sistema (la CSG o contribución social general).

La atención a la infancia

En primer lugar, el niño enfermo utiliza el sistema en las mismas condiciones que la población general. Por elección de sus padres es atendido por un pediatra o por el médico general de la familia, y, en cada caso, con o sin orientación de los primeros hasta la reforma de 2005, por otros especialistas (oftalmólogo, dermatólogo, otorrinolaringólogo, etc).

El número insuficiente de pediatras, que trabajan en gran proporción en hospitales, y la mayor accesibilidad (tiempo, horarios, servicios de guardia) del médico general hace que la Atención Primaria infantil esté bastante repartida entre ambos, quedando en ocasiones el pediatra más en un papel de especialista de referencia.

Las urgencias son atendidas por los mismos médicos o pediatras, que voluntariamente se agrupan para repartirse los turnos de guardia durante la noche y los festivos. Existe también, además de las urgencias hospitalarias, un servicio telefónico regulador de urgencias, con médicos a domicilio y coordinado con los servicios de ambulancia, las unidades de transporte urgente medicalizado (SAMUR) y los socorristas-bomberos. La continuidad de la Atención Primaria las 24 horas es un problema importante dado el ejercicio liberal en Primaria. Desde el verano de 2003, con motivo de los efectos de la ola de calor, se ha regulado de forma clara la obligación de los médicos generales de organizarse para asegurar la atención continua en cada municipio.

En segundo lugar, las actividades preventivas equivalentes a los programas del niño sano de España se realizan indistintamente en las consultas de pedia-

tras, médicos generales y en los servicios de protección materno-infantil y salud escolar que detallaremos más abajo.

1. El recién nacido

El 60% de los nacimientos se realizan en maternidades privadas. Durante su estancia en maternidad, entre 3 y 7 días, el recién nacido es examinado por un pediatra que expide el primer certificado de salud dentro de los primeros 8 días de vida y rellena los primeros datos de la cartilla de salud o *carte de santé*. A partir de las 72 horas de vida y antes del alta se realiza el test de cribado neonatal en una sola muestra. El programa de cribado neonatal francés incluye el hipotiroidismo, la fenilcetonuria, la hiperplasia suprarrenal y la fibrosis quística (tripsina inmunorreactiva y, en caso necesario, el estudio genético de mutaciones con la autorización de los padres) en todos los recién nacidos. En determinados grupos de población (raza negra, población norteafricana, árabe, etcétera.) se realiza también la drepanocitosis.

Todo nacimiento debe declararse en el registro municipal en los primeros 3 días de vida, y éste comunica los nacimientos a los servicios departamentales de la Protección Materno-Infantil, que

en ocasiones, a indicación del pediatra de la maternidad, realizan un seguimiento activo del niño y su familia.

Los gastos médicos y de estancia hospitalaria por el parto están incluidos en un *forfait* de maternidad que es reembolsado en su totalidad, al igual que los gastos de una posible hospitalización del niño o su madre en el puerperio.

2. El *Carte de santé*

Es un libro individual que se otorga a cada recién nacido y tiene un papel fundamental en el sistema sanitario francés como herramienta de relación entre pacientes y profesionales. El paciente debe presentarlo en cada consulta (preventiva o curativa) y el profesional sanitario lo cumplimenta. Es similar a las cartillas de salud infantil que existen en cada región española, pero más exhaustivo y cubre hasta más allá de los 20 años. Contiene los antecedentes familiares, el resumen del período prenatal, el nacimiento y el examen postnatal, el seguimiento pondero-estatural, psicomotor y el cribado de déficit sensoriales, las prescripciones de vitaminas, flúor y otros tratamientos, los consejos sanitarios, la copia de los certificados de salud obligatorios, las vacunaciones recibidas, los exámenes radiológicos practicados, las hospitalizaciones, las enfer-

medades intercurrentes, así como la patología crónica, las alergias y una tabla de enfermedades infecciosas y exantemáticas.

3. La Protección Materno-Infantil (PMI)

La PMI agrupa el conjunto de medidas socio-sanitarias destinadas a asegurar mediante acciones preventivas la protección de las mujeres embarazadas y sus hijos hasta la edad de la escolarización obligatoria (6 años). La primera norma que la regula data de 1945. Actualmente su objetivo no sólo es luchar contra la enfermedad en la infancia, sino también realizar una verdadera promoción de la salud considerando al individuo en su entorno físico, social y psico-afectivo¹⁹.

Los centros de PMI se encuentran en cada municipio y son gestionados por la Dirección Departamental de Asuntos Sanitarios y Sociales. Son gratuitos y abiertos a toda la población residente. Ofrecen actividades divididas en dos grandes grupos: las dirigidas a los padres y las actuaciones sobre los niños. En el primer grupo se incluyen, por ejemplo, la planificación familiar, un examen clínico prenupcial obligatorio, los controles obligatorios del embarazo, y la lucha contra la esterilidad²⁰.

4. El niño sano

La PMI establece un calendario de 20 visitas durante los 6 primeros años de vida: mensuales los primeros 6 meses, trimestrales hasta los 2 años y semestrales hasta los 6 años. En 3 de ellas, primeros 8 días de vida, noveno mes y vigésimocuarto mes de vida, se emite un certificado obligatorio del estado de salud que consta de dos partes: la primera, dirigida a la dirección departamental de la PMI, recoge información de la historia clínica del niño, del entorno familiar, el examen físico y las vacunas; la segunda, dirigida a los centros de ayuda social a la familia (*Caisses d'Allocations familiales*), en la que no consta ninguna información clínica, sirve de justificante y permite a la familia acceder a las correspondientes ayudas sociales.

Estas visitas son gratuitas y pueden ser realizadas tanto en las consultas privadas de médicos y pediatras (reembolsadas posteriormente al 100%), como en las propias consultas de la PMI, directamente gratuitas, que también realizan un seguimiento a domicilio si es necesario.

Las consultas de la PMI son atendidas por pediatras, puericultores, enfermeras de pediatría y auxiliares de puericultura. Cada niño posee su historia clínica. De forma similar a los programas del niño

sano, en estas consultas se realiza la valoración del crecimiento pondero-estatural y el desarrollo psicomotor (test de Denver o Brunet-Lezine), el cribado de anomalías sensoriales auditivas (test de los juguetes sonoros de Moatti) y visuales (optotipos de Pigassou a los 2 años y *stycar-test* en niños mayores, u otros test equivalentes), el cribado de algunas enfermedades subagudas o latentes (diarrea, infecciones urinarias, raquitismo, anemia ferropénica, tuberculosis), la prescripción de vitamina D (Tabla II) y suplementos de flúor, y las inmunizaciones del calendario vacunal francés (Tabla I). Además realiza una valoración del riesgo de saturnismo en función del hábitat y el medio socio-económico y, si es

necesaria, la determinación de plomo en sangre con medidas seriadas.

5. La salud escolar

El servicio de *Medicina Escolar*, dependiente directamente del Ministerio de Educación (a diferencia de la PMI, que es departamental), es el relevo en las labores de prevención y promoción de la salud infantil a partir de los 5-6 años.

Sus actividades principales son:

a. Los exámenes de salud en la transición de los diferentes niveles educativos: a la entrada y a la salida de la *Ecole Maternelle* con 2-3 años y 6 años respectivamente, coordinados con la PMI; al final de la escolarización primaria con

Tabla II. Recomendaciones y medidas oficiales de prevención del déficit de vitamina D^{23,24}

Orden del Ministerio de Economía, Finanzas y Presupuesto (13 febrero de 1992) sobre el contenido exigido y permitido de vitamina D de las leches infantiles:

- Contenido de las leches de inicio o primera edad : 40-100 Unidades/100 kcal.
- Contenido de las leches de continuación: 40-120 U/100 kcal.

Recomendaciones actuales: comunicado de la Dirección General de la Salud (4 de septiembre de 1992):

- 0 a 18 meses de edad: 400-800 U al día, en niños alimentados con lactancia materna, que no toman leche infantil o en cantidad inferior a 500 ml al día (con atención a los factores de riesgo del punto siguiente).

Recomendaciones adicionales del Grupo Técnico Nacional de Definición de Objetivos para la Elaboración de la Ley de Política de Salud Pública y del Grupo de Estudio del Calcio de la Sociedad Francesa de Pediatría, de acuerdo con las circulares anteriores del Ministerio de Salud (21 febrero de 1963 y 6 de enero de 1971).

- 18 meses a 6 años de edad: niños de medio social desfavorecido, piel muy pigmentada o de regiones con poca exposición solar, sobre todo en invierno: 100.000-400.000 U cada 3-6 meses.
- Mujeres embarazadas: 100.000 U en el 6-7.º mes de embarazo.
- Adolescentes en regiones con poca exposición solar: 100.000 U al inicio del invierno.

10-11 años y en la enseñanza secundaria con 14-15 años.

b. La lucha contra las enfermedades transmisibles: meningitis, tuberculosis, toxiinfecciones alimentarias, pediculosis y sarna.

c. El cumplimiento del calendario vacunal.

d. La educación sanitaria: higiene buco-dental, prevención de adicciones (tabaco, alcohol y drogas) y educación sexual.

e. La atención y apoyo en situaciones de crisis: fracaso escolar, fugas, tentativas de suicidio o riesgo de maltrato.

f. La prevención de accidentes, especialmente en los alumnos en prácticas con maquinarias o productos tóxicos (liceos profesionales).

g. Las acciones encaminadas a la integración de las minusválidas²¹.

Un normativa del Ministerio de Educación estipula que cada centro escolar debe estar dotado de una consulta médica o enfermería, bien equipada, incluido un botiquín de primeros auxilios y diversos medicamentos. Además de médico y/o diplomado en enfermería, la escuela debe tener, en ausencia de los primeros, profesores cualificados en primeros auxilios. Cada alumno posee una historia médica escolar, sujeta al secreto médico, donde se anotan los resultados de los

exámenes de salud, accesible a padres y tutores, y con su autorización al médico externo de referencia. Junto a las actividades propias del programa de salud escolar, este servicio aportará la atención específica necesaria para la integración en la escuela de niños enfermos crónicos o con discapacidades físicas o psíquicas, y aplicará el protocolo nacional de atención urgente en la escuela, que incluye la contracepción de urgencia en adolescentes, con instrucciones precisas para el personal sanitario y docente²².

Como valoración final se puede afirmar que el sistema sanitario francés, con una estructura y organización muy diferentes al español, obtiene buenos resultados, otorga un papel importante y decisivo a los profesionales sanitarios, y cuenta con la satisfacción general de los pacientes. Sin embargo, en nuestra opinión, presenta problemas de planificación, equidad, accesibilidad y eficiencia, con diferencias importantes según factores geográficos y socio-económicos. En este contexto, a partir de 2004 se inicia una reforma que introduce medidas de coordinación, de control y, sobre todo, de contención del gasto y aumento de los ingresos. Dado el actual déficit económico del sistema, esta reforma se anuncia decisiva para su futuro y el de la protección sanitaria y social en Francia.

Bibliografía

1. World Health Organization. The world health report 2000. Health systems: improving performance [monografía en internet]. Ginebra: WHO; 2000-2004 [Fecha de consulta 2004 nov 15]. Disponible en www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf
2. Institut National de la Statistique et des études économiques [sitio en internet]. Le bilan démographique 2003: Stabilité des naissances, augmentation des décès. La France en faits et chiffres: thème population. Paris: INSEE; 2003 [Fecha de consulta 2004 nov 29]. Disponible en www.insee.fr
3. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques [sitio en internet]. Natalité et fécondité dans divers pays. Tableaux de l'Économie Française (2004-2005). La France en faits et chiffres: thème population. Paris: INSEE; 2003 [Fecha de consulta 2004 nov 29]. Disponible en www.insee.fr
4. Instituto Nacional de Estadística [sitio en internet]. INE Base. Demografía y población. Madrid: INE; 2004 [Fecha de consulta 2004 nov 29]. Disponible en www.ine.es
5. World Health Organization. Research tools. Statistical Information System (WHOSIS) [base de datos en internet]. Ginebra: WHO; 2004 [Fecha de consulta 2004 nov 29]. Disponible en www3.who.int/whosis/meanu.cfm
6. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Données sur la situation sanitaire et social en France en 2003. Paris: La documentation Française; 2004.
7. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques [sitio en internet]. Tableaux rétrospectifs. Mortalité. La France en faits et chiffres: thème population. Le bilan démographique 2003. Paris: INSEE; 2003 [Fecha de consulta 2004 nov 29]. Disponible en www.insee.fr
8. Institut National de la statistique et des études économiques [sitio en Internet]. Maladies, Accidents, Drogues. La France en faits et chiffres: thème santé. Paris: INSEE; 2003 [Fecha de consulta 2003 nov 29]. Disponible en www.insee.fr
9. Labeyrie C, Niel X. La santé des enfants scolarisés en CM2 à travers les enquêtes de santé scolaire en 2001-2002. Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques. Etudes et Résultats; 2004. N° 313.
10. Badyan G, Guignon N. Obésité et asthme, deux pathologies en développement chez l'enfant, étudiées à travers les bilans de santé scolaire. En: Données Sociales: la société Française (Ed. 2002-2003). Paris: Insee; 2002. p. 341-347.
11. Guignon N, Niel X. Les disparités régionales de l'état de santé des enfants de 5 à 6 ans. Institut de veille sanitaire. Bulletin épidémiologique hebdomadaire (Paris, France). 2003;39:181-184.
12. Hescot P, Roland E. La santé dentaire en France, 1998. Paris: l'Union Française pour la Santé Bucco-dentaire, 2000.
13. Calendrier vaccinal 2004. Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Institut de veille sanitaire. Bulletin épidémiologique hebdomadaire (Paris, France). 2004;28-29:121-132.
14. Calendrier vaccinal 2003. Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Institut de veille sanitaire. Bulletin épidémiologique hebdomadaire (Paris, France). 2003;6:33-40.
15. Bretin P, Lecoffre C, Salines G. Saturnisme de l'enfant mineur, une nouvelle dynamique pour la surveillance. Institut de veille sanitaire. Bulletin épidémiologique hebdomadaire (Paris, France). 2004;8:29-30.
16. INSERM. Plomb dans l'environnement, quels risques pour la santé? Expertise collective. Paris: Inserm; 1999.

17. Choquet M, Beck F, Hassler C, et al. Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens: consommations en 2003 et évolutions depuis dix ans. Observatoire Française des Drogues et des Toxicomanies. Tendances [serie en internet] [fecha de consulta 2004 nov 25]. Disponible en www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/tend35.htm
18. Duriez M. Haut Comité de Santé Publique. Le système de santé en France. [Informe en internet] Paris, mayo 2000. [Fecha de consulta 2004 nov 15]. Disponible en www.sante.gouv.fr/htm/minister/sytsan.htm
19. Morellec J, Roussey M. La Protection Maternelle et Infantile [documento en internet]. Rennes: Université de Rennes [actualizado el 2000 mar 2] [fecha de consulta 2004 nov 25]. Disponible en www.med.univ-rennes1.fr/etud/pediatrie/PMI.htm
20. Morellec J, Roussey M. Les activités de protection maternelle et infantile [documento en internet]. Rennes: Université de Rennes [actualizado el 2000 mar 2] [fecha de consulta 2004 nov 25]. Disponible en www.med.univ-rennes1.fr/etud/pediatrie/index4.htm
21. Santé à l'école [sitio web]. Paris: Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche; 2004. [Actualizado en 2004 ene] [Fecha de consulta 2005 ene 20]. Disponible en www.education.gouv.fr/prat/sante.htm
22. Protocole national sur l'organisation des soins et des urgences dans les écoles et les établissements publics locaux d'enseignement. Bulletin Officiel du Ministère de l'Education Nationale, 2000; hors série n° 1 (6 janvier 2000). [Fecha de consulta 2004 nov 25]. Disponible en www.education.gouv.fr/bo/2000/hs1/default.htm
23. Haut Comité de Santé Publique "Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France". Paris: Direction Général de Santé, Ministère de la Santé; 2000 [Fecha de consulta 2005 ene 20]. Disponible en www.sante.gouv.fr/htm/actu/nutri2000/sommaire.htm
24. Direction Général de Santé/Groupe Technique National de Définition des Objectifs. Rachitisme carentiel, carence en vitamine D. Ministère de la Santé; 2003.

