



El Programa del Niño Sano, ¿experiencia de mistagogia y marcaje?

V. Martínez Suárez

Grupo de Investigación de la SEPEAP. Universidad de Oviedo



“La evaluación debiera guiar su mejora basándose en la situación de partida y los objetivos finales. Medir efectos, comparar y avanzar en su estado; ese tendría que ser su fundamento”

La cuestión de partida, la que parece lógico hacerse cuando uno se plantea cualquier tema, podría ser: ¿merece la pena ocuparse de este asunto? Y tras esa, al tratar del Programa del Niño Sano (PNS), ¿es necesario revisar su organización, la utilidad de sus contenidos, sus resultados y pensar también –invocamos el *primum non nocere*– si puede tener algunos efectos negativos?; es decir, lo que hago como médico, ¿beneficia al paciente?, ¿tiene consecuencias de ineficiencia y medicalización?*. Al explicar el epígrafe que encabeza esta nota debe recordarse que en la Grecia antigua se denominaba mistagogia a la iniciación en los misterios de una nueva cultura. Por tanto, al acercarnos a este tema, ¿estamos hablando de una mistagogia, de una experiencia mistagógica, que como cualquier cultura en la que uno crece y como toda religión heredada luego resulta difícil abandonar? ¿Representa una marca o enganche para una relación impenitente de la persona con el sistema sanitario?

Creemos que lo que empezamos diciendo y las preguntas abiertas le ponen el contexto necesario al PNS.

Pero hay que ir un paso más allá. Cuando hablamos de un “programa”, ¿de qué estamos hablando? Hablamos de un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades, dotado con los recursos necesarios y planteado con la finalidad de alcanzar los objetivos concretos en relación con problemas de salud precisos y para una población determinada. Es decir, a todo programa lo definen unos “objetivos” (razonables, y que lógicamente deberían ser modificables, adaptados a cada momento y lugar), del que forman parte unas “actividades” (que sean pertinentes y las preferibles según su efectividad para alcanzar estos objetivos), y como recuerda la definición, dotado de unos recursos (de personal y material, por tanto dineros) suficientes y mantenidos a lo largo del tiempo.

El trabajo por programas depende de cuatro conceptos básicos: planificación, implantación, seguimiento y evaluación. En estos inicios del siglo XXI la exigencia de planificación, implantación y el seguimiento del programa no debieran admitir dudas: si ignoramos algunas excepciones puede afirmarse que los dos primeros apartados están plena-

mente desarrollados; el tercero puede discutirse. Nos queda la cuarta palabra clave de cualquier intervención sanitaria: el programa ha de ser evaluado. Ese tendría que ser el principio (evaluación para el aprendizaje) y el fin (evaluación del aprendizaje) del proceso, del desarrollo del programa. La evaluación, por tanto, debiera guiar su mejora basándose en la situación de partida y los objetivos finales. Medir efectos, comparar y avanzar en su estado; ese es el fundamento. ¿Para qué tendríamos que plantearlo así, como un logro dinámico y de progreso? Idealmente, para superar las condiciones en que crecen y se desarrollan los niños; consecuentemente, para hacer más digna la vida de las personas, aunque esta consideración justificaría un extenso comentario.

La ausencia de evaluación, debilidad

La cultura de la evaluación es la clave en el progreso de cualquier empresa y de todo proceso. Los programas, lo mismo que los centros y los profesionales tendrían que ser evaluados en función de los objetivos declarados en el contrato

*Esencia del principio de no maleficencia. El origen de la frase no es conocido con certeza. En contra de una extendida creencia, la locución no se encuentra en las versiones del Juramento hipocrático, si bien se le atribuye al mismo Hipócrates. Se ha descrito como una paráfrasis latina de Galeno que parte de un aforismo del médico de Cos (aunque en realidad Galeno también escribía sus obras en griego, no en latín). Referencias: Herranz G. *The origin of “Primum non nocere”*. BMJ. 2002; 324: 1463. Smith CMJ. *Origin and Uses of “Primum non nocere”*. Above all, do no harm!. Clin.Pharmacol. 2005, 45: 371-7.

de gestión, aunque en Atención Primaria esto no se ha venido haciendo de forma sistemática en la mayoría de los casos: ni se evalúa directamente la competencia de los profesionales ni la idoneidad de nuestras intervenciones. Esa pieza central está ausente; se ignora como punto determinante en el avance de la calidad del trabajo. Para empezar, para que esa evaluación cobrara sentido debiera llevarse a cabo mediante un proceso estandarizado (registro uniforme y comparable), continuo en el tiempo (lo que resulta imprescindible para controlar su evolución) y reflexivo (con auto-crítica y autoaprendizaje). Esto tendría que ser así también para el PNS, del que en el momento actual se replantea y debate su eficiencia y las características organizativas que debe tener. Por eso no podemos decir que lo que aceptamos como válido tenga en realidad un valor, ya que no lo hemos comprobado.

Evidentemente, estamos hablando de un PNS español genérico (irreal, por tanto), ya que con un poco de tiempo podría entrarse en otra cuestión interesante para el análisis. ¿Es aceptable que un programa con la misma idea se aplique con contenidos y número de controles diferentes, supuestamente basados en las mejores evidencias, en las diferentes Comunidades?; es decir, con diecisiete variantes parecidas pero distintas. Además, en los diferentes servicios de salud la cantidad de revisiones en menores de 2 años varía entre 7 y 11. Cabe preguntarse ante esta situación: ¿es esto necesario?, ¿es eficiente?, ¿es útil?, ¿es justo?

¿En qué consiste este programa?

Para empezar, debemos recordar que la consulta del pediatra de Atención Primaria (AP) es el punto natural de entrada en el SNS de cualquier preocupación sobre la salud del niño. Es el lugar donde se presta atención integral a los menores de 14 años. Donde se hace un control sistemático de su crecimiento y desarrollo. Y se realiza, además, una aproximación médica de carácter general y completa a todos sus problemas de salud. Todo ello con capacidad administrativa para coordinar y prescribir cualquier intervención que se considere necesaria.

En nuestro país somos 9.000 pediatras y casi el setenta por ciento trabajamos en consultas de Centro de Salud, donde existe –diariamente y a lo largo de toda la infancia– una relación de proximidad y con gran poder de influencia sobre el niño, sobre la familia y sobre la comunidad. La forma en que ha sido organizado nuestro trabajo está pensada para ejercer estas actividades de forma, insistimos, constante a lo largo de la infancia y, a veces, mediante el desarrollo de programas específicos. Es decir, incluyendo actividades de supervisión, promoción de la salud y prevención de la enfermedad a las que “teóricamente” debiéramos dedicar un cuarenta por ciento de nuestro tiempo de consulta. Y el pilar básico de actuación del pediatra para cumplir con estas funciones es la realización de exámenes de salud, integrados dentro de ese PNS, de Salud infantil o de Atención a la infancia, según las diferentes denominaciones, todas equivalentes.

Estos exámenes de salud tienen como ideas que los definen su carácter general (el mismo contenido), el ser individualizado (niño a niño, no en grupo) e indiscriminado: llega a toda la población. Se fundamenta en la evaluación repetida y el seguimiento del niño sin problemas (sano). Aunque no es un programa estanco: supuestamente debe adaptarse a las necesidades del niño, la familia y la población. En estos exámenes –individualizados y universales– se definen unos objetivos generales, que son la identificación de problemas manifiestos o potenciales de salud (mediante guías anticipatorias para reconocer factores de riesgo) y la aplicación/administración de medidas específicas para prevenirlos (Educación Para la Salud, vacunas). Además,

algo que no debería entenderse como poco importante: dan consistencia a la relación del niño y la familia con el sistema sanitario, con el pediatra y con la enfermera, teniendo en cuenta que dar consistencia no quiere decir crear dependencia; idealmente quiere decir facilitar el acceso a las diferentes modalidades de consulta y ofrecer confianza.

Su fundamento; su ausencia de fundamento

Hoy se intenta hacer axiomático que solo se lleve a la práctica lo que tiene clara “evidencia” de su utilidad, de sus resultados, pero es muy difícil encontrar pruebas consistentes –a favor o en contra– sobre los temas de salud pública y concretamente del PNS. Hay publicaciones que recogen evidencias y el grado de recomendación de determinadas actividades que componen los programas en sí, pero no suficientes.

Los contenidos integrados en este plan de actividades no son arbitrarios, aunque no todos son igual de consistentes desde el punto de vista científico. Se basa en la información disponible proveniente de las instituciones revisoras y supervisoras, incluidas sociedades científicas y centros oficiales de las administraciones públicas. Estas actividades son evaluadas en cuanto al valor de su inclusión, que es declarado para cada punto. Si ordenamos un listado de actividades preventivas eficaces (según los criterios de Wilson-Jounger) mediante una priorización de Hanlon y luego añadimos una parte de idiosincrasia cultural, obtendremos tres niveles de intervención posible. Este proceder ayuda a clasificar las actividades, a rechazarlas o a asignarlas a uno de los tres grupos de estrategias (Tabla I).

Tabla I. Estrategias de intervención posibles

- **Actividades básicas o priorizadas:** a realizar sistemáticamente a cualquier niño, a modo de estrategia poblacional. Se considera suficiente la evidencia sobre la eficacia y efectividad de las pruebas y la efectividad y eficiencia de la intervención
- **Estrategia subpoblacional, individual o de riesgo:** dirigida solo a grupos de riesgo, ya que la patología no tiene distribución homogénea-aleatoria, sino asociada a indicadores de mayor riesgo relativo y específicos. Más selectivo y cuidadoso con los grupos de riesgo. Responde más al control de recursos, necesidades e intereses
- **Actividades a mantener por “prudencia”:** para ellas no existe acuerdo sobre la evidencia de su efectividad, sin probarse su ineficacia

Ese planteamiento resulta teóricamente aceptable, pero debe reiterarse la falta de investigación en este campo y, por tanto, la debilidad de las propuestas y su variabilidad. Una vez más la falta de información consistente favorece la diversidad de prácticas. Así, respecto al número de controles Previnfad considera necesarios 11 hasta los 14 años, la Academia Americana de Pediatría 20 y las dos sociedades españolas de pediatría de AP 13. El Grupo de Trabajo canadiense de 8 a 12 hasta los 5 años y el NHS británico de 3 a 5 hasta los 6. Pero incluso en menores de 2 años la variación entre todas estas instituciones es importante. Como vemos, a pesar de apelar a las mismas evidencias, la interpretación es diferente y las propuestas varían sensiblemente. Otro criterio variable es el de quién debe llevar a la práctica el PNS: no existe uniformidad en cuanto a qué actividades deben ser valoradas y registradas por la enfermera, por el pediatra o por ambos. Esta falta de identificación es otra debilidad de este servicio de atención al niño.

Como consecuencia, en lo que se refiere a los contenidos del PNS y sus características organizativas, se plantea en la actualidad una múltiple cuestión: ¿Cuántas actividades, en cuántos controles, cuándo (a qué edades deben hacerse) y por quién? Finalmente, hay algún grupo que plantea una quinta cuestión, la de si se debe dejar de realizar el PNS por ineficiencia.

Podemos señalar que las actividades preventivas han tenido hasta ahora diversos efectos en las consultas de pediatría, en lo positivo por los resultados en salud obtenidos y su repercusión sobre la población, y como punto débil por la cantidad de recursos que se consumen, sobre todo tiempo de consulta. Los efectos de una posible dependencia del sistema sanitario a lo largo

de la vida, o la resolución de esos problemas en el ámbito familiar, también debería de ser motivo de investigación. No puede olvidarse que según algunos estudios casi el 60 % de las consultas en AP son causadas por problemas de salud menores o inexistentes.

¿Sabemos cuál es el coste de nuestra actuación?

Dependiendo de cada Comunidad el PNS consta de entre 11 y 20 revisiones, conjuntas con la enfermera o solo de la enfermera, repartidas durante la edad pediátrica (hasta los 14 años en todas menos una). Aunque no existe por parte de ningún Servicio de Salud autonómico una tarifa establecida para la atención programada, cada consulta de pediatría “a demanda” de AP de entre 5 a 10 minutos, sin pruebas ni prescripciones incluidas, varía entre 86 y 135 euros. Para la actividad enfermera no se ha establecido un precio oficial por parte de los respectivos Servicios de Contabilidad Analítica, aunque tiene un coste evidente que se ignora en todas las tablas.

Si hacemos una aproximación al coste total (muy a la baja, según el precio de la atención espontánea, sin contar con la enfermera y sin tener en cuenta el tiempo empleado en esta actividad, que es de 20 a 30 minutos), para un total aproximado de 7.000 pediatras de AP, con un cupo ideal o deseable de 800 niños, podría estimarse en 120 y 250 millones de euros.

Hay otro punto clave del PNS que indudablemente exige un replanteamiento: el pasar de la Revisión del niño sano «estándar» a la Atención al niño según sus condiciones de riesgo. Debería de implantarse un seguimiento diferente del niño según su estado y sus circunstancias:

- Niño sin riesgo reconocido.
- Niño con riesgo social.
- Niño con riesgo familiar.
- Niño con riesgo constitucional.

Los niños de cada uno de estos grupos deberían de ser sometidos a una estrategia de búsqueda y atención diferentes, con más o menos controles, incorporando unas u otras actividades. Es algo más acorde con las preocupaciones que plantean la medicina infantil hoy en día.

Conclusiones

1. El grado de recomendación y el nivel de evidencia dado por los grupos de expertos a las actividades del PNS son variables.
2. Hay pocos trabajos de investigación que valoren los procedimientos utilizados.
3. Existen muy pocos estudios de calidad (ensayos clínicos), lo que da lugar a la escasa evidencia (poca y mala) sobre la utilidad de los contenidos.
4. No se han valorado adecuadamente la efectividad y eficiencia del Programa.
5. Falta de formación orientada (práctica correcta) a los profesionales.
6. No se ha considerado el riesgo medicalizador.
7. Ausencia de evaluación administrativa.
8. No se ha prestado atención al consumo de recursos.
9. Probablemente tendría que plantearse atendiendo a los riesgos individuales, pero esto también exigiría un esfuerzo investigador.
10. Existe una crítica creciente, con propuestas de modificación y replanteamiento.



Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en “on line” a través de la web:

www.sepeap.org y www.pediatriaintegral.es.

Para conseguir la acreditación de formación

continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario “on-line”.