

## Mesa Redonda: Pediatría social

### Atención integral a la infancia: Modelo biopsicosocial

M. SÁNCHEZ JACOB

*Centro de Salud "La Victoria". Valladolid*

#### INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han producido varios hechos trascendentales en relación con los niños y en la posición de los padres y profesionales sanitarios ante los mismos.

En la actualidad el niño se ha convertido en un **"bien escaso"** y de interés y atención primordial en nuestra sociedad. Existe una reciprocidad en la relación entre el niño y los padres y el medio social en el que vive. Los niños condicionan considerablemente a sus padres y a su estilo de vida y ejercen efectos significativos sobre los adultos y la ecología psicosocial que les rodea. En definitiva, y en palabras de Rojas Marcos, no se puede negar el papel de los niños como actores sociales por derecho propio<sup>(1)</sup>.

El marco social en el que el niño se sitúa origina una demanda importante de lo que se denomina **"nueva morbilidad en pediatría"**, término que engloba los problemas del desarrollo, de la conducta y psicosociales, situaciones que tan sólo hace unas décadas se consideraban triviales.

Por otra parte, la sociedad tiene acceso generalizado a todo tipo de información en los medios de comunicación, lo que ha permitido que los conocimientos en relación con el estado salud-enfermedad se hayan incrementado considerablemente. Los éxitos de los avances científicos en el campo de la medicina hacen que los padres se resistan, naturalmente, a aceptar situaciones que a veces son escasamente modificables desde la "medicina tradicional".

Y los pediatras, obligados por los cambios demográficos y técnicos y por el auge de las medicinas "alternativas", **han tenido que modificar** su forma de ejercer la pediatría, y en mi opinión **deben seguir haciéndolo y esforzándose para ello**. La sociedad hoy espera de los pediatras consejo

y apoyo para que el desarrollo del niño se realice de **forma integral** con todas sus potencialidades genéticas intactas, desde el punto de vista físico, psicológico y social. Si tenemos en cuenta los datos de las encuestas de salud y las cifras de morbimortalidad, España ocupa uno de los mejores puestos en la pediatría internacional debido, en parte, a las características y la universalización de la asistencia del Sistema Nacional de Salud, hecho que nos debe **seguir estimulando** para dar respuesta a las demandas y necesidades de nuestra infancia.

#### ¿QUÉ SE ENTIENDE POR ATENCIÓN INTEGRAL A LA INFANCIA?

En nuestra sociedad actual, existen dos escalas de valores contrapuestas en relación con **el ser y el estar**. Por una parte, está la que encarna el éxito, la superficialidad y el individualismo a cualquier precio. Es pragmática y materialista y el exitoso es el que **tiene**. Por otra, la que mira al hombre en la dimensión más profunda y espiritual, en su capacidad de creación y de pensamiento, en su solidaridad y compromiso con el otro, en el desarrollo personal en el marco de la sociedad. El hombre exitoso es el que logra **ser**, y en este sentido cualquier persona es valiosa para la sociedad. Esta última posición es la vigente para el abordaje integral a la infancia<sup>(2)</sup>.

Desde este planteamiento se considera la salud no como ausencia de enfermedad, sino como la situación individual, familiar y social que permite mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes intentando satisfacer sus necesidades individuales para alcanzar un estado de felicidad y reali-

zación personal. Es un derecho que tienen los niños desde el momento del nacimiento, como se ha puesto de manifiesto recientemente en la Declaración de Barcelona sobre los Derechos de la Madre y el Recién Nacido<sup>(3)</sup>.

**La atención integral** es aquella que contempla cada problema de salud desde el aspecto de prevención del problema con la promoción de los hábitos y conductas saludables relacionadas con la situación, desde el aspecto asistencial de diferentes niveles y por último, desde la adaptación social, en aquellos problemas que puedan constituir un handicap más o menos crónico, sin olvidar los colectivos de riesgo y los niños con necesidades asistenciales especiales<sup>(4)</sup>.

La consideración del niño como una unidad **bio-psico-social** en estrecha dependencia con el medio, entorno físico y humano en el que crece y madura es básica en el concepto de salud integral. Permite implicar a los padres, educadores y personas de diferentes sectores en el proceso madurativo de los niños, haciéndoles descubrir sus capacidades como mediadores de salud.

La puesta en marcha de este abordaje integral es muy compleja dado el componente social y la diversidad de factores que concurren en cada problema que atiende. Exige por tanto priorizar los recursos.

## CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN INTEGRAL

Seguendo el Informe SIAS 2<sup>(5)</sup>, las principales características de la atención integral son:

### Multisectorialidad de la atención

Implica a todos los profesionales que tienen relación con la infancia con el objetivo concreto de mejorar la calidad de vida del paciente. Exige la coordinación, no sólo con otros profesionales del sector sanitario, sino con servicios y unidades pertenecientes a otros sectores muy diferentes como son la educación y los servicios sociales.

En el momento actual, aunque la multisectorialidad no se discute, sólo se cumple en contadas excepciones y en general de forma puntual y voluntaria. La realidad que tenemos se caracteriza por el desconocimiento, la descoordinación, duplicación y solapamiento de actividades y programas entre los diferentes sectores responsables de cualquier tipo

de intervención<sup>(6)</sup>. Y en este sentido son significativas algunas de las encuestas realizadas en Centros de Salud acerca de la existencia de programas de seguimiento de los recién nacidos de alto riesgo dados de alta en el Hospital: sólo existen en el 12%, no existen en el 38% y el 50% de los encuestados opinan que deberían crearse. Cuando se analizan las rutinas de comunicación entre los profesionales de Atención Primaria y los de Atención Temprana se observa que el 25% de los mismos intercambian información a través del correo, el 12% por teléfono y el 25% mediante reuniones interprofesionales. También en este caso, el 71% de los encuestados opinan que deben de crearse modelos de comunicación eficaces<sup>(7)</sup>.

Los efectos negativos de la parcelación y los factores de éxito en la coordinación se expresan en la Tabla I.

### Continuidad de la atención

La atención puntual de un problema en la consulta no cubre las necesidades **reales** -expresadas o no- del paciente. El cuidado y la dedicación deben ser continuadas en el tiempo, a poder ser hasta el final de la adolescencia, y cualquier acto médico es válido y oportuno para interesarse por la salud bio-psicosocial del niño. En este sentido la Atención Primaria, sitúa al pediatra en una posición privilegiada en materia de prevención y detección precoz de problemas médicos y sociales.

## ¿CÓMO SE PUEDE INFLUIR EN LA ATENCIÓN INTEGRAL Y CUÁLES SON LAS PROPUESTAS DE CAMBIO?

Comentaremos primero los factores que repercuten de forma negativa en el correcto funcionamiento de los canales de comunicación entre los niveles, para proponer después una serie de ideas encaminadas a mejorar la multisectorialidad tomando como referencia el informe SIAS 2<sup>(5)</sup>.

Los factores más importantes que influyen negativamente son:

1. La existencia de culturas profesionales diferentes.
2. El desconocimiento sobre las funciones, capacidades y recursos de los otros niveles.
3. La escasa valoración de los niveles al que no pertenecemos.

TABLA I.

EFFECTOS NEGATIVOS DE LA PARCELACIÓN	FACTORES DE ÉXITO EN LA COORDINACIÓN
Jerga terminológica	Lenguaje común
Endogamia conceptual	Conocimiento compartido
Liderazgo	Complementariedad
Independencia	Interdependencia
Divergencia	Convergencia
Apropiación del niño	Respeto en su entorno

Para conseguir superar estas dificultades se realiza la siguiente propuesta de forma escalonada:

### Cambio de actitudes

Para ello es básico la sensibilización ante la problemática.

El cambio de actitud surge de la reflexión, y ésta nace siempre de un contexto real y de la experiencia cotidiana que le da fuerza y le dota de credibilidad.

### Mejorar el conocimiento de los recursos de los otros niveles

- Entre el Hospital y Atención Primaria:
  - Tras el alta hospitalaria de cualquier ingreso
  - Tras el alta del recién nacido de alto riesgo
  - Tras la prescripción de recetas de medicamentos de uso hospitalario
- Entre Atención Primaria y el Area de Salud Mental
- Entre el Hospital - Atención Primaria y el Centro Base de minusvalía de cada provincia. En la actualidad son los Centros Base del INSERSO los que realizan la valoración y calificación de las minusvalías, aunque el tratamiento puede realizarse también en centros privados subvencionados.
- Entre el Hospital - Atención Primaria y los Equipos de Apoyo Escolar
- Entre el Hospital - Atención Primaria y los Orientadores Familiares

Los problemas de calidad de nuestro quehacer pediátrico no debemos buscarlos en cómo funciona un Centro de Salud o un Hospital, cuya calidad científico-técnica es reconocida, sino en cómo se relacionan entre sí. Son problemas derivados de la propia organización que a través de pequeñas barreras generan dinámicas de dificultad<sup>(8)</sup>.

Dada la complejidad y la magnitud de relaciones a establecer sería deseable que:

La/las personas con especial dedicación a la Pediatría Social, sensibilizadas e informadas sobre los recursos disponibles, realizaran reuniones informativas para el resto de los pediatras tanto **hospitalarios como extrahospitalarios**. Y me atrevo a sugerir, que este tipo de formación se incluyera en el programa docente de los residentes de Pediatría y se realizaran sesiones clínicas al respecto.

Los pediatras iniciaran y continuaran actuaciones con los diferentes sectores (sanitarios, sociales y educativos) de forma regular y no sólo a través del voluntarismo.

Merece la pena comentar aquí la experiencia vivida en Valladolid en mayo del 97, a propósito del V Curso de Formación Continuada en Pediatría, organizado por la Sociedad de Pediatría de Asturias-Cantabria-Castilla y León<sup>(9)</sup>. En ese momento el Centro Base expuso sus funciones y recursos a los pediatras hospitalarios y extrahospitalarios. Los niños menores de 6 años atendidos por aquel entonces, y tras 7 años de funcionamiento, ascendía a un total de 77, número que aumentó a 127 tan sólo año y medio después, en gran medida por los niños remitidos desde Atención Primaria, después de la información transmitida. Asimismo se incluyó en el programa la participación de diversas entidades, asociaciones y organismos que de forma directa o indirecta estaban relacionadas con la atención a la infancia y juventud: Asociación de asistencia a víctimas de agresiones sexuales, Asociación para la protección del menor en los procesos de separación de sus progenitores, Asociación Síndrome de Down, Asociación Castellano Leonesa para la defensa de la infancia y juventud, Asociación solidaridad madres solteras y separadas, Asociación contra el cáncer, Centro de detección de superdotación, directores de residencias juveniles y viviendas tuteladas, etc.

### Mejorar nuestras aptitudes

Requiere una **formación continua de talante humano**, para que la calidad de la atención sea adecuada. Los procesos educativos, deben ser permanentes y dar respuesta al complejo fenómeno de transformación de nuestra sociedad. El principal núcleo de formación debe ir dirigido a los propio niños y niñas, a sus procesos de socialización, a su desarrollo humano integral, a la configuración de su identidad y al desarrollo de su potencial<sup>(10)</sup>.

Se precisa mejorar las técnicas de comunicación y empatía.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Rojas Marcos L. "El poder de nuestros niños". El País, 29-09-93.
2. Orientación sobre estimulación temprana. <http://www.intergaleno.com/prevencion/pcc-estimulacion-temprana-art.htm>.
3. Declaración de Barcelona sobre los Derechos de la Madre y el Recién Nacido. 5th World Congress of Perinatal Medicine. Barcelona, 23-27 septiembre 2001.
4. Gómez de Terreros I. Presentación. En Informe SIAS. Sección de Pediatría Social. Asociación española de Pediatría. 1997 p.1.
5. Pons Tubio A. El profesional como mediador de la salud. En Informe SIAS 2. Sección de Pediatría Social. Asociación Española de Pediatría. 1999 p.161-167.
6. Martín Álvarez, L. Maltrato en la infancia y Atención Primaria: ¿Los pediatras podemos hacer algo más que notificar?. *Rev. Pediatr. Atención Primaria* 2000; 2 (8); 9-13.
7. Retortillo Franco. "Factores de éxito en la coordinación de Servicios de Atención Temprana". III Jornadas sobre coordinación interinstitucional de servicios de Atención Temprana. Valladolid, 21-23 octubre 1998.
8. Gómez de Terreros I. Editorial. *Pediatría Integral* 2001; 6 (2); 103.
9. V Curso de Formación Continuada en Pediatría. Sociedad de Pediatría de Asturias-Cantabria-Castilla y León. Valladolid, 19-21 de mayo de 1997.
10. Alvarado S. "Formación continua de talento humano para una atención integral de calidad a la niñez latinoamericana".