

Salud Pública

Promoción
de la Salud y
Epidemiología

Informe Técnico sobre problemas de salud y sociales de la infancia en España



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

Informe Técnico sobre problemas de salud y sociales de la infancia en España

MADRID 2005

AUTORES: DÍAZ HUERTAS, J. A.
VALL COMBELLES, O.
RUIZ DÍAZ. M.A.
Sociedad de Prdiatría Social

Edita y distribuye:
© MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
CENTRO DE PUBLICACIONES
Pasco del Prado, 18 - 28014 Madrid

NIPO: 351-05-046-9
Depósito Legal: M-10.891-2006

Imprime: Solana e Hijos, A.G., S.A.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	9
INFORME TÉCNICO SOBRE PROBLEMAS DE SALUD Y SOCIALES DE LA INFANCIA EN ESPAÑA	11
– Justificación	11
– Metodología	12
INTRODUCCIÓN	19
DERECHOS DE LOS NIÑOS	23
SALUD INFANTIL EN ESPAÑA	27
DEMOGRAFÍA	33
– Población infantil	35
– Esperanza de vida	36
– Natalidad	37
– Mortalidad infantil	39
– Morbilidad infantil	44
– Indicadores económicos	45
NIÑO Y FAMILIA	49
– Separaciones y divorcios	51
– Familias monoparentales	52
– Familias numerosas	53
– Niño y costumbres sociales	54
NIÑO Y SOCIEDAD	57
– Medioambiente: Deterioro ecológico	57
– El niño como objeto y sujeto de consumo	59
– Medios de Comunicación Social	59
– Nuevas tecnologías	61

NECESIDADES DE LA INFANCIA SEGÚN LAS ETAPAS EVOLUTIVAS	63
– Primera Infancia	63
– Escolar	64
– Adolescentes	64
ATENCIÓN A LA SALUD	67
– Desigualdades sociales y salud	67
– Atención perinatal	68
– Atención primaria - Programa del Niño Sano	69
– Hospitalización	71
– Nuevas tecnologías	72
– Salud mental	73
– Salud Pública - Pediatría Social	74
– Promoción de la Salud - Educación sanitaria	75
– Salud y centros escolares	76
NIÑO DE RIESGO SOCIAL	79
– Pobreza	79
– Niños de la calle	82
– Maltrato infantil	82
– Violencia entre iguales	86
– Adicciones - toxicomanías	90
– Delincuencia	93
– Fracaso escolar	95
– HIV - SIDA	97
NIÑOS DE ORIGEN EXTRANJERO	101
– Inmigración	102
– Menores Extranjeros No Acompañados	105
– Adopción internacional	107
– Atención a la salud de los niños de origen extranjero	108
NIÑO CON NECESIDADES ESPECIALES	111
– Prematuridad y nacidos de alto riesgo	111
– Discapacidad	112
– Enfermedades crónicas	114
– Enfermedades de baja prevalencia - Raras	115
– Detección precoz de metabopatías	116
– Malformaciones congénitas	117
– Atención Temprana	120
– Síndrome de la Muerte Súbita del Lactante	121
NIÑO CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA	123

NIÑO CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	127
– Suicidio	127
– Trastornos del Comportamiento Alimentario	128
SEXUALIDAD Y RIESGOS DE LAS ACTIVIDADES SEXUALES	131
– Embarazos en adolescentes	133
– IVE en adolescentes	134
VACUNACIÓN	139
DÉFICIT DE YODO	143
ACCIDENTES INFANTILES	147
– Accidentes de tráfico	153
BIOÉTICA	155
INVESTIGACIÓN	159
FORMACIÓN	161
BIBLIOGRAFÍA	163
ENCUESTA A INSTITUCIONES Y PROFESIONALES	171
CONCLUSIONES	187

PRESENTACIÓN

El objetivo de este Informe ha sido realizar una aproximación, desde la salud pública y la pediatría, a la situación y a los problemas sociales y de salud de la infancia que se identifican en la actualidad en nuestro país.

La información sobre la infancia se encuentra desagregada y, en muchas ocasiones es inexistente o no está actualizada.

En otras ocasiones el mismo dato puede no encontrarse en la misma forma o incluso no estar disponible, por lo que para analizar un fenómeno hay que recurrir a distintos años y/o diferentes fuentes.

El presente informe no recoge, evidentemente, todos los aspectos y se ha limitado a describir la situación de la infancia y la adolescencia en España, analizar las necesidades y respuestas a los problemas de salud y sociales, y exponer los puntos de mejora y problemas emergentes.

Distintos aspectos podrían estar contribuyendo a que se perciba a la infancia como un grupo de población que no necesita de una especial atención médica, entre otros, desde el punto de vista sanitario, por la disminución de la mortalidad y de los grandes y graves problemas de salud que facilitan que la infancia permanezca en gran parte oculta.

Además de una revisión de datos existentes sobre la salud de la infancia y la adolescencia se solicitó la colaboración de diferentes expertos que mediante entrevistas y encuestas aportaron aquellos aspectos que les parecían más importantes.

El informe incluye una extensa bibliografía lo que favorece ofrecer una visión completa e integral de los problemas sociales y de salud de la infancia en la actualidad.

Los datos y reflexiones que aquí se recogen no coinciden necesariamente en todos sus aspectos con la opinión de los directores ni de la Sociedad de Pediatría Social de la Asociación Española de Pediatría, sino que reflejan lo que se conoce y afirma acerca de la infancia en nuestro país.

El trabajo que aquí presentamos es sólo una recopilación de información acerca de la salud infantil y los problemas sociales que les afectan.

Pensamos en la conveniencia de realizar informes periódicos que den continuidad al trabajo aquí realizado que nos permitan analizar los cambios (avances, nuevos problemas,...), diferencias entre los ámbitos rural y urbano, y la propia percepción del niño de su salud, necesidades y su atención.

Madrid, 31 de mayo de 2004.

José A. Díaz Huertas

Oriol Vall Combelles

Miguel A. Ruiz Díaz

INFORME TÉCNICO SOBRE PROBLEMAS DE SALUD Y SOCIALES DE LA INFANCIA EN ESPAÑA

Justificación

La Convención de los Derechos del Niño aprobada por Naciones Unidas el día 20 de noviembre de 1989, fue ratificada por España en 1990 pasando a formar parte de nuestra legislación, existiendo el compromiso de los países que la han ratificado de presentar informes a las Naciones Unidas sobre su aplicación cada tres años.

El Comité de expertos de Naciones Unidas examinó el segundo informe de España (CRC/C/70/Add.9), presentado el 12 de octubre de 1998, en sus Sesiones 798ª y 799ª (documentos CRC/C/SR.798 y 799) celebradas en la sede de Naciones Unidas en Nueva York el 4 de junio de 2002, y aprobó en su 804ª Sesión, celebrada el 7 de junio de 2002, las observaciones finales.

En ellas, en el apartado C “**Sobre motivos de preocupación y recomendaciones**”, expone que:

Coordinación y estrategia global.

15. El Comité, aun reconociendo los esfuerzos realizados por el Estado Parte para mejorar la coordinación, en particular mediante la labor del Observatorio de la Infancia, comparte las preocupaciones planteadas en el informe (Ibíd., párrs. 128 y 129) acerca de la necesidad de adoptar políticas intersectoriales para la infancia y de mejorar la coordinación a fin de garantizar una acción integrada a nivel nacional y autonómico. Además toma nota con preocupación de la falta de una política global para la infancia.
16. **El Comité recomienda al Estado Parte que:**
 - a. **Refuerce la coordinación efectiva entre los organismos públicos nacionales, regionales y locales en la aplicación de las políticas de promoción y protección del niño; de acuerdo con su anterior recomendación (CRC/C/15/Add.28, parr.12);**
 - b. **Formule una estrategia global para la infancia sobre la base de los principios y disposiciones de la Convención;**
 - c. **Prepare y aplique políticas intersectoriales destinadas a la infancia.**

El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales a través del Observatorio de la Infancia, en cumplimiento de esta observación, está elaborando la **Estrategia integral para la infancia y adolescencia en dificultad y riesgo social**.

El Ministerio de Sanidad y Consumo participa en este órgano y es parte activa en la elaboración de la Estrategia, realizando las aportaciones que estima necesarias sobre aspectos de la salud de la infancia y adolescencia en España.

Para ello, el Servicio de Salud Materno Infantil de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo consideró necesario disponer de un INFORME TÉCNICO SOBRE PROBLEMAS DE SALUD Y SOCIALES DE LA INFANCIA EN ESPAÑA.

La Sociedad Española de Pediatría Social de la Asociación Española de Pediatría, por los fines de esta Entidad y la capacidad de gestión, se consideró que reunía las condiciones para realizar el referido informe y se le encomendó su elaboración.

Metodología

El presente informe lo ha realizado la Sociedad de Pediatría Social de la Asociación Española de Pediatría en colaboración con la Universidad Autónoma de Barcelona (Facultad de Medicina) y la Universidad Autónoma de Madrid (Facultad de Psicología).

1. Equipo Investigador

La dirección del Equipo y responsabilidad de la realización del informe ha sido de:

José A. Díaz Huertas

Pediatra. Unidad de Pediatría Social del Hospital Universitario Niño Jesús.

Coordinador de Asistencia Sanitaria del Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Madrid

Sociedad de Pediatría Social de la Asociación Española de Pediatría.

Oriol Vall Combelles

Pediatra. Jefe de Pediatría del Hospital del Mar. Universidad Autónoma de Barcelona.

Presidente de la Sociedad de Pediatría Social de la Asociación Española de Pediatría

Miguel A. Ruiz Díaz

Psicólogo. Profesor Titular de Metodología y Psicología Social. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.

- Equipo

El Equipo que ha participado en la elaboración del Informe (redacción, búsqueda de datos, temas monográficos,..) ha sido:

Ángel Barabona Plaza

Doctor en Filosofía. Licenciado en Ciencias de la Educación. Jefe de Estudios del I.E.S. Ramón y Cajal. Madrid

Teresa Benítez Robredo

Pediatra. Jefa del Programa de Niño de Riesgo. Concejalía de Gobierno de Seguridad y Servicios a la Comunidad. Ayuntamiento de Madrid.

Juan Casado Flores

Pediatra. Jefe del Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid.

Joaquín Esteban Gómez

D.U. Enfermería. Instituto Madrileño del Menor y la Familia.

Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Madrid

Oscar García Algar

Pediatra. Hospital del Mar. Barcelona

Carmen Martínez González

Pediatra. EAP. C.S. San Blas Parla. Área 10 IMSALUD. Madrid

Marta Sánchez Jacob

Pediatra. Centro de Salud La Victoria. Valladolid

2. Consulta a expertos e instituciones

Para la elaboración del Informe se procedió a realizar una encuesta a expertos e instituciones y se realizó un análisis de estudios e investigaciones en el campo de los problemas de salud y sociales de la infancia.

La consulta a expertos e instituciones se hizo mediante:

- Elaboración de encuestas y realización de entrevistas a expertos e instituciones de las diferentes Comunidades Autónomas y de ámbito estatal.
- Desplazamiento a diferentes Comunidades Autónomas para la realización de las encuestas – entrevistas.

La metodología que se utilizó referente a la explotación de datos de entrevistas y encuestas fue mediante un proceso de “*reducción semántica*”.

Colaboradores

Aerny Perreten, Nicole
Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo. Madrid.

Aranzabal Agudo, Maite
Pediatra. EAP Salvatierra. Álava.

Avellanosa Caro, Ignacio
Psiquiatra. Unidad de psiquiatría Infantojuvenil. Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid.

Ayuga Muñoz de la Torre, M^a Dolores
DU Enfermería. Centro de Salud Gandhi. IMSALUD Madrid.

Boqué Genovard , Ángela
Pediatra. Islas Baleares.

Capitán Alberni, Amelia
DU Enfermería. Barcelona.

Cornella i Canal, Joseph
EAP. Pediatra. Girona.

Cortes Lozano, Ángel
Pediatra. Casa de los Niños. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Madrid.

Cruz Hernández, Manuel
Catedrático Emerito de Pediatría. Barcelona.

Delgado Rubio, Alfonso
Jefe Departamento de Pediatría. Hospital de Basurto. Catedrático de Pediatría. Bilbao.
Presidente de la Asociación Española de Pediatría.

Domingo i Salvany, Francesc
Pediatra. Centro de Salud. Balaguer. Lérida.

Escudero Alvaro, Consuelo
Psicóloga. Centro de Salud Mental de Getafe. Consejería de Sanidad y Consumo.
Madrid.

Figueroa Muruaga, Cecilia
Residente Pediatría. Barcelona.

Fullana Montoro, Ana
Jefe del Servicio de Salud Infantil y de la Mujer. Dirección General de Salud Pública.
País Valenciano.

Galdo Muñoz, Gabriel
Hospital San Cecilio. Catedrático de Pediatría Social y Adolescentes. Granada.

Galofre Mestres, Eva
Pediatra. EAP. Barcelona.

García Pérez, Jesús
Pediatra. Unidad de Pediatría Social. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid.

Garijo Ayestarán, Caridad
Pediatra. Fundación Hospital Calahorra. Calahorra. La Rioja.

Giménez Sánchez, Francisco
Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Medicina Tropical. Madrid.

Gómez Culebras, Mario
Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria. Tenerife.

Gómez de Terreros, Ignacio
Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Hervada Vidal, Xurxo
Sudirector General de Gestión y Calidad en Salud Pública. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Xunta de Galicia.

Hidalgo Vicario, María Inés
Pediatra. Centro de Salud Barrio del Pilar. IMSALUD. Madrid.

Iribarren Sallent, Natividad
DU Enfermería. Navarra.

Lirio Casero, Julián
Pediatra. Unidad de Pediatría Social. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid.

López Pérez, Victoria
Matrona. Centro de Salud Barrio del Pilar. IMSALUD. Madrid.

Loredo Abdala, Arturo
Pediatra. Instituto Nacional de Pediatría. México.

Madero López, Luis
Pediatra. Jefe de Servicio de Oncología Pediátrica. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid.

Marañón Pradillo, Rafael
Pediatría. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Morell Bernabé, Juan José
Centro Extremeño de Desarrollo Infantil. Hospital Perpetuo Socorro. Badajoz.

Martos Moreno, Gabriel Ángel
Residente Pediatría. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid.

Matéu Sanchis, Sagrario
Jefe de Servicio de Salud Materno Infantil. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Mercer, Raúl
Pediatra. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Buenos Aires. Argentina.

Montamat i Vidal, Carme
DU Enfermería. Hospital del Mar. Barcelona.

Muriel Fernández, Rafael
Pediatra. Dirección General de Salud Pública. Junta de Andalucía. Sevilla.

Nogales Espert, Ángel
Catedrático de Pediatría. Jefe del Departamento de Pediatría Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Ponsell Vicens, M^a Esperanza
DU Enfermería. Enfermería Infantil. Islas Baleares.

Posada de la Paz, Manuel
Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

Riquelme Pérez, Matilde
Pediatra. Centro de Salud Universitario La Chopera. IMSALUD. Alcobendas Madrid.

Rosales Vidal-Quadras, Santiago
Pediatra. ICS Manso. Barcelona.

Rullán Losada, Gaspar
Neurólogo Pediatra. Director General. Oficina de Defensa de los Derechos del Menor. Gobierno de las Islas Baleares

Rubio Gribble, Bárbara
Pediatra. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Serrano Gil, Manuel
Medicina Interna. Centro de Acogida. Murcia.

Sobrino Toro, Manuel
Pediatra. Director Fundación Gota de Leche. Sevilla.

Solera Oliva, Riansares
Trabajadora Social. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid.

Trujillo Armas, Raul
Jefe del Departamento de Pediatría. Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria. Tenerife

Vázquez de la Calle, Ángel
Jefe de Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. La Coruña

Zahonero Coba, Mercedes
Médico. Centro de Acogida Isabel Clara Eugenia. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Madrid

Zarzoso Palomero, Amparo
Médico de Familia. Valencia

3. *Análisis de estudios e investigaciones*

Los informes Salud Infancia y Adolescencia y Sociedad (SIAS 1 y 2), elaborados por la Sociedad de Pediatría Social y editados en 1995 y 1999, han sido la base de partida del informe.

También se realizó una búsqueda y un análisis de la bibliografía e investigaciones previas sobre el tema que están recogidas en la bibliografía del Informe.

4. *Elaboración de un Informe técnico*

La elaboración del Informe ha estado basada en los *objetivos* que inicialmente se consideró que deberían incluir el Informe:

- Analizar las características demográficas, su evolución y consecuencias en la salud infantil.
- Analizar de la incidencia de factores sociales y sanitarios que afectan a la salud infantil.
- Realizar previsiones sobre la evolución de las dimensiones sanitarias y epidemiológicas en los próximos años.
- Identificar los problemas que afectarán en los próximos años a la salud de la infancia y la adolescencia desde la perspectiva de la salud pública.
- Considerar las líneas de investigación / acción prioritarias en pediatría.
- Realizar consideraciones sobre las líneas básicas sobre las que debe estructurarse la atención a la salud de la infancia y adolescencia según sus necesidades y problemas.

INTRODUCCIÓN

Una primera referencia obligada desde nuestro primer mundo es la situación mundial de la infancia.

El último Informe de UNICEF sobre la situación mundial de la infancia estima que 150 millones de niños de los países en desarrollo están desnutridos, 120 millones en edad escolar primaria no van a la escuela, 6.000 jóvenes se infectan con el VIH al día, cada año 1,2 millones de niños son objeto de trato para ser explotados como trabajadores o en la prostitución, se calcula que 300.000 niños y niñas son obligados bajo coacción a servir en el ejército, y además sabemos de los niños refugiados o que sufren en la guerra, de los niños de la calle, de las niñas que sufren la mutilación genital femenina,...¹.

La *Sesión Especial a favor de la infancia*² celebrada en Nueva York en el año 2002 por una parte afirmaba que “*en los últimos años se han ganado más batallas contra la pobreza y ha habido más progresos para la niñez en los últimos 50 años que en los últimos 500*” y, por otra parte, reconocía la existencia de situaciones cuyos aspectos positivos y negativos se presentan a continuación:

- + Prosperidad mundial sin precedentes y acceso inigualado a la información,
- pero persistencia de la pobreza y ampliación de las disparidades entre países ricos y pobres y dentro de cada país
- + Después de la Cumbre Mundial a favor de la Infancia (1991), hay sólidas alianzas internacionales y más acciones eficaces contra las principales enfermedades de la infancia,
- pero devastación sin par causada por el VIH / SIDA, especialmente en el África subsahariana
- + Algunos adelantos para la mujer, incluido un mayor reconocimiento jurídico de sus derechos en muchos países,
- pero una inequidad en la situación de la mujer y una discriminación por motivo de género constantes.

- + Creciente reconocimiento de los derechos del niño y mayor atención a la conculcación de esos derechos,
- pero proliferación de conflictos armados que matan y lesionan a enormes cantidades de menores, persistencia de otras formas de violencia contra la niñez y explotación generalizada de sus cuerpos y su trabajo.
- + Algunos adelantos en la reducción de la carga de la deuda que agobia a los países pobres, los cuales pueden liberar recursos para efectuar inversiones en la niñez,
- pero importante disminución de la asistencia internacional para el desarrollo y persistente postergación de los servicios básicos al asignar el gasto público y la asistencia para el desarrollo.
- + Nuevas oportunidades de participación popular creadas por la mayor vigencia de la gobernabilidad democrática y la mayor descentralización; mayor papel en el desarrollo ejercido por las entidades de la sociedad civil, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado,
- pero persistencia de un deficiente ordenamiento del medio ambiente, con aumento del número de niños en riesgo de enfermedades y de ser víctimas de desastres naturales.

En España resulta evidente que no se dan estas circunstancias dramáticas de los países en vías de desarrollo siendo nuestro objetivo avanzar en el bienestar infantil mejorando la calidad de su atención.

Las fuentes de información que disponemos nos indican la importancia y las necesidades que presenta específicamente este grupo de edad.

Sin embargo, es frecuente que datos relevantes de la población infantil no figuren bajo el concepto de infancia u otro parecido, sino que se los tenga que buscar dentro de otros aspectos más genéricos como educación, familia o salud.

Esta falta de disponibilidad de información ordenada de la infancia hace difícil una visión global, detallada y fiable de la realidad lo que provoca en ocasiones que sea percibida como un grupo de población que necesita escasa atención y recursos.

Los informes *Salud, Infancia, Adolescencia y Sociedad (SIAS)* elaborados y publicados por la Sociedad de Pediatría Social de la Asociación Española de Pediatría en 1997 y 1999 representan un referente importante al analizar los problemas de salud y sociales de la infancia y la adolescencia en España^{3,4}.

Ambos informes reflejan el interés y la preocupación, de los sanitarios y de la sociedad en general acerca de la infancia considerando la situación de la familia, los avances en la atención perinatal, la educación, los adolescentes, etc.

El reciente informe elaborado por la Universidad de Comillas sobre la “*Situación social de la Infancia en España*” publicado en 2003 realiza una aproximación cualitativa al fenómeno y dimensión de la infancia sin perder de vista las fuentes estadísticas, considerando como

el objeto de su estudio y de la preocupación social hacia la infancia el análisis de la población infantil y la comunidad familiar, la salud y el desarrollo infantil, la educación, la cultura y la comunidad, y la exclusión, la violencia y la protección de los niños⁵.

Asimismo los datos de la población de 0 a 15 años de la Encuesta Nacional de Salud realizada en 2001 por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) solicitada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, nos ofrece información sobre el estado de salud de la infancia en España aportada por las entrevistas realizadas a 5.280 padres, madres o tutores de niños de 0 a 15 años de edad⁶.

La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) en los informes de los años 2000 y 2004 ha dedicado un capítulo específico sobre la salud infantil^{7,8}.

El Ministerio de Sanidad y Consumo elaboró un Catálogo de Programas en el Área de Salud de la mujer y del niño por las Comunidades Autónomas, publicado en el año 2000, que refleja distintas actividades que se están desarrollando desde el campo de la salud pública en la atención a los problemas de la mujer y del niño⁹.

Asistimos a la sustitución del concepto de pediatría y puericultura como una especialidad, por el más amplio de medicina de la infancia entendiendo como tal la doctrina y la práctica médica dirigida a la edad infantil, integrando elementos asistenciales, preventivos y sociales¹⁰.

Desde la clínica y desde la salud pública se han incorporado al concepto de salud una serie de determinantes que influyen sobre la salud de las personas, que se entiende ahora como consecuencia de múltiples factores que intervienen a nivel genético, biológico, de comportamiento y en contextos sociales y económico que cambian a medida que la persona se desarrolla. Por otro lado, el desarrollo es un proceso de adaptación integrado por múltiples cambios:

1. los estadios vitales: época prenatal, lactancia, infancia, adolescencia, vida adulta y vejez;
2. transiciones y cambios de ámbitos: familia, preescolar, escuela, trabajo, retiro; y
3. procesos históricos: tendencias económicas, políticas y sociales¹¹.

El futuro de la salud infantil y de la pediatría – asistencia sanitaria a la infancia fue objeto de un análisis prospectivo Delphi publicado en 2002 con la participación de 263 profesionales en el que se analizaron la demografía y los problemas de salud emergentes; la estructura y la especificidad de la pediatría; la gestión clínica y la garantía de calidad; los derechos, la ética y los valores; la organización asistencial y la autogestión; la política sanitaria y la evolución del Sistema Nacional de Salud; la formación e investigación; y el desarrollo profesional y las fórmulas retributivas¹².

Finalmente, observamos que la información disponible a cerca de los problemas de salud y sociales de la infancia y su atención desde el punto de vista sanitario se encuentra dispersa y, por lo tanto, creemos pertinente la realización de este informe.

DERECHOS DE LOS NIÑOS

Los derechos de los niños y las necesidades de la infancia son las bases fundamentales sobre las que debe organizarse su atención, la atención a la salud.

Algo ha empezado a cambiar a lo largo del siglo XX y particularmente en las últimas décadas, en relación con el interés que tiene la infancia en nuestra sociedad.

Se considera que ha sido recientemente cuando al niño se le han reconocido sus derechos y se ha dotado a la sociedad de instrumentos para asegurar su aplicación, siendo la Convención de los Derechos de los Niños de Naciones Unidas aprobada el 20 de noviembre de 1989 un hito en la historia de la infancia y en el reconocimiento de sus derechos¹³.

El propio desarrollo de la pediatría es también un hecho relativamente reciente, de apenas un siglo en nuestro país. Recordemos que el primer hospital infantil en España, el Hospital del Niño Jesús de Madrid, se inaugura en el año 1877^{9,14}.

La consideración de niño como todo ser humano menor de 18 años es otro de los elementos fundamentales para analizar los problemas de la infancia y la adolescencia y sus necesidades de atención.

El niño está sometido a continuos cambios *biológicos* (crecimiento y desarrollo somáticos), *psicológicos* (maduración intelectual y afectiva) y *sociales* (autonomía, responsabilidad, ampliación del círculo de relaciones,...) que van a condicionar su salud o la aparición de enfermedades.

La consideración de la infancia como un grupo de población con necesidades específicas biológicas, psicoafectivas y sociales también es un hecho reciente de protección infantil¹⁵.

La atención social y sanitaria es un derecho fundamental del ciudadano.

La *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, de 10 de diciembre de 1948, establece en su artículo 25, que:

1. *Toda persona tiene derecho a ..., la asistencia médica y los servicios sociales necesarios,...*
2. *La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.*

- *Salud*

La Convención de los Derechos de los Niños de Naciones Unidas de 1989 establece el derecho a la vida en su artículo 6, y referente a la salud establece los derechos a la salud y bienestar para todos (art. 24); hospitalización (art. 25); seguridad social (art. 26); y a la integración y asistencia ante necesidades especiales (art. 23).

La Convención también establece el derecho a la protección del niño de la violencia, abuso físico, mental o sexual, descuido y malos tratos (art. 19); frente a la explotación económica (art. 32); explotación sexual y abuso sexual (art. 34); venta y tráfico de niños (art. 35); otras formas de explotación (art. 36);..., y el derecho a la recuperación y reintegración social (art. 39).

La Constitución Española de 1978 establece el derecho a la protección a la salud en su artículo 43:

1. *Se reconoce el derecho a la protección a la salud.*
2. *Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.*
3. *Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.*

La Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, en su artículo 1º establece que la Ley tiene por objeto la regulación de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección a la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución:

- Dignidad de la persona (art. 10.1).
- Vida e integridad física y moral (art. 15).
- Intimidad personal y familiar (arts. 18.1 y 20.4).
- Protección de la infancia y la juventud (art. 20.4 y 39.4)
- Protección y mejora de la calidad de vida y del medio ambiente (art.45)
- Previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos (art. 49).
- Protección de la salud de los consumidores y usuarios (art. 51).

La preocupación por la infancia, su atención y sus derechos ha llevado a desarrollar diferentes legislaciones y propuestas, entre ellas, destacamos dentro del campo de la salud la *Resolución del Parlamento Europeo sobre una Carta Europea de los niños hospitalizados*, que en 1986 ya mostraba la preocupación social por la atención a la salud¹⁶.

La Declaración de Ottawa de la Asociación Médica Mundial sobre el Derecho del Niño a la Asistencia Sanitaria adoptada por la 50ª Asamblea General celebrada en Ottawa (Canadá) en octubre de 1998 reconoce el derecho del niño a la asistencia médica que incluye los aspectos médicos, psicoafectivos, sociales y económicos que interactúan en el proceso de recuperación y que requieren de una preocupación particular en cuanto a los derechos del niño como paciente.

- *Servicios sociales*

El desarrollo de los servicios sociales como un derecho del ciudadano y no desde criterios de beneficencia también ha supuesto un avance muy significativo en la atención social a la infancia. En nuestro país esta transformación se inicia en la década de los 80 concebidos desde principios de responsabilidad pública, universalidad, descentralización, normalización, participación, prevención y coordinación¹⁷.

La Carta Social Europea, aprobada en 1961, en su artículo 14 define a los servicios sociales como “*servicios que utilizando métodos de trabajo social contribuyen al bienestar y al desarrollo de los ciudadanos y de los grupos de la Comunidad y a su adaptación al medio social*”.

Los servicios sociales son servicios públicos para prevenir y atender las consecuencias de determinadas desigualdades sociales en los ciudadanos y facilitar su integración social por medio de centros, equipos técnicos y unidades administrativas de gestión pública y privada¹⁸.

Los fines específicos son la prevención, la atención directa y la integración de los ciudadanos en situación de desventaja social.

La desjudicialización de la protección de menores y el establecimiento de esta competencia a los servicios sociales refleja un cambio de mentalidad sobre la atención social en general y hacia la infancia en particular.

- *Salud y servicios sociales*

Los problemas de salud de la infancia pueden requerir de la atención de los servicios sociales, así como en determinados casos los servicios sociales van a demandar la atención sanitaria.

La atención social en pediatría no es solo un problema de pediatría social, sino de atención integral, bio-psico-social, considerando las necesidades y derechos de la infancia.

SALUD INFANTIL EN ESPAÑA

Partimos de un concepto de salud integral, que comprende aspectos físicos, psíquicos y sociales, no sólo desde aquellos relacionados con la enfermedad, sino valorando los derechos y necesidades de la infancia, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la influencia de la sociedad, el medio ambiente, etc.

La atención a la salud infantil ha experimentado un avance evidente en los últimos años del siglo XX. El desarrollo del nivel asistencial, juntamente con otros factores esencialmente socioeconómicos, han tenido un impacto positivo que se ha reflejado en los indicadores al uso: reducción progresiva de la mortalidad infantil y perinatal, cambio acelerado en los patrones de morbilidad y motivos de consultas, aumento de la esperanza de vida, etc.

El desarrollo de los servicios de atención a la infancia con la consolidación de la red hospitalaria infantil y la transformación de la red ambulatoria y de consultorios en centros de atención primaria de salud han tenido un papel decisivo en estos resultados.

La atención especializada, el avance en la asistencia a problemas como prematuridad, recién nacido de bajo peso, tumores, fibrosis quística, fenilcetonuria, hipotiroidismo congénito, SIDA de transmisión vertical, etc., han supuesto un paso importante, aunque a su vez puedan plantear problemas de sustitución de los procesos agudos por problemas crónicos, con la consecuente demanda de otro tipo de cuidados.

En los países industrializados una serie de enfermedades crónicas (asma, cáncer, trastornos del desarrollo,...) han reemplazado a las enfermedades infecciosas como causas principales de enfermedad y muerte en la infancia. Esto se debe en parte al control de las enfermedades infecciosas tradicionales, pero también al aumento de las crónicas. Los tóxicos ambientales contribuyen a algunas de ellas, bien sea como causa primaria (como la intoxicación por plomo) o como factor contribuyente (como en el asma y el cáncer).

La incidencia de otros *factores sociales* han tenido un impacto indiscutible con una repercusión directa en la atención a estos problemas de salud como son:

- El aumento de la edad legal de la consideración de menor.
- El reconocimiento de los derechos de la infancia, de las necesidades del niño y su familia y el desarrollo legislativo de protección a la infancia a nivel internacional, nacional y autonómico, especialmente en la Convención de los Derechos del Niño y la Carta europea de los derechos del niño hospitalizado.
- El desarrollo de estrategias enfocadas a las situaciones de mayor riesgo.
- La implicación en la prestación de apoyos y defensa de intereses de las asociaciones de afectados y autoayuda.
- El desarrollo de movimientos de voluntariado y apoyo social.
- Acceso de los individuos y los colectivos a las tomas de decisiones sobre factores que influyen directamente en su salud y, para ello, la necesidad de incrementar la participación infantil y los hábitos saludables.

Para resolver todos los problemas de salud de la niñez, tanto los viejos como los persistentes y los emergentes, es necesario plantear algunos cambios en las políticas generales macroeconómicas (empleo, vivienda, educación, asistencia sanitaria,...) de manera que tengan un enfoque sensible a las necesidades de la infancia.

Al mismo tiempo que estas medidas generales a medio y largo plazo, habrá que establecer programas específicos para la infancia que produzcan beneficios directos y a corto plazo en la salud de las niñas y niños. Además, habrá que considerar que las políticas y programas deberán plantearse tanto en el ámbito local y nacional, como en el internacional (medio ambiente, comercio justo, competencia comercial leal, etc.).

Puesto que existen pruebas científicas de la importancia de los factores sociales en la salud y del efecto negativo que las inequidades sociales y de género tienen en la salud de la infancia, los nuevos enfoques referentes a su salud y su atención deberán orientarse en ese sentido recogiendo las recomendaciones de las estrategias de salud formuladas por la OMS en los últimos años.

A pesar de que existen áreas donde el avance ha sido evidente, persisten problemas que precisan de un replanteamiento de sus respuestas y otros, hoy llamados “*emergentes*”, que reclaman atención y escalan puestos en el orden de prioridades, exigiendo una respuesta cada vez más compleja de articular debido a la necesaria implicación de distintos sectores.

Finalmente parece previsible que existan cambios en las dimensiones sanitarias y epidemiológicas durante los próximos años, entre otros^{4,8,12}:

- Problemas de salud en la infancia que mejoran:
 - Disminución de las tasas de mortalidad perinatal, neonatal, posneonatal e infantil y de su razón niño/niña.
 - Disminución de la mortalidad por anomalías congénitas cardiovasculares, hipoxia, asfixia y distrés respiratorio, e inmadurez fetal en los menores de 5 años.

- Mejora de la supervivencia de los niños discapacitados y/o con enfermedades crónicas.
- Estabilización de las patologías tumorales en niños y adolescentes con aumento de la supervivencia del cáncer.
- Reducción de enfermedades infecciosas típicas de la infancia como consecuencia del aumento de la protección vacunal.
- Disminución del número de niños VIH + por transmisión vertical.
- Las unidades hospitalarias de elevada complejidad para atender enfermedades neonatales y episodios graves de patología infantil se mantendrán o incrementarán.
- Incremento y mejora de los programas de educación sanitaria dirigidos a adolescentes (sexualidad, sida, drogas, prevención de accidentes, etc.).
- Problemas de salud en la infancia que persisten o empeoran:
 - Deterioro de la calidad del ambiente: aumento de la incidencia de asma, cáncer y diferentes trastornos del desarrollo neurológico asociados con la contaminación ambiental.
 - Aumentarán los problemas de salud infantil y adolescente de origen social: situaciones de abandono, absentismo, fracaso escolar, desnutrición, malos tratos, abusos sexuales, violencia infantil-juvenil, etc.
 - Salud mental: más del 20 % de los niños presentan algún tipo de trastorno. Se considera que los problemas de salud mental en niños y adolescentes aumentarán, como la anorexia y bulimia.
 - Incremento de patologías derivadas de cambios en los hábitos alimentarios como la hipercolesterolemias en niños y adolescentes.
 - Obesidad: aumento del sobrepeso; el 14 % de los menores de 18 años padecen obesidad.
 - Discapacidades: cabe esperar que aumente la prevalencia de discapacidades físicas y psíquicas a causa de la mayor supervivencia asociada a la mejor asistencia sanitaria o a la atención en las unidades de cuidados intensivos neonatales.
 - Estilos de vida, entendidos no sólo como conductas individuales, sino como formas de vivir determinadas por el entorno familiar y social: relacionado sobre todo con las actividades en el tiempo de ocio y fundamentalmente con la práctica o no de ejercicio físico o de actividades sedentarias y que inducen el aislamiento familiar y social (televisión, videojuegos, chats, etc.).
 - Emergencia de nuevas patologías infecciosas causadas por resistencia a antibióticos y/o nuevos hábitos sociales. Emergencia de nuevas patologías infecciosas causadas por resistencia a antibióticos y/o nuevos hábitos sociales.

- Influencia en la salud infantil por cambios sociales que afectan a la demografía, inmigración, familia, etc.
- Patologías reemergentes ligadas con la inmigración, no tropicales, sino relacionadas con condiciones socioeconómicas en el país de acogida y en relación con adopciones internacionales.

El desarrollo social actual exige plantear estrategias de salud que hagan hincapié en la calidad de vida relacionada con la salud y en la equidad, en referencia a grupos determinados, tanto de género, como de clase social o de origen étnico.

Las respuestas a los problemas de salud en la infancia requieren para su adecuada atención la intervención desde tres niveles:

1. Desde los servicios de salud y para la mejora de la calidad de los servicios sanitarios se requiere un enfoque que parta de los derechos de los niños, incluyendo el derecho a recibir información clara, a expresar su opinión, a recibir explicaciones y a la confidencialidad.
2. Desde las políticas de protección ambiental se requiere mantener una política de precaución a la hora de aprobar nuevas sustancias o de delimitar la cantidad de las existentes en el medio ambiente.
3. Desde las políticas de promoción de salud se deben abordar los aspectos que influyen en la salud y el bienestar de la infancia y se debe tener en cuenta el potencial impacto en el desarrollo saludable cuando se tomen decisiones económicas y sociales. Hay que realizar actividades de promoción de salud en la escuela.

Los problemas que se identifican que incidirán en los próximos años en la salud de la infancia y adolescencia son los que consideraremos a continuación:

Área	Aspectos / Problemas
Cambios demográficos	
Familia	<ul style="list-style-type: none"> - Niño y familia - Separaciones y divorcios - Familias monoparentales
Sociedad	<ul style="list-style-type: none"> - Medioambiente: Deterioro ecológico - El niño como objeto y sujeto de consumo - Medios de Comunicación Social - Nuevas tecnologías
Necesidades de la infancia según las etapas evolutivas	<ul style="list-style-type: none"> - Primera Infancia - Escolar - Adolescentes
Salud	<ul style="list-style-type: none"> - Desigualdades sociales y salud - Atención perinatal - Atención primaria – Programa del Niño Sano - Hospitalización - Hospitalización a domicilio - Salud mental - Salud Pública – Pediatría Social - Promoción de la Salud – Educación sanitaria - Salud y centros escolares
Riesgo social	<ul style="list-style-type: none"> - Maltrato infantil - Violencia entre iguales - Niños de la calle - Adicciones – toxicomanías - Delincuencia - Fracaso escolar - HIV – SIDA
Niños de origen extranjero	<ul style="list-style-type: none"> - Inmigración - Menores Extranjeros No Acompañados - Adopción internacional
Niño con necesidades especiales	<ul style="list-style-type: none"> - Discapacidad - Enfermedades crónicas - Enfermedades de baja prevalencia – Raras - Detección precoz de metabopatías - Atención Temprana
Niño con enfermedad oncológica	
Salud mental	<ul style="list-style-type: none"> - Suicidio - Trastornos del Comportamiento Alimentario - Trastorno del comportamiento social

DEMOGRAFÍA

La demografía es la ciencia que considera, fundamentalmente desde el punto de vista cuantitativo, las poblaciones humanas y trata de su dimensión, estructura, evolución y caracteres generales.

El análisis demográfico aporta información sobre la configuración de nuestra sociedad que debe repercutir necesariamente en el sistema de atención sanitaria.

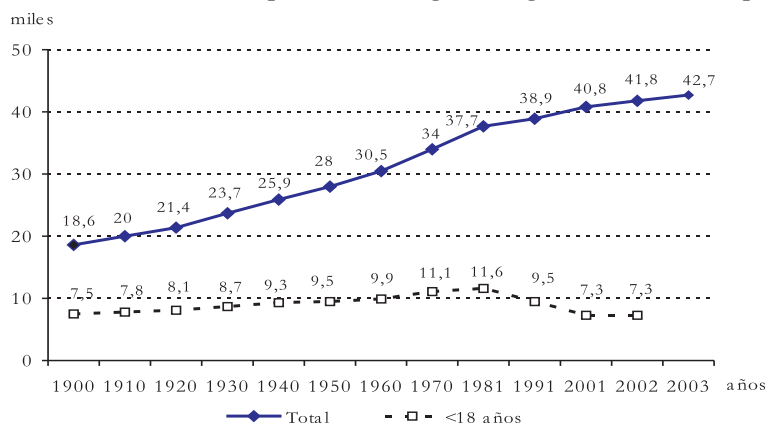
Los indicadores de salud de la OMS¹⁹ y los datos del último informe de la UNICEF sobre el Estado mundial de la infancia²⁰ indican que España se encuentra entre los países con mejores niveles de salud del mundo.

Los indicadores sobre la esperanza de vida al nacer, la mortalidad infantil, la mortalidad de adultos, la esperanza de vida sana al nacer, la esperanza de vida sana a los 60 años, etc., y la evolución de estos indicadores muestran una mejora en la salud de la infancia y de la población en general.

Las *características demográficas*, su evolución y sus consecuencias, son un aspecto importante a la hora de plantear los problemas y necesidades en salud de la infancia y la adolescencia.

La Población española a lo largo del siglo XX ha experimentado un incremento de más del doble respecto a la población existente en el año 1900, pasando de 18,6 millones de habitantes a casi 42 millones en el año 2002 (Figura 1).

FIGURA 1. Población española a lo largo del siglo en millones de personas



En el año 2002 España tenía una población de 41.837.894 habitantes, con una población mayor de 60 años de más del 20% y una tasa de fecundidad del 1.0 (Tabla 1)

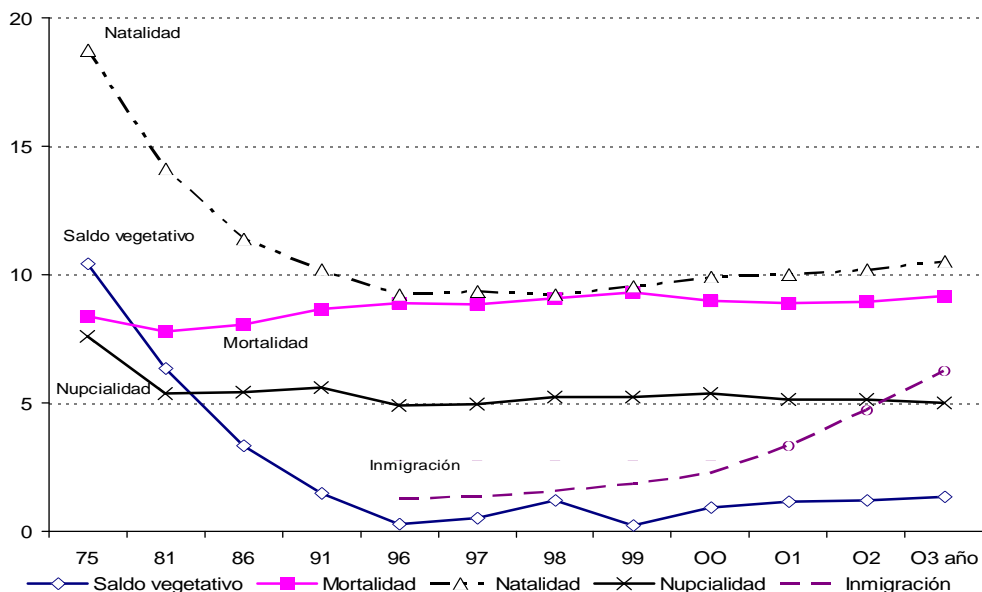
TABLA 1. Estimaciones de población

Indicador	Valor
Población total (%), 2002	41,837
Tasa de crecimiento anual de la población (%), 1991 a 2001	0.1
Porcentaje de población mayor de 60 años, 2001	22.0
Porcentaje de población mayor de 60 años, 1991	19.6
Tasa total de fecundidad, 2002	1.0
Tasa total de fecundidad, 1991	1.3

En los últimos años se aprecia una disminución de la natalidad, del número de matrimonios y del saldo vegetativo con un aumento de las defunciones y, especialmente, desde el año 1996 del número de inmigrantes.

En la figura 2 se representan estos datos de evolución de la población según las diferentes tasas por mil habitantes.

Figura 2. Evolución de los nacimientos, defunciones, matrimonios, saldo vegetativo e inmigraciones. Tasa por mil habitantes. Fuente: Movimiento Natural de la Población Española, INE



En cuanto a las defunciones, en 2003 se registraron 383.729 fallecimientos, 17.191 más que en 2002. La tasa bruta de mortalidad aumento del 8,9‰ en 2002 al 9,16‰ en 2003. El número de defunciones de extranjeros fue de 8.706 (el 2,3% del total). El 73,7% de fallecimientos de extranjeros correspondió a europeos, que son los extranjeros residentes en España con edades medias más avanzadas.

El crecimiento vegetativo de la población fue en 2003 de 56.134 habitantes en 2003, cifra superior a la registrada en 2002 que fue de 49.980 habitantes.

Por otra parte, las características demográficas referentes a la infancia que se prevén durante los próximos años, entre otras, son:

- La edad a la que las mujeres que tienen su primer hijo aumentará.
- El número de parejas sin hijos disminuirá o se mantendrá en los niveles actuales.
- El número de niños con padres separados y familias desestructuradas aumentará.
- El número de embarazos e interrupciones voluntarias del embarazo en adolescentes aumentará.
- La tasa de natalidad aumentará por el aumento de la natalidad de la población inmigrante, mientras que la tasa de natalidad de la población autóctona se mantendrá.

• **Población infantil**

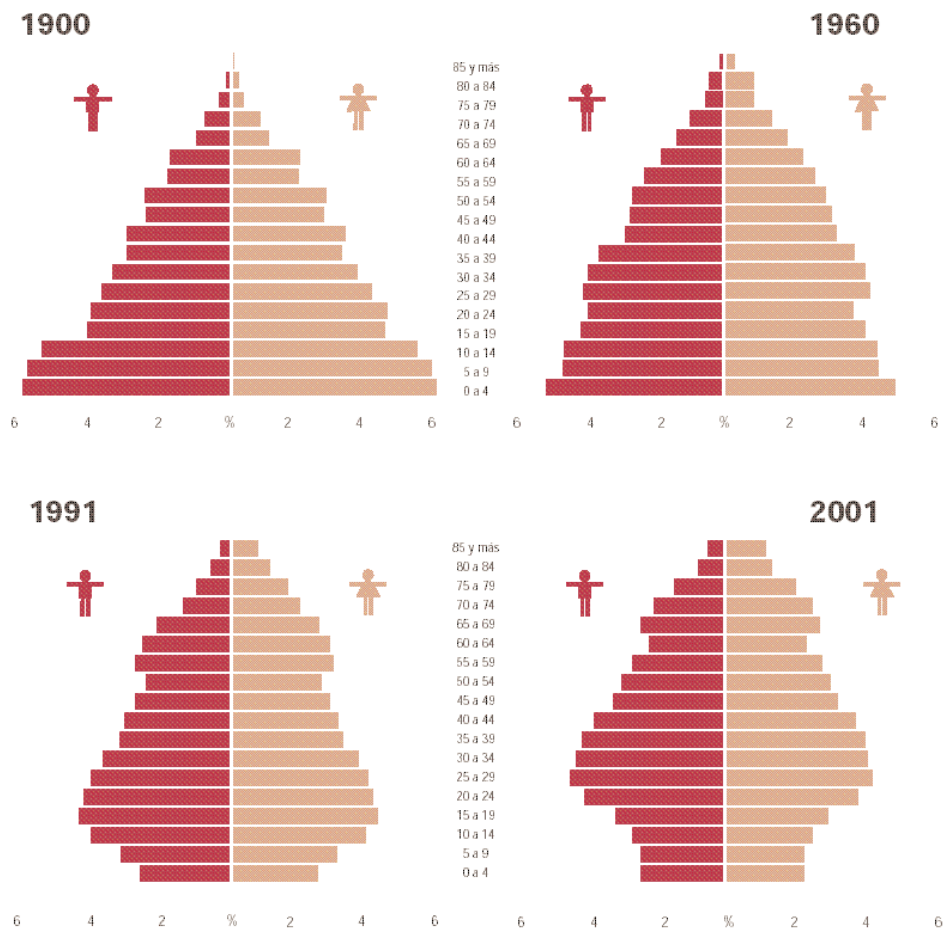
En el año 2002 la población de personas de 0 a 17 años en España (ambas edades inclusive) era de 7.344.573 lo que representan el 17,55% de la población total española.

La composición proporcional de menores respecto a la población total ha ido reduciéndose paulatinamente en los últimos años, pasando el 20,59% de 1996 al 17,55% de 2002. Esto supone que se está observando una disminución paulatina de la base de la pirámide de población y, por ende, un envejecimiento de la población.

La evolución de las pirámides de población a lo largo del siglo y especialmente en los últimos años muestran un aumento de la población total junto con una disminución en la base y un aumento en el grupo de adultos y personas de mayores edades.

En la Figura 3 se representan los datos según los Censos de Población y Viviendas correspondientes a los años 1990, 1960, 1991 y 2001.

FIGURA 3. Pirámides de población de España (1900-2001)
en miles de habitantes



- **Esperanza de vida**

La *esperanza de vida* en España se ha incrementando de un modo espectacular: para los nacidos en 1930 era de 49,97 años, en 1960 de 69,85 años; en 1996 era de 78,31; y en 2001 de 78,9 años.

La esperanza de vida es mayor en las mujeres (82,6 años) que en los hombres (75,3).

No sólo es importante el aumento de la esperanza de vida sino también la calidad de vida que se refleja en la “*esperanza de vida sana*” que actualmente se estima al nacer en los 70.9 años (73.0 mujeres, 68,7 hombres) (Tabla 2).

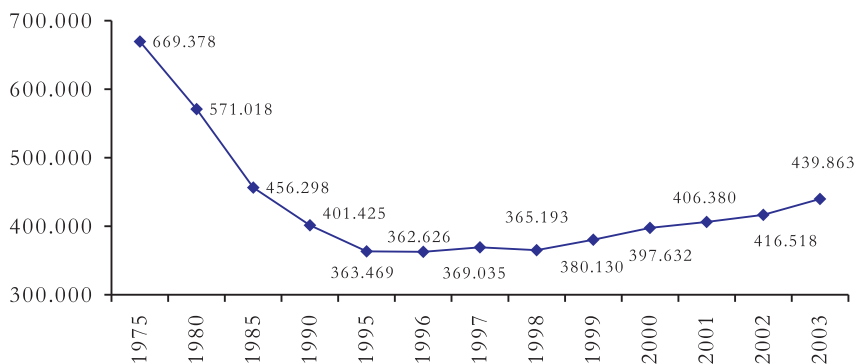
TABLA 2. Indicadores de salud, 2001

Indicador		Valor	Intervalo de incertidumbre
Esperanza de vida al nacer (años)	Población total	78.9	
	Hombres	75.3	74.5 - 76.0
	Mujeres	82.6	82.3 - 83.0
Esperanza de vida sana al nacer (años)	Población total	70.9	
	Hombres	68.7	68.0 - 69.7
	Mujeres	73.0	72.5 - 74.2
Esperanza de vida sana a los 60 años (años)	Hombres de 60 años	15.2	14.8 - 16.0
	Mujeres de 60 años	18.2	17.9 - 18.7

• **Natalidad**

En España, las pautas de comportamiento frente a la maternidad han experimentado cambios importantes, en primer lugar el *descenso de la tasa de natalidad*, sobre todo a partir de 1977 que era de 18.1 por 1000, si bien en los últimos años existe un incremento en los nacimientos (Figura 4).

FIGURA 4. Número de nacimientos en España 1975-2000



El incremento total de nacimientos se debió, en parte, a la fertilidad de las madres extranjeras que va en aumento. En 2003 se registraron 53.306 nacidos de madre extranjera, un 22,6% más que los registrados en 2002 que fueron 43.469. En el año 2001 hubo 33.475 nacimientos de madre extranjera.

Con relación al total de nacimientos, los de madre extranjera supusieron en el año 2003 el 12,2% del total, frente al 10,4% del año 2002 y el 8,2 del año 2001.

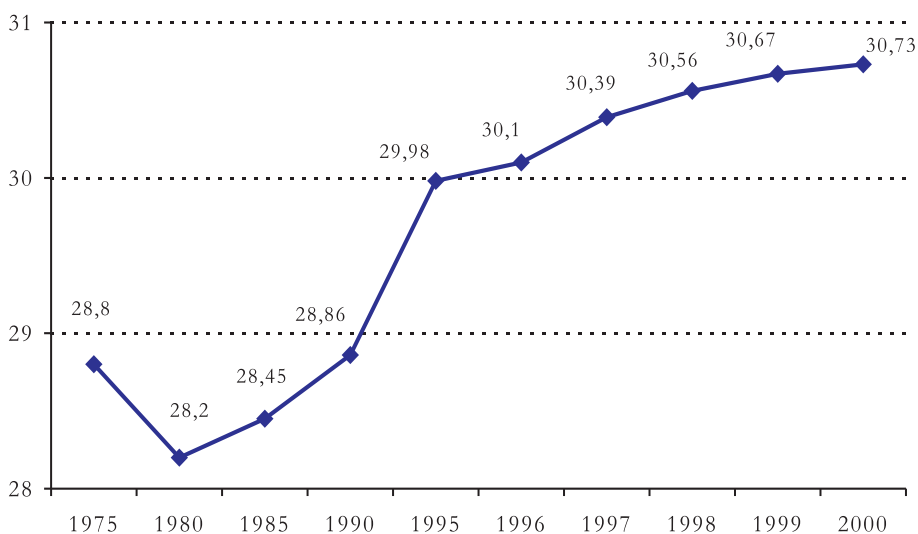
Aunque la nacionalidad ecuatoriana y colombiana que residen en España son los colectivos más numerosos, las mujeres de nacionalidad marroquí fueron las que más hijos tuvieron en 2003 con 10.525, el 19,7% del total de nacimientos de madre extranjera.

Las mujeres ecuatorianas, que duplican en número a las marroquíes, tuvieron 10.406 hijos, el 19,05% del total de nacimientos de madre extranjera. Las colombianas tuvieron 4.940 hijos, el 9,3% del total.

Los nacimientos en mujeres por encima de los 30 años siguen aumentando y, además de retrasar la llegada del primer hijo, se espacian más los nacimientos.

La edad de tener el primer hijo que fue descendiendo ligeramente hasta llegar a 28,2 años en 1980, y volvió a ascender situándose en 30,73 en el año 2000 (Figura 5).

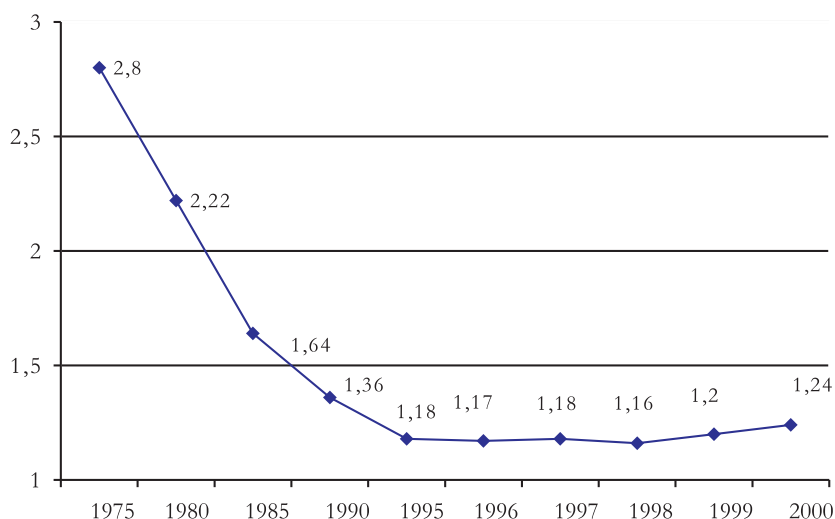
FIGURA 5. Edad media de la maternidad. Total Nacional.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Indicadores Demográficos Básicos.

El número medio de hijos por mujer ha descendido desde 2,8 en 1975 hasta 1,16 en 1998, por debajo de la media europea que era de 1,4 para ese mismo año, aumentado a partir de esa fecha debido fundamentalmente a los hijos de madres extranjeras (Figura 6).

FIGURA 6. Número de hijos por mujer. Total Nacional



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Indicadores Demográficos Básicos.

Los programas de *planificación familiar* por un lado satisfacen el derecho de la población a tener hijos en el momento mas adecuado para ello y, por otro, minimizan los riesgos ante la maternidad.

Los embarazos en adolescentes siguen siendo un problema importante de salud pública en toda la Unión Europea (U.E.), a pesar de las disminuciones recientes. España presenta cifras cercanas a la media de la U.E. como se analizará en el capítulo correspondiente.

Los datos acerca del uso de anticonceptivos en adolescentes no se conocen, aunque se sabe que los utilizan menos que la población adulta, mientras que los embarazos no deseados y las interrupciones voluntarias del embarazo en adolescentes están cobrando particular importancia.

• Mortalidad infantil

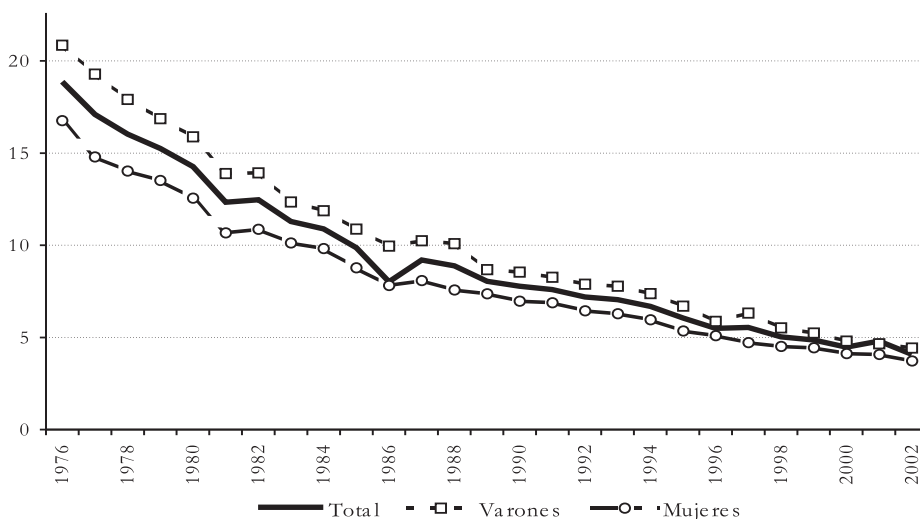
La mortalidad infantil ha descendido no sólo porque se ha reducido mucho la mortalidad perinatal debido a la ampliación a toda la población de los servicios de atención materno infantil en general y de atención obstétrica en particular, sino también porque las mejores condiciones de vida, los programas de seguimiento de la salud del niño, la generalización de los planes de vacunación infantil,..., han reducido la mortalidad infantil prácticamente a los casos de accidentes y al cáncer.

La tasa de mortalidad infantil y en general los indicadores de mortalidad en torno al nacimiento son reflejo, no solo de del estado de salud de los niños, sino también de la población en general, de sus condiciones de vida y del sistema de asistencia sanitaria.

El *descenso de la mortalidad*, tanto materna como infantil, condiciona un cambio en los objetivos de salud. Se trata de conseguir no sólo que no muera la madre o el niño sino de que además la mujer esté sana a lo largo de todas las situaciones biológicas que atraviesa y que el niño nazca y se desarrolle plenamente sano.

La mortalidad en el primer año de vida y la mortalidad materna muestran desde 1970 importantes descensos en todo el territorio de la Unión Europea y en concreto España forma parte del grupo de países desarrollados con tasas de mortalidad tanto maternas como infantiles más bajas (Figura 7).

FIGURA 7. Tasa de mortalidad infantil, por 1000 nacidos vivos. Total nacional



La tasa de mortalidad infantil en el año 2002 para los varones fue de 4,42 ‰, para las mujeres de 3,72 ‰ y de 4,08‰ para ambos sexos.

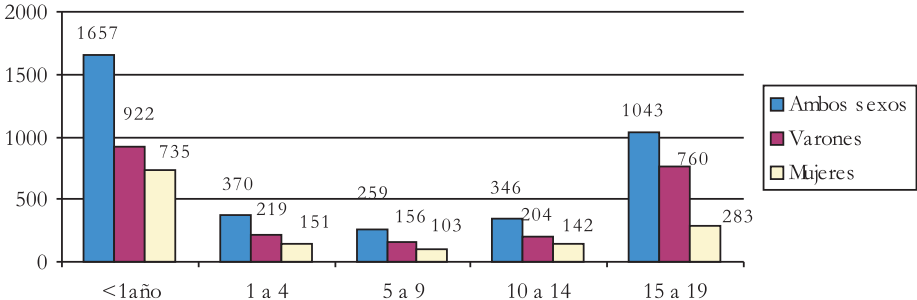
El decrecimiento de las tasas de mortalidad infantil ha sido más acentuado en la mortalidad postneonatal (muertes en niños con 28 o más días de vida hasta un año de edad) que en la mortalidad neonatal (muertes desde el 7º mes de gestación hasta los primeros 28 días de vida). Esto es debido, sobre todo, a que las causas de esta última son, fundamentalmente, prematuridad y malformaciones congénitas, en este momento de difícil control y prevención de sus factores de riesgo, como el retraso de la edad de la maternidad que aumenta el riesgo de malformaciones congénitas, los embarazos obtenidos mediante técnicas de Reproducción Asistida y los embarazos de mujeres trabajadoras con riesgos para su salud en su medio de trabajo. Mientras que las enfermedades infecciosas y las deficiencias nutricionales responsables principales de la mortalidad postneonatal hoy están bien controladas.

Esto hace que se lleven a cabo programas imprescindibles hoy para una correcta y más exigente atención del niño como son los programas de *detección precoz de deficiencias, de atención al niño sano, de diagnóstico prenatal, etc.*

Las defunciones totales (ambos sexos) durante el año 2001 de menores de 18 años fueron 3.675 correspondiendo el 61,5% (2.261) a varones y el 38,5 % (1.414) a mujeres.

La diferencia de tasas de mortalidad entre hombres y mujeres se observan en todos los edades pero es mucho mayor en el grupos de edad de 15 a 19 años debido fundamentalmente a la mortalidad por accidente (Figura 8).

FIGURA 8. Defunciones de menores de 18 años en España en el año 2000



Los accidentes, las intoxicaciones y las causas externas son la primera causa de mortalidad en la infancia, excepto en el primer año de vida en que las afecciones originadas en el periodo perinatal y las malformaciones congénitas, las deformidades y las anomalías cromosómicas.

Las defunciones totales (ambos sexos) durante el año 2000 de menores de 18 años fueron 3.987 correspondiendo el 61,25% a varones y el 38,73 a mujeres.

En la siguiente figura y tabla se muestran las defunciones por causas de muerte, sexo y grupos de edad en España en el año 2000. (Figura 9; Tabla 3).

FIGURA 9. Principales causas de defunción en menores de 19 años

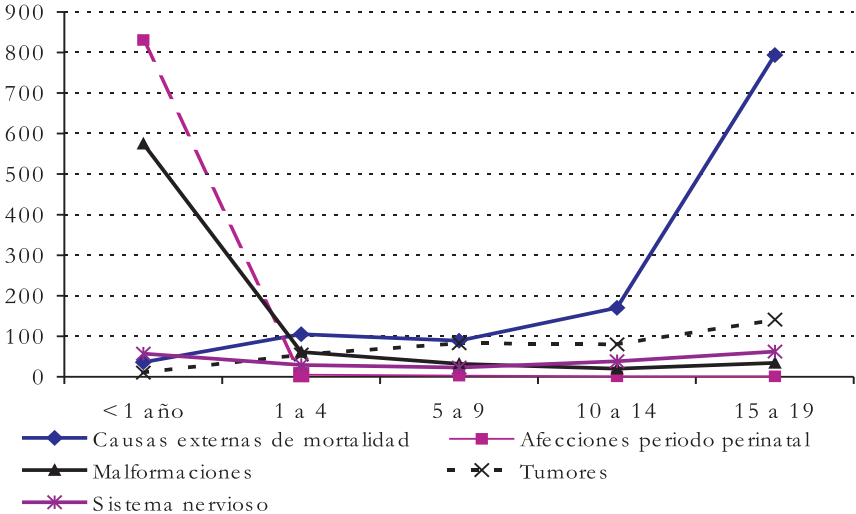


TABLA 3. Defunciones por causas de muerte, sexo y grupos de edad en España.

Año 2000

Causas	Sexos	Edades				
		< 1 año	De 1 a 4	De 5 a 9	De 10 a 14	De 15 a 19
Enfermedades infecciosas y parasitarias	Ambos sexos	34	43	19	6	26
	Varones	20	15	10	3	11
	Mujeres	14	28	9	3	15
Tumores	Ambos sexos	10	55	83	80	141
	Varones	4	38	43	42	88
	Mujeres	6	17	40	38	53
Enfermedades de la sangre y de órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan mecanismos inmunidad	Ambos sexos	8	6	10	6	5
	Varones	3	3	5	5	3
	Mujeres	5	3	5	1	2
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	Ambos sexos	28	16	9	5	13
	Varones	15	9	6	3	7
	Mujeres	13	7	3	2	6
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	Ambos sexos	57	29	23	38	62
	Varones	32	22	15	22	39
	Mujeres	25	7	8	16	23
Enfermedades del sistema circulatorio	Ambos sexos	11	14	8	21	40
	Varones	5	7	5	10	27
	Mujeres	6	7	3	11	13
Enfermedades del sistema respiratorio	Ambos sexos	31	16	8	8	26
	Varones	19	9	7	4	17
	Mujeres	12	7	1	4	9
Enfermedades del sistema digestivo	Ambos sexos	8	4	7	1	13
	Varones	3	2	3	1	9
	Mujeres	5	2	4	0	4
Afecciones originadas en el periodo perinatal	Ambos sexos	831	5	3	1	1
	Varones	458	2	0	1	1
	Mujeres	373	3	3	0	0
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Ambos sexos	575	61	32	20	34
	Varones	314	35	21	5	11
	Mujeres	261	26	11	15	23
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	Ambos sexos	110	28	8	9	27
	Varones	65	17	7	4	22
	Mujeres	45	11	1	5	5
Causas externas de mortalidad (Accidentes, intoxicaciones,...)	Ambos sexos	36	105	89	170	794
	Varones	21	61	58	120	619
	Mujeres	15	44	31	50	175

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Los datos que presenta de forma pormenorizada el Instituto Carlos III sobre las causas de mortalidad en el primer año de vida son:

TABLA 4. Defunciones en el primer año de vida en España en el año 2000 según causa (CIE), tasa por 100.000 nacidos vivos y mortalidad proporcional (Instituto Carlos III)

Ambos sexos <1 año	Defunciones	tasa	%
Anomalías congénitas cardiovasculares	285	71,67	16,56
Infección perinatal	267	67,15	15,51
Enfermedades perinatales, otras	263	66,14	15,28
Anomalías congénitas, otras	186	46,78	10,81
Hipoxia, asfixia, distress respiratorio y otras	107	26,91	6,22
Retraso crecimiento fetal, inmadurez malnutrición.	98	24,65	5,69
Complicaciones obstétricas	84	21,13	4,88
Muerte súbita (<1 año)	70	17,6	4,07
Anomalías Cromosómicas	52	13,08	3,02
Anomalías congénitas SNC	48	12,07	2,79
Enfermedades sistema nervioso, otras	37	9,31	2,15
Paro cardíaco, muerte sin asist. descon.	37	9,31	2,15
Endocrinológicas, nutrición, metabólicas, otras	26	6,54	1,51
Infección meningocócica	15	3,77	0,87
Neumonía	13	3,27	0,76
Meningitis	10	2,51	0,58
Infección respiratoria aguda, otras	10	2,51	0,58
Accidentes tráfico vehículos de motor.	10	2,51	0,58
Septicemia	9	2,26	0,52
Asfixia y sofocación mecánica	9	2,26	0,52
Otros accidentes no de transporte y ef. tardíos	9	2,26	0,52
Enfermedad corazón, otras	8	2,01	0,46
Epilepsia	6	1,51	0,35
Carcinoma in situ y naturaleza incierta	5	1,26	0,29
Alteraciones inmunidad, otras.	5	1,26	0,29
Enf. aparato respiratorio, otras	5	1,26	0,29
Infecciones intestinales	4	1,01	0,23
Enfermedades aparato digestivo, otras	4	1,01	0,23
Alteraciones asociadas condiciones madre	4	1,01	0,23
Homicidio	4	1,01	0,23
Encefalitis	3	0,75	0,17
SIDA y VIH+	2	0,5	0,12
Infecciosas, otras	2	0,5	0,12
Leucemias	2	0,5	0,12
Enfermedad sangre, otras	2	0,5	0,12
Insuficiencia cardíaca	2	0,5	0,12
Enfermedad pulmonar por agentes externos	2	0,5	0,12
Traumatismo nacimiento	2	0,5	0,12
Mal definidas, resto	2	0,5	0,12
Tos ferina	1	0,25	0,06
Cancer Riñón	1	0,25	0,06
Tumores malignos, otros	1	0,25	0,06
Tumores benignos	1	0,25	0,06
Enfermedad cerebrovascular	1	0,25	0,06
Insuficiencia respiratoria	1	0,25	0,06
Hernia abdominal	1	0,25	0,06
Insuficiencia vascular intestinal	1	0,25	0,06
Enfermedad páncreas	1	0,25	0,06
Todas las causas	1.721	432,81	100,00

• Morbilidad infantil

La morbilidad infantil también ha experimentado cambios importantes en los últimos años. Para ello han contribuido las medidas preventivas, aspectos socioeconómicos como en nivel de renta, la vivienda,..., y la mejora en la asistencia sanitaria.

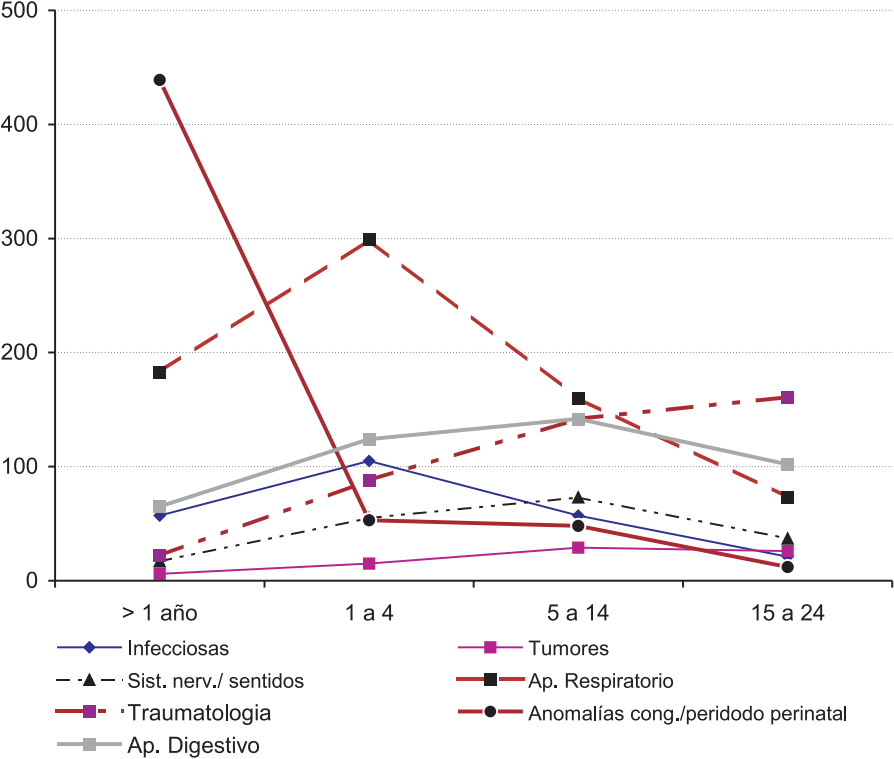
Los problemas de salud podemos analizarlos desde distintas perspectivas. Una de ellas es según la distribución de los enfermos dados de alta hospitalaria por diagnóstico y grupo de edad de los Resultados nacionales de la Encuesta de morbilidad hospitalaria 2000 (Tabla 5).

TABLA 5. Distribución de los enfermos dados de alta hospitalaria por diagnóstico y grupo de edad. Encuesta de morbilidad hospitalaria 2000. Unidad en tanto por mil

	< 1 año	1 a 4	5 a 14	15 a 24
Enfermedades Infecciosas intestinales	34	63	23	6
Tuberculosis	1	2	1	3
Otras enfermedades bacterianas	11	7	4	1
Enfermedades por virus	20	32	28	10
Otras enfermedades infecciosas	1	1	1	1
Tumores malignos	3	9	14	12
Tumores benignos	2	4	10	11
Tumores no especificados	1	2	5	3
Enfermedades de las glándulas endocrinas del metabolismo y alteraciones inmunitarias	7	12	20	13
Deficiencias de la nutrición	1	1	0	0
Enfermedad de la sangre y órganos hematopoyéticos	2	11	16	4
Trastornos mentales	1	3	10	39
Enfermedades del sistema nervioso	8	19	30	13
Enfermedades del ojo y sus anexos	3	15	22	7
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	6	21	21	7
Enfermedades del aparato circulatorio	15	6	11	18
Enfermedades del aparato respiratorio	183	299	160	73
Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares	1	5	10	21
Enfermedad de otras partes del aparato digestivo	64	119	132	81
Enfermedades del aparato urinario	37	25	23	16
Afecciones de la mama	1	0	1	7
Afecciones de los órganos genitales de la mujer	2	0	4	19
Aborto	..	..	0	21
Causas obstétricas directas	..	..	1	133
Causas obstétricas indirectas	..	..	0	10
Parto normal	..	..	0	71
Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	6	16	14	32
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	8	16	37	67
Anomalías congénitas	46	53	48	12
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	383	..	..	..
Fracturas	6	19	67	73
Luxaciones, esguinces y desgarros	1	0	4	21
Traumatismos internos intracraneales intratorácicos e intraabdominales	4	14	26	22
Heridas y traumatismos de los vasos sanguíneos	1	6	11	16
Quemaduras	1	6	3	2
Envenenamiento y efectos tóxicos	1	13	3	4
Otros traumatismos y envenenamientos	8	20	28	25
Altas de ingresos por otras causas	57	46	65	62

En la figura 10 se muestra que las principales causas de morbilidad están relacionadas con anomalías congénitas y enfermedades infecciosas del aparato respiratorio, digestivo y enfermedades infecciosas entre uno y catorce años. A partir de los 15 años los problemas traumatológicos se sitúan en primer lugar, seguidos de las enfermedades del aparato digestivo y las respiratorias.

FIGURA 10. Distribución de los enfermos dados de alta hospitalaria por diagnóstico y grupo de edad. Encuesta de morbilidad hospitalaria 2000



Los casos de sífilis congénita fueron 9 en el año 2000 y 14 en el 2002; de rubéola congénita 1 en el año 2000; y ningún caso de tétanos neonatal.

La mortalidad materna también ha experimentado una importante disminución. En el año 2001 se produjeron 17 fallecimientos por esta causa.

• **Indicadores económicos**

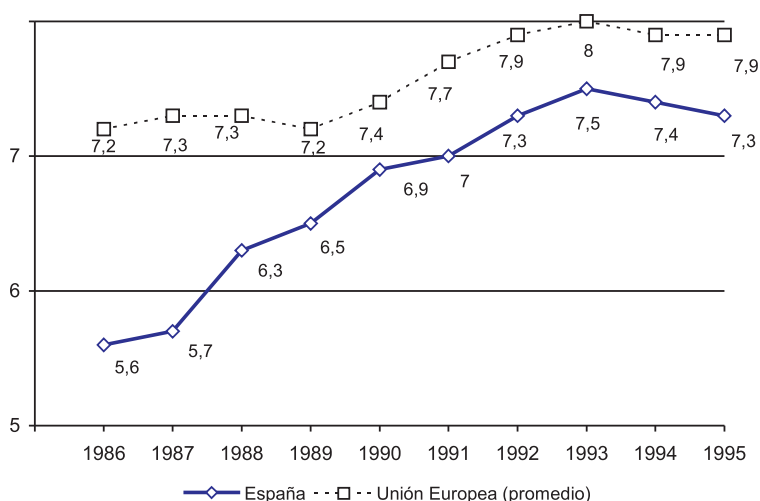
España en las últimas décadas ha experimentado una gran transformación política y socioeconómica. Indicadores como la renta disponible *per capita* o el gasto en protección social muestran un significativo incremento neto.

Presentamos Indicadores económicos de las cuentas nacionales de salud según los datos de la OMS (Tabla 8) y de evolución del gasto sanitario sobre el PIB, 1986-1995 (en porcentajes) según datos de la OCDE que indica que el gasto sanitario está por debajo de la media europea (figura 11).

TABLA 8. Indicadores económicos de las cuentas nacionales de salud²¹

Indicador	Valor
PIB per cápita en dólares internacionales, 2000	20,071
Gastos totales de salud	
- Gasto sanitario total como % del PIB, 2000	7.7
- Gasto total per cápita en salud al tipo de cambio oficial (US\$), 2000	1,073
- Gasto total per cápita en salud en dólares internacionales, 2000	1,539
Gasto público en salud	
- Gasto público en salud como % del gasto sanitario total, 2000	69.9
- Gasto público en salud como % de los gastos generales del Estado, 2000	13.5
- Gasto público per cápita en salud al tipo de cambio oficial (US\$), 2000	750
- Gasto público per cápita en salud en dólares internacionales, 2000	1,076
Gasto privado en salud	
- Gasto privado en salud como % del gasto sanitario total, 2000	30.1
Fuentes de gastos de salud privada	
- Seguros médicos privados en salud como % del gasto privado en salud, 200	11.7
- Gasto directo en salud como % del gasto sanitario total, 2000	26.60

FIGURA 11. Evolución del gasto sanitario sobre el PIB, 1986-1995 (en porcentajes)



Fuente: OCDE, OCDE Health Data 98. A comparative Analysis of 29 Countries

Una dificultad importante es que los datos de infancia no están desagregados y, por lo tanto, se desconoce el gasto sanitario que se destina a la infancia en nuestro país al solo disponer de cifras globales.

NIÑO Y FAMILIA

La Constitución Española de 1978 reconoce el derecho a formar una familia en su artículo 32.1 que establece que “*el hombre y la mujer tiene derecho a contraer matrimonio con plena igualdad jurídica*” y en el artículo 39, ya mencionado, hace referencia a la obligación del Estado de proteger a la familia y a la infancia.

El Consejo de Ministros celebrado el 8 de noviembre de 2001 aprobó el Plan Integral de Apoyo a la Familia (2001-2004)²² que surge con un carácter transversal e integrador de las actuaciones que se adopten desde los distintos Departamentos Ministeriales y Administraciones Públicas implicadas en la atención y protección de las familias y se estructura en torno a cuatro objetivos:

1. Incrementar la calidad de vida de las familias.
2. Fomentar la solidaridad intergeneracional.
3. Apoyar a la familia como garante de la cohesión social
4. Prestar apoyo a las familias en situación de riesgo social y otras situaciones especiales.

La Líneas estratégicas que propone el Plan son:

1. Revisión del derecho de familia.
2. Nueva Ley de Protección de Familias Numerosas.
3. Conciliación de la vida familiar y laboral.
4. Política social y de rentas.
5. Mejora de las prestaciones de Seguridad Social por hijo a cargo.
6. Política de vivienda.
7. Desarrollo de los servicios de orientación familiar y/o mediación familiar.
8. Apoyo a familias en situaciones especiales.
9. Fomento de la participación social y cultural y mejora del conocimiento de las familias.
10. Participación de las familias en las nuevas tecnologías.

La familia está considerada como un elemento fundamental de la sociedad y como el núcleo básico de socialización de los niños, donde se transmiten los valores de la sociedad en la que está inmersa y, por lo tanto, los relacionados con la salud y la enfermedad, por lo que la convierten en un ámbito estratégico para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

La educación, las pautas y las formas de atención a la infancia también están experimentando cambios importantes como son, por ejemplo, la atención a los niños en Escuelas Infantiles, la importancia de la participación en actividades de ocio y tiempo libre,...

La educación en algunos casos es fuente de problemas como es la falta de contención familiar por la necesidad de establecer límites.

El valor que el niño, la infancia, tiene en una sociedad puede considerarse en función de los apoyos que tiene la familia y en los recursos que se destinan para su promoción y atención.

La familia española se encuentra en un momento de profundas y aceleradas transformaciones que pueden apreciarse en la diversificación de los llamados “*modelos familiares*”. En las últimas décadas se han reducido drásticamente los hogares en que convivían distintos grupos familiares (abuelos y padres) con hijos, es decir, la familia extensa y la familia nuclear constituida por una pareja conyugal y sus hijos, mientras que han aumentado las uniones no matrimoniales, las parejas sin descendencia y las familias con un solo progenitor denominadas *monoparentales*.

En la actualidad coexisten distintos modelos familiares con niños en su composición:

- *Familia tradicional*: integrada por una pareja (los padres biológicos), por sus hijos y, eventualmente, por otros familiares.
- *Familia monoparental*: integrada por uno solo de los padres biológicos y por sus hijos sin relación con el otro progenitor.
- *Familia reconstituida*: integrada por una pareja formada por uno de los progenitores biológicos y sus hijos y su actual compañero o compañera y, eventualmente por otros menores (hijos de alguna relación previa de cualquiera de los miembros de la actual pareja o hijos de ambos conjuntamente).
- *Familia adoptiva*: integrada por adultos que sin ser los padres biológicos de los niños son sus padres adoptivos.

La familia se ve afectada por los cambios sociales, como son: la incorporación de la mujer al mundo laboral, el retraso en la edad de matrimonio, la edades en que se tiene el primer hijo, el número de hijos por pareja, el incremento de parejas “*de hecho*”, la formación de sucesivas parejas, el nacimiento de hijos de madres adolescentes, etc.

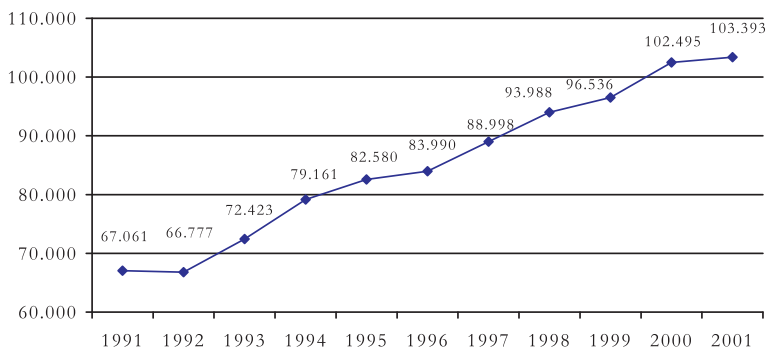
- **Separaciones y divorcios**

La separación-divorcio es un acontecimiento de pérdida y separación que genera gran estrés y que constituye un factor de riesgo social en los niños. Los niños de padres separados presentan con mayor frecuencia problemas emocionales y de conducta que aquellos que viven con ambos padres biológicos^{23,24}.

España es uno de los países de la Unión Europea con menor tasa de divorcios y separaciones, quizás por el porcentaje de distribución rural existente y, hasta ahora, al grado de religiosidad tradicional de la población. Del mismo modo, la mayor parte de las personas prefiere tener hijos en pareja y durante el matrimonio, a diferencia –por ejemplo– de los países nórdicos, donde más de la mitad de las madres son solteras.

De acuerdo con los datos de la Memoria del Consejo General del Poder Judicial, (Indicadores Sociales. INE 2004), entre 1991 y 2001, las separaciones y divorcios han aumentado en España en algo más de un 33%, pasando de 67.061 en 1991 a 103.393 en 2001 (Figura 12).

FIGURA 12. Separaciones y divorcios en España



Fuente: Consejo General del Poder Judicial, Memoria. Indicadores Sociales. INE 2004

Por tipos, los españoles siguen prefiriendo separarse a divorciarse (En 1997 54.000 separaciones por 34.000 divorcios).

Dentro de las separaciones, en 1997, 30.000 fueron de mutuo acuerdo y 24.000 por vía legal. Esta tendencia ha cambiado, sin embargo, con el paso de los años, ya que a comienzos de la década de los noventa, la proporción era la contraria (Tabla 7).

En cuanto a los divorcios, es importante resaltar que durante estos siete años crecieron en un 32%, siendo el grupo de los divorcios por mutuo acuerdo el que más aumentó. Sin embargo, en términos absolutos, sigue habiendo un mayor número de divorcios sin mutuo acuerdo (un 52% del total).

TABLA 7. Separaciones y divorcios según la existencia o no de acuerdo y estado civil

	Total	Mutuo acuerdo	Contenciosa	Soltero	Viudo	Divorciado	No consta
Separaciones	54.560	43.753	10.807	47.530	323	2.034	4.673
Divorcios	30.104	20.964	9.140	26.196	199	1.190	2.519

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. 2004.

La separación y el divorcio se presentan como una de las circunstancias que más profundamente y con más frecuencia afectan a la vida de los niños, lo que no implica que obligatoriamente los hijos padezcan trastornos psiquiátricos o de otro tipo, pero sí que es una de las circunstancias que está actuando como factor desencadenante de psicopatología en los hijos. También, en ocasiones, el divorcio cumple la función del “*mal menor*” en situaciones de conflicto familiar intolerable, donde la primera víctima son los hijos²³.

Según la Dra. Mardomingo “*los hijos de padres separados acuden más a consultas de psiquiatría y pediatría, de tal forma que el 30% de los niños cuyos padres se divorcian cuando ellos tienen siete años, necesitan tratamiento antes de llegar a la adolescencia, frente al 10% de los que viven con ambos padres*”²⁴.

• Familias monoparentales

El número de familias monoparentales, en su mayor parte encabezadas por mujeres, crece paulatinamente siendo el porcentaje de familias monoparentales (10%) similar al de la mayoría de los países europeos. Del total de este tipo de familia, un 20% tiene como responsable al varón y el 80% restante a la mujer.

Este colectivo de mujeres, que junto con las mujeres pensionistas cuyos ingresos son considerablemente menores a los de los hombres, es uno de los grupos humanos más afectados por la diferencial de pobreza. La conciliación del trabajo y el cuidado de los hijos centra el interés en muchos casos de la investigación y atención a estas familias²⁵.

Las familias monoparentales con hijos menores de 18 años representan un colectivo importante en nuestro país (Tabla 8).

Los distintos modelos familiares pueden tener influencia en la salud de los niños. Los niños de familias monoparentales pueden presentar un mayor riesgo de enfermedades mentales, suicidio e intento de suicidio, accidentes, adicciones y mortalidad^{23,24}.

El análisis de los expedientes de protección de menores realizado por el Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia correspondientes a los años 1997 y 1998 detecta una incidencia diferente en los expedientes con maltrato confirmado según los distintos modelos familiares²⁶.

TABLA 8. Familias monoparentales con hijos menores de 18 años por tipo distribución porcentual por sexo de la persona principal varones, mujeres total en miles y años

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Varones	14,5	13,1	13,5	13,1	13,1	14,3	13,2	9,7
Mujeres	85,5	86,9	86,5	87,0	86,9	85,7	86,8	90,3
Miles	281,4	279,8	294,9	282,1	280,9	289,5	275,6	274,1

Fuente: INE, Encuesta de Población Activa.

Como se puede observar en la tabla 9 la proporción de maltrato en algunos modelos familiares, como es el caso de la familia monoparental, reconstituida o adoptiva es más alto de lo que se podría esperar según la frecuencia de estos modelos familiares en nuestra sociedad.

TABLA 9. Distintos modelos familiares en los expedientes con maltrato confirmado

Estructura familiar	Número	%
Modelo tradicional	3.417	50,57
Familia monoparental	1.950	28,86
Familia reconstituida	940	13,91
Familia adoptiva	339	5,02
Perdidos por el sistema	111	1,64
Total	6.757	100

• Familias numerosas

La Ley 40/2003, de 18 de noviembre de protección a las familias numerosas, derogó la obsoleta Ley de 1971 que regulaba la protección a este colectivo de familias. El objetivo de esta Ley es definir las condiciones básicas para garantizar la protección social, jurídica y económica de las familias numerosas para todo el Estado y establece la acción protectora que se dispensa a las mismas desde la Administración General de Estado, independientemente de otras ayudas que se puedan recibir de otras instituciones.

La Ley establece la condición de familia numerosa a aquellas familias constituidas por tres o más hijos.

Las familias numerosas por el número de hijos (más de 3 hijos) son 1.173.110 que representan el 11,54% del total de las familias (Tabla 10).

TABLA 10. Mujeres según el número de hijos nacidos vivos y su relación con la edad

Edad (años)	Total	Número hijos					
		Ninguno	1	2	3	4	5 o más
15 a 19	1.324.269	1.300.755	20.732	2.762	---	--	---
20 a 24	1.591.015	1.510.664	63.001	12.962	4.388	---	---
25 a 29	1.612.647	1.134.662	305.242	156.237	15.247	---	1.259
30 a 34	1.582.180	406.906	517.443	562.326	82.757	8.526	4.222
35 a 39	1.494.625	184.446	325.312	731.418	209.434	31.097	12.918
40 a 44	1.343.937	124.153	223.368	651.866	267.387	49.208	27.955
45 a 49	1.216.564	76.781	125.155	556.914	289.220	108.976	59.517
Total	10.165.237	4.738.369	1.580.253	2.674.505	868.432	197.807	106.871

Pensamos que este colectivo debería tener mayores ayudas, en cualquier caso, pero más si consideramos las tasas de natalidad y la importancia que la sociedad reconoce a poder conciliar la vida laboral y familiar especialmente en aquellas familias con hijos u otras cargas.

• Niño y costumbres sociales

Vivimos en una sociedad en cambio respecto a modas y costumbres, horarios, tatuajes y “*anillados*”, alimentación,..., son algunas de las manifestaciones de estos cambios de estilos en las que existen diferencias según los ámbitos rural y urbano.

La hora de regreso a casa de los estudiantes en las salidas en fin de semana es una de las preocupaciones de los padres dados los riesgos que se asocian con la noche. Según la Encuesta sobre Drogas a población escolar de 2002 del Plan Nacional sobre Drogas en España el 64% de los niños con 14 años de edad regresan a casa después de las 12 y de ellos el 11% regresa después de las 4 de la madrugada. Con la edad se produce un incremento y a los 18 años el 85% llega después de las 12 y el 28 % después de las 4 de la madrugada (Tabla 11).

TABLA 11. Hora de regreso a casa los fines de semana

Hora de regreso	14 años	16 años	18 años	Total
Antes de las 12 de la noche	36,0	12,1	2,4	15,3
Entre las 12 y las 2 de la madrugada	35,6	29,3	11,8	27,3
Entre las 2 y las 4 de la madrugada	17,2	33,0	27,2	28,7
Después de las 4 de la madrugada	11,2	25,6	58,7	28,6

La ocupación de la calle y de espacios públicos para beber hasta altas horas de la madrugada en los llamados “*botellones*” ha significado popularizar en España una nueva cultura y léxico (*calimocho*, *litrona*, etc.).

– Tatuaje y *piercing*²⁷.

Los tatuajes son conocidos desde hace cientos de años y en los últimos 20 años esta práctica ha aumentado entre los jóvenes.

También recientemente, en Europa y América del Norte los anillados corporales o “*body piercing*” aparecieron como manifestación del movimiento cultural “*punk*” y ha permanecido como símbolo cultural contra lo establecido, si bien algunas personas manifiestan sólo cuestiones puramente estéticas.

Ambas prácticas no están exentas de riesgos para la salud de carácter infeccioso (hepatitis B, SIDA), reacciones alérgicas, riesgo de intoxicación por cesión de sustancias tóxicas del material utilizado para la fabricación del *piercing*.

– Alimentación y nutrición

Los hábitos alimentarios nacen en la familia, pueden reforzarse en el medio escolar y se contrastan en la comunidad en contacto con los pares y en el medio social y sufren la presión del marketing y la publicidad ejercida por las empresas agroalimentarias que en muchas ocasiones son multinacionales.

En el mundo de hoy convertido en una “*aldea global*” que bajo la presión de las multinacionales que hacen de la publicidad un valioso instrumento de comunicación obtienen una gran uniformidad en los hábitos alimenticios, especialmente en los jóvenes.

Nuevas tendencias en la alimentación han generado formas como la “*funk food*” (comida basura), self service, “*fast food*” (comida rápida), etc., con productos / alimentos como las hamburguesas, perritos calientes, *sandwiches*, etc., caracterizados por ser hipercalóricos, hiperproteicos y con elevado contenido graso.

En España las modificaciones que se han producido en la tradicional dieta mediterránea de la población parecen haber afectado particularmente a la alimentación de la población infantil, hecho que puede tener repercusiones en su salud.

Una reciente encuesta realizada a una muestra representativa de la población española (n = 3.540) de 2 a 24 años²⁸, ha obtenido los siguientes resultados:

- En general, los varones consumen más alimentos que las mujeres.
- El consumo de fruta y verdura es muy inferior al deseable para este grupo de edad y decrece de la infancia a la adolescencia,
- La mayoría toma el desayuno en casa, sin embargo el consumo de lácteos es muy escaso especialmente bajo en las mujeres considerando la importancia que tiene desde el punto de vista de la salud ósea.

- Los alimentos mas influenciados por la clase social son el pescado y la carne roja, las frutas y verduras, el yogur y los quesos, todos ellos más consumidos en familias de mayor nivel socioeconómico.
- El mayor consumo de embutidos, aves y conejo y bebidas alcohólicas se produce en los estratos socioeconómicos y culturalmente más desfavorecidos.
- Existe una tendencia con la edad a corregir como es el caso de la bollería, los embutidos y los azúcares disminuyendo su consumo con la edad.

Además podemos considerar otros aspectos que afectan a la nutrición y a la alimentación, como no llevar unos horarios regulares de comida, el denominado consumo de “*chucherías*”, “*picoteo*”, etc.

Las “*chuches*” (golosinas) son un conjunto de productos dulces y salados, de diferentes formas y sabores, de escaso o nulo interés nutricional pero con un alto contenido calórico debido al azúcar y las grasas que contienen, que se ingieren fuera del horario regular de las comidas y que provocan saciedad suficiente para provocar inapetencia o obesidad y favorecer el ataque a la placa dentaria y la aparición de caries.

La obesidad representa actualmente un problema de salud en los países desarrollados que se produce como consecuencia de una ingesta calórica excesiva y de una inactividad física.

NIÑO Y SOCIEDAD

Los cambios de nuestra sociedad están teniendo repercusiones importantes en la salud de la infancia.

El medioambiente y el deterioro ecológico, el niño como objeto y sujeto de consumo, el niño y los medios de comunicación, las nuevas tecnologías, etc., son aspectos que afectan a la infancia que se presentan como elementos nuevos al considerar su salud.

- **Medioambiente: Deterioro ecológico**

Puede decirse que entre nuestros bienes más preciados están *la salud, el medio ambiente, y los niños*. Proporcionar a la infancia un ambiente saludable es una de las prioridades de todos los que trabajan en el ámbito de la salud, de ahí la importancia de la ecología, del desarrollo de Ambientes Saludables para los niños, de la preocupación acerca de las consecuencias para futuras generaciones, y nuestro comportamiento en lo referente al cuidado de la naturaleza.

La contaminación física estudia las formas de energía que producen riesgos, daños o molestias graves a las personas, ecosistemas o bienes de determinadas circunstancias. Esta contaminación puede ser de origen químico, electromagnético (radiaciones ionizantes o no) y acústica.

El deterioro del medioambiente tiene consecuencias importantes para la salud y la calidad de vida. El efecto invernadero, la lluvia ácida, el *smog* fotoquímico, la erosión de la capa de ozono, etc., los efectos de la contaminación atmosférica son una muestra de estas graves consecuencias.

Los riesgos ambientales (ruido, tráfico, industrias, tendidos eléctricos, antenas de telefonía móvil, contaminación atmosférica, agua para el consumo y residuales,...) tienen impacto en la salud.

Las estadísticas de bajas infantiles causadas por la insalubridad de su entorno son importantes en gran parte del mundo. Esto se debe a:

- La gran vulnerabilidad de la infancia ante los factores de riesgo, principalmente debido a la inmadurez de sus sistemas inmunológico, reproductor, digestivo y nervioso.
- Al mayor consumo de los niños de alimentos, aire y agua en proporción con los adultos.
- A la mayor exposición a contaminantes y agentes infecciosos debido al contacto con el suelo y objetos potencialmente contaminados, a través del juego.
- A no haber aprendido aún hábitos higiénicos fundamentales como el lavarse las manos.

Los aspectos que requieren atención prioritaria en el campo del medioambiente, entre otros, son:

- La calidad del agua en la vivienda.
- Las medidas higiénicas y saneamiento (evacuación adecuada de las aguas residuales y los desechos).
- La contaminación del aire (incluida la contaminación en ambientes interiores y la causada por el tabaco).

Según el *principio de precaución*, cuando una actividad representa una amenaza o un daño para la salud humana o el medioambiente deben tomarse medidas de prevención, incluso cuando la relación causa efecto no haya podido ser demostrada científicamente de forma concluyente²⁹.

El “*desarrollo sostenible*” consiste en poner límites al crecimiento y desarrollo para hacer compatible el desarrollo con la conservación y mejora de la naturaleza, optándose por una educación ambiental y para la salud que se denomina *educación para la sostenibilidad*.

También deberíamos considerar los factores ambientales que producen alteraciones del desarrollo humano, se les denominan agentes *teratógenos* como son algunos medicamentos, sustancias químicas, el alcohol y otras drogas y algunas enfermedades maternas o padecidas durante la gestación.

- **El niño como objeto y sujeto de consumo (publicidad)**

El desarrollo del estado de bienestar y de la denominada “*sociedad de consumo*” genera nuevos estilos de vida como consecuencia de las interrelaciones económicas y sociales en continuo cambio que transforman los hábitos de vida y, en consecuencia, de consumo que tienen diferentes consideraciones respecto a su salud y otros aspectos como los legales³⁰.

Vivimos en una sociedad de mercado en la que los menores son un grupo más de consumidores, un grupo de grandes consumidores y de productos cuyos destinatarios son

específicamente ellos (ropa, música, etc.), productos que les pueden ser enriquecedores y otras veces perniciosos.

La industria de la imagen, la mercadotecnia, los dictados de la moda o los intereses comerciales instauran en el consumidor falsas necesidades y condicionan el consumo.

Existe un uso inadecuado de la publicidad que pone en peligro la salud como es el caso de la promoción de valores y hábitos no saludables como la asociación de belleza y salud; la delgadez extrema con la imagen; el consumo de alcohol y drogas con mejora de las relaciones sociales; el *piercing* y los tatuajes con mejor imagen; etc. Toda esta cultura publicitaria no favorece la instauración de perfiles de comportamiento de consumo dentro de estilos de vida saludables y racionales.

La Ley 26/1984, General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios, en su artículo 57 señala que “*los poderes públicos, garantizarán la defensa de los consumidores y usuarios, protegiendo mediante procedimientos eficaces la seguridad, la salud y los legítimos intereses económicos de los mismos*”.

La Ley 25/1994, de 12 de julio, por la que se incorpora al Ordenamiento Jurídico Español la Directiva 89/552/CEE, sobre la coordinación de Disposiciones Legales, Reglamentarias y Administrativas de los Estados Miembros relativas al ejercicio de actividades de Radiodifusión Televisiva, en el Capítulo IV que trata sobre la Protección de los menores en su artículo 16 sobre la Protección de los menores frente a la publicidad, establece que:

La publicidad por televisión no contendrá imágenes o mensajes que puedan perjudicar moral o físicamente a los menores. A este efecto, deberá respetar los siguientes principios:

- a. No deberá incitar directamente a tales menores a la compra de un producto o de un servicio explotando su inexperiencia o su credulidad, ni a que persuadan a sus padres o tutores, o a los padres o tutores de terceros, para que compren los productos o servicios de que se trate.*
- b. En ningún caso deberá explotar la especial confianza de los niños en sus padres, profesores u otras personas.*
- c. No podrá, sin un motivo justificado, presentar a los niños en situaciones peligrosas.*

A pesar de esta normativa no sería atrevido decir que los niños en la práctica se encuentran expuestos a la publicidad sin las debidas garantías.

• Medios de Comunicación Social

Los medios de comunicación están teniendo una influencia muy importante en la infancia, e incluso se plantean aspectos éticos respecto a ellos³¹.

La televisión se ha implantado en todos los países industrializados como principal medio de comunicación social y su capacidad de influencia sobre los niños está fuera de toda duda.

Podemos diferenciar tres situaciones en que la televisión afecta a la infancia:

- Los programas y mensajes que van explícitamente dirigidos al público infantil.
- Los programas y mensajes que hablan acerca de los niños que generalmente van dirigidos a los adultos, pero que la audiencia infantil también ve.
- Los niños que aparecen en la pantalla, aunque lo que representan no vaya explícitamente dirigido a la audiencia infantil.

La televisión en los niños tiene efectos:

- *positivos*: puede jugar un papel educativo, constituir una actividad familiar común, reduce el estrés en los padres,..., y
- *negativos*: retraso en el desarrollo del lenguaje, violencia como modelo, comida basura, reduce los niveles de actividad física, disminuye la interacción familiar, etc.

La referida Ley 25/1994, de 12 de julio, relativa al ejercicio de actividades de Radiodifusión Televisiva, en su Capítulo IV que trata sobre la Protección de los menores en su artículo 17 sobre la Protección de los menores frente a la programación, establece que:

1. *Las emisiones de televisión no incluirán programas ni escenas o mensajes de cualquier tipo que puedan perjudicar seriamente el desarrollo físico, mental o moral de los menores, ni programas que fomenten el odio, el desprecio o la discriminación por motivos de nacimiento, raza, sexo, religión, nacionalidad, opinión o cualquier otra circunstancia personal o social.*
2. *La emisión de programas susceptibles de perjudicar el desarrollo físico, mental o moral de los menores y, en todo caso, de aquellos que contengan escenas de pornografía o violencia gratuita sólo podrá realizarse entre las veintidós y las seis horas y deberá ser objeto de advertencia sobre su contenido por medios acústicos y ópticos.*

Lo así dispuesto será también de aplicación a los espacios dedicados a la promoción de la propia programación.

Diferentes análisis de la programación de las distintas cadenas de televisión indican la emisión de programas inadecuados en el horarios en que el auditorio es fundamentalmente infantil y en la práctica se plantea la necesidad de establecer un convenio de autorregulación en esta materia.

Independientemente de los contenidos de las programaciones los niños permanecen frente al televisor muchas, demasiadas, horas al día. Según la Encuesta Nacional de Salud los niños mayores de 1 año el 90% veían la televisión todos los días y según esta muestra el 66% destinaban entre 1 y 3 horas al día para ver la televisión (Tabla 12)⁶.

TABLA 12. Porcentaje de niños según tiempo que ven la televisión al día

Tiempo que ven TV al día	%
Menos de 1 hora	23.4
De 1 a 2 horas	44.9
De 2 a 3 horas	21.6
Más de 3 horas	9.6

N = 4.338

- **Nuevas tecnologías**

Las nuevas tecnologías pueden tener repercusiones importantes en la salud de los niños y han dado lugar a la aparición de nuevos problemas de salud denominadas *ciberpatologías*.

Entre las repercusiones puede darse la situación de generar “adicciones” y a situaciones en que se habla de los niños están “enganchados” a las pantallas de televisión, videojuegos, internet y móviles, dando lugar a la necesidad de facilitar instrucciones a padres, educadores y usuarios para orientar en el uso adecuado de estos medios³².

ETAPAS EVOLUTIVAS

Los niños deben entenderse como sujetos en desarrollo con unas características específicas en cada una de sus etapas evolutivas y, en consecuencia, también con unas necesidades específicas.

Las necesidades y problemas de la infancia podemos analizarlos según las diferentes etapas evolutivas de la infancia: Primera Infancia; Escolar; y Adolescencia.

- Primera Infancia (lactantes y preescolares)

La escolarización generalizada de los niños a partir de los tres años quizás ha dejado reducido el periodo de la vida en que el niño tiene una mayor dependencia del hogar y, fundamentalmente, de la madre a los 3 primeros años.

Este periodo con la incorporación de la mujer a la vida laboral y la asistencia de los niños a las Escuelas Infantiles / Guarderías derivada en mayor medida por la problemática laboral de los padres que por las necesidades del niño, también tiene consideraciones diferentes a las de hace años.

En este periodo desde el punto de vista de la salud integral no es posible separar la salud del recién nacido de los factores que han influido durante el embarazo y el parto y que van a seguir influyendo en la vida extrauterina. Esta concepción integral comprende al niño, a la madre, a la familia y al medio.

En el recién nacido influyen múltiples factores:

- La carga genética que puede determinar determinadas enfermedades congénitas y hereditarias.
- El ambiente específico durante la concepción y gestación, con gran vulnerabilidad frente a agentes externos, ya sean derivados de procesos maternos o de factores ambientales.
- Una finalización del embarazo que no siempre respeta la madurez fetal alcanzada
- Un parto a veces excesivamente medicalizado: oxigenación, traumatismo, medicaciones, etc.
- Unos cuidados perinatales en ocasiones yatrógenos.
- Una adaptación a la vida extrauterina que tiene que compensar los bruscos cambios ocurridos (circulatorios, respiratorios, afectivos, etc.).

En el primer año de vida influyen

- Las modificaciones biológicas en cuanto al desarrollo físico y maduración fisiológica de los diferentes órganos y aparatos (neurológico, inmunológico, digestivo, locomotor,...).
- Las necesidades nutritivas elevadas condicionadas por la capacidad progresiva de asimilación de cada uno de los elementos sin que sean agresivos para su organismo.
- La posible aparición de estigmas derivados de problemas congénitos y hereditarios.
- La alta dependencia del medio externo, tanto por la incapacidad de valerse por sí mismo como por ser muy sensible a los diversos factores lo componen.
- El desarrollo de vínculos afectivos con el núcleo familiar e inicio del desarrollo de su personalidad.

El segundo y tercer año se caracterizan por:

- La disminución de las características relacionadas con la inmadurez somática.
- La persistencia del crecimiento y desarrollo
- La mayor autonomía y necesidad de contacto social.
- Escolar

Esta etapa estaba marcada por la incorporación del niño al sistema escolar, y se caracteriza por:

- a. En el aspecto biológico los niños experimentan un considerable desarrollo general con cambios antropométricos y sexuales.
- b. En el aspecto psicológico el niño presenta un importante desarrollo intelectual, psicomotor y afectivo.
- c. En el aspecto social la escuela supone una experiencia de socialización primordial.
- d. El niño alcanza unos niveles de autonomía individual creciente, disminuyendo la dependencia familiar y aumentando la influencia del colegio y la comunidad

En esta etapa debemos considerar la importancia de la educación para la salud y de las aportaciones que en esta área se debe realizar tanto la escuela como de la familia.

- Adolescencia.

La problemática de los adolescentes actuales en los países desarrollados es muy amplia y comprende múltiples aspectos médico-sanitarios y psicosociales³³.

La adolescencia es un periodo de desarrollo físico se que caracteriza por:

- Ser la edad de máximo crecimiento y modificaciones corporales.
- El desarrollo de las gónadas, de los órganos y de los caracteres sexuales secundarios.
- Ser el periodo de transición en numerosas situaciones: escolar, laboral-vida profesional,...

La adolescencia siempre ha sido una etapa de la vida compleja y con especiales dificultades, aunque quizás factores ambientales que concurren en la actualidad condicionan un mayor riesgo para los jóvenes de hoy.

La sociedad en que vivimos se caracteriza por la pérdida de valores éticos tradicionales, la primacía de criterios economicistas frente a criterios morales y una orientación hedonista de la vida que inducen al adolescente a disfrutar plenamente de todo cuanto antes y sin esfuerzo. Esta actitud ante la vida condiciona conductas de riesgo que con frecuencia son la causa de problemas importantes (enfermedades de transmisión sexual, embarazo, comportamiento violento, abuso de sustancias tóxicas, muerte violenta, depresión, etc.).

La edad de atención a la salud en pediatría, en consonancia con las necesidades del adolescente y de la Convención de los Derechos del Niño, debería alcanzar hasta los 18 años, si bien considerando la especificidad de la atención a estos jóvenes tanto a nivel de atención primaria como hospitalaria.

Las denominadas “*Consulta Joven*”, de reciente aparición a partir de iniciativas individuales y municipales³⁴, están dirigidas a adolescentes a las que pueden acceder fácilmente sin ninguna traba burocrática y en las que, salvo circunstancias especiales, se garantiza la confidencialidad. En estas consultas, a través de un equipo multiprofesional, se realiza una asesoría integral de salud, ocupándose de aspectos biológicos y psico-socio-sexuales.

Referente a los problemas que afectan a la salud de los adolescentes podemos considerar³⁵:

- los accidentes de tráfico, como primera causa de mortalidad en la adolescencia.
- El consumo de drogas legales e ilegales.
- El interés mediático por los trastornos de comportamiento alimentario que se contradice con la prevalencia del mismo.
- El abandono del deporte, especialmente en las mujeres.
- La llamada “*movida*” o “*marcha*” como principal actividad de ocio de los jóvenes de hoy con las connotaciones negativas que tiene para la salud.
- La educación sexual que se facilita en las escuelas, que se inició con la aparición del VIH / SIDA, está más orientada hacia conductas de riesgo que hacia una educación afectivo-sexual y una sexualidad saludable.

ATENCIÓN A LA SALUD

Las necesidades en salud no siempre son las mismas. Diferentes factores como la forma de vida, la situación socio-económica, los descubrimientos o adelantos científicos condicionan los objetivos de los programas de salud.

- **Desigualdades sociales y salud**

Que las circunstancias sociales y económicas en las que viven las personas influyen directamente en su salud, ha sido objeto de observación y estudio desde antiguo y constatado después empíricamente, demostrando la desigualdad ante la morbilidad y mortalidad en función de estas variables³⁶.

Las desigualdades sociales en salud tienen repercusiones en la salud infantil siendo la pobreza - niveles de ingreso, los déficits culturales, el empleo, la educación, la vivienda, etc., condicionantes del estado de salud de la población y de sus necesidades y demandas sanitarias.

Los peores niveles de salud en los grupos socioeconómicos más desfavorecidos en las sociedades con mayores desigualdades sociales reflejan como las circunstancias materiales especialmente adversas de esos grupos de población conllevan un incremento de problemas relacionados con su salud y, por otra parte, la percepción de su situación condiciona la aparición de estrés, frustración, depresión, ansiedad, hostilidad, etc., es decir, consecuencias psicosociales con gran riesgo para la salud.

También se pueden considerar las desigualdades en algunos aspectos de la atención sanitaria sobre todo las relacionadas con la accesibilidad, con las características de las visitas realizadas, y con la realización de prácticas preventivas.

La existencia de situaciones del Tercer Mundo en el Primer Mundo ha hecho que se hable de un Cuarto Mundo en que en los países desarrollados existieran grupos poblacionales con problemas semejantes a los países en vías de desarrollo (Tabla 13).

TABLA 13. Diferencias entre países desarrollados y en vías de desarrollo

Países desarrollados	Países en vías de desarrollo
Elevados consumos de nutrientes, dieta con valor calórico, fuentes alimentarias variadas	Déficit de nutrientes, dieta con bajo calor calórico, fuentes alimentarias de origen vegetal
Individualización	Sociabilidad
Baja fertilidad	Alta fertilidad
Baja mortalidad infantil	Alta mortalidad infantil
Alta esperanza de vida	Baja esperanza de vida
Baja prevalencia infecciosa	Alta prevalencia de infecciones
Sedentarismo	Mayor actividad física

Hasta fechas muy recientes la asistencia sanitaria de gran parte de esta población correspondía a la Beneficencia municipal o del Estado según la problemática.

La Beneficencia pública es un sistema de protección social restringido cuyos beneficiarios son personas que se encuentran en grave estado de necesidad o que no pueden valerse por sí mismos que reciben del Estado, directamente o a través de organismos públicos, una prestación graciable, no de derecho, discrecional, ayuda caracterizada por un estilo paternalista y asistencialista de tipo paliativo, que sólo trata de atenuar determinados efectos de algunas situaciones carenciales, fundamentalmente derivadas de estados de pobreza / marginación.

La atención sanitaria normalizada favorece la integración, la asistencia y la disminución de las desigualdades, si bien en ocasiones, y sólo por criterios de discriminación positiva se justificaría la existencia de dispositivos específicos.

• Atención perinatal

La atención perinatal, considerada entre la 28^o semana de gestación y el 7^o día después del parto, ha experimentado grandes avances en los últimos años, que se ve reflejada en la disminución de la mortalidad materna, el descenso de las tasas de mortalidad perinatal y neonatal, la disminución de la morbilidad materna por causas prevenibles y el incremento de salud de los recién nacidos, enfrentándonos a su vez a nuevos retos.

En la tabla 14 se muestran de forma esquemática los principales determinantes de la mortalidad perinatal³⁷.

La atención a la embarazo, parto y recién nacido y el desarrollo de programa de Educación Maternal (Psicoprofilaxis Obstétrica), desarrollo de la neonatología, y de prevención desde la detección de riesgo social en la embarazada y el recién nacido³⁸ están contribuyendo sólo a la disminución de la morbi-mortalidad, sino también al contemplar otros aspectos psicosocial está contribuyendo a mejorar las condiciones y calidad de vida.

Tabla 14. Determinantes de la mortalidad perinatal e intervenciones.

Determinantes de la mortalidad perinatal			Intervenciones	
Factores predisponentes (antes de la concepción)	Bajo nivel socio-económico Déficit status nutricional Bajo nivel de instrucción No planificación familiar Mal uso de los servicios de asistencia sanitaria Malas condiciones higiénicas de la vivienda y lugares de trabajo Insuficiente desarrollo estatural Ausencia de inmunidad frente a la rubéola Defectos congénitos o adquiridos del sistema reproductor Constitución genética Trastornos hereditarios		Social y educativa Consejo genético Vacunaciones	
Factores contribuyentes (durante el embarazo)	Estrés físico (trabajo duro) Estrés mental Dieta desequilibrada Tabaco Alcohol Exposición a riesgos industriales químicos Infecciones (rubéola) Medicaciones innecesarias		Educación sanitaria Salud laboral	
Causas básicas	Madre	Feto	R.N.	Vigilancia y control sanitario de la embarazada
	Embarazo múltiple Parto prematuro Insuficiencia placentaria Toxemia materna	Prematuridad Desnutrición fetal Sufrimiento fetal	Bajo peso al nacer	
	Insuficiencia función uterina Desproporción fetomaterna Afecciones no gravídicas de la madre <ul style="list-style-type: none"> - Hipertensión - Enfermedades crónicas del aparato circulatorio - Diabetes 			
	Anomalías congénitas			
Causas inmediatas Muerte	Antes del parto	Anoxia		Vigilancia antenatal
	Durante el parto	Hemorragia cerebral Traumatismo		Intervención obstétrica
	Después del parto	Insuficiencia respiratoria		Reanimación Asistencia neonatal

Atención primaria – Programa del Niño Sano

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma Ata en septiembre de 1978, celebramos en el año 2003 su 25 aniversario, ha supuesto un impulso para la transformación de la atención primaria en nuestro país que se concibe como la asistencia sanitaria esencial y constituye la función central y el núcleo principal del sistema nacional de salud.

El Programa del Niño Sano junto con cambios en la gestión y desarrollo de las actividades de Atención Primaria están contribuyendo a la mejora en aspectos cualitativos y cuantitativos de la atención a la infancia.

La Atención Primaria de salud se estructura en base a la atención a demanda y programada.

– Atención a demanda

Es la parcela de la pediatría que trata de recuperar la salud perdida. Habitualmente responde a una demanda de atención solicitada por los padres del niño/adolescente o por el propio interesado y, en la mayoría de los casos, se trata de problemas agudos.

La mayoría de estas consultas son resueltas en el ámbito del Centro de Salud estimándose en aproximadamente en sólo el 3% de derivaciones a otros niveles asistenciales.

Las patologías más frecuentemente observadas son las que afectan al aparato respiratorio, seguidas de la patología gastrointestinal, genitourinaria, trastornos dermatológicos, problemas osteomusculares, etc. En los últimos años se viene observando un cambio en estos patrones con la incorporación de la patología psicósomática, los trastornos del comportamiento, las alteraciones de la conducta alimentaria, los problemas del aprendizaje y diversa problemática de origen psicosocial cuyo abordaje requiere de nuevos conocimientos y dedicación de mayor tiempo y medios para su resolución.

La implantación generalizada de la historia clínica informatizada, programa OMI, contribuirá a mejorar la atención protocolizada al niño así como a facilitar la información disponible sobre la evolución y seguimiento del Programa del Niño sano y de los procesos padecidos por el niño / adolescente.

– Atención programada

Esta parcela de la consulta tiene una gran importancia en la atención al niño y adolescente por su orientación fundamentalmente preventiva y de promoción de la salud, así como por ser el espacio destinado a la atención de problemas crónicos.

Para la correcta realización de la atención programada se requiere de la colaboración y trabajo coordinado de los distintos profesionales del equipo (médicos, enfermería, trabajo social,...) y otros como fisioterapeutas, psicólogos,...

El Programa del Niño Sano se trata de un amplio conjunto de actividades desarrolladas a lo largo de la edad pediátrica y destinadas a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad en todas sus vertientes.

Son componentes esenciales de este Programa la educación para la salud, la monitorización del crecimiento y desarrollo físico y psicomotor, el diagnóstico precoz de enfermedades y la aplicación de vacunas según el calendario vacunal vigente.

– Atención Comunitaria

El trabajo en la comunidad está constituido por la actividad de encuentro y comunicación del Equipo de Salud con la población fuera del Centro de Salud y del domicilio. Se

realizará fundamentalmente en centros escolares e instituciones de la Zona, si bien estará dispuesto a acudir ante cualquier llamada de emergencia o situación de alarma sanitaria que se presente en la comunidad.

- **Hospitalización***

La atención hospitalaria caracterizada por una alta tecnificación plantea problemas como la necesidad de su adecuada utilización, la limitación del tiempo de hospitalización al necesario para la atención a su problema de salud,.., la adaptación a las nuevas necesidades considerando la importancia y condicionante del gasto sanitario e intentando un equilibrio, en que el criterio economicista de la gestión no condicione la atención médica.

En los últimos años la atención en los hospitales está sufriendo importantes transformaciones en:

- Las formas de hospitalización que en la actualidad corresponden a pacientes cuyos estudios, vigilancia o tratamiento no pueden realizarse extrahospitalariamente.
- El *Hospital de día* y/o de corta estancia, tanto para patologías medicas (oncología, psiquiatría,..) como quirúrgicas. Los niños reciben durante el día tratamiento y/o los estudios necesarios siendo dados de alta generalmente unas horas mas tarde o al atardecer. Esto está repercutiendo en la mejora de la calidad asistencial de los pacientes, descenso del número de infecciones junto con una disminución del costo.
- La forma de organización de la existencia de determinadas patologías con la creación de *unidades funcionales especializadas* (Adolescentes, Fibrosis quística, Pediatría Social, Anorexia nerviosa, Asma, Tratamiento del dolor, ...).
- Las *unidades de hospitalización pediátrica a domicilio* han conseguido soslayar la hospitalización crónica de ciertas patologías y niños dependientes de tecnologías que hasta ahora eran de uso exclusivo hospitalario.
- El cumplimiento de la *Carta Europea de los Derechos de los Niños Hospitalizados*, que aprobada según Resolución del Parlamento Europeo de 13 de mayo de 1986, reconoce a los niños 23 derechos fundamentales, entre ellos, a estar acompañados de sus padres o persona que le sustituya, el máximo tiempo posible, no como espectadores pasivos sino como elementos activos en la vida hospitalaria.
- El *aprovechamiento del tiempo libre* con fines terapéuticos y la escolarización de los niños con estancias prolongadas y/o repetidas reciben clases en el hospital impartidas por maestros titulados.

* Juan Casado Flores

- El *desarrollo de medidas de humanización* está teniendo repercusiones en la atención al niño hospitalizado. Con cambios en la arquitectura, mobiliario, decoración de los hospitales pediátricos, rigidez en las visitas a los pacientes hospitalizados han desaparecido incluso en unidades especiales, tales como en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP).

Hasta hace poco tiempo los niños graves o aquellos que precisaban de una vigilancia especial, intensiva, eran separados de sus padres, conducidos a una dependencia con ruidos de monitores, alarmas, atados para que no se arrancaran los catéteres, sondas o sistema de vigilancia y tratamiento. Además eran molestados frecuentemente por el personal sanitario responsable de su diagnóstico y tratamiento. Los padres entraban un rato en la mañana y/o en la tarde, disfrazados con batas, calzas y en ocasiones gorros, otras veces los niños y sus padres podían comunicarse visualmente a través de cristales que impedían el contacto físico. Esta realidad del pasado esta todavía presente en muchas UCIP de nuestro medio. Niños y padres viven esta situación como si fuera un secuestro seguido de maltrato físico y emocional.

Hace ya unos años la UCIP del Hospital Universitario Niño Jesús de Madrid inicio un camino hacia la humanización cuyo objetivo, en gran parte ya se ha cumplido, era:

1. Permitir y estimular la presencia de los padres las 24 horas del día, en la idea cierta de que sólo los padres pueden cubrir las necesidades afectivas de sus hijos y esto es fundamental para el proceso de curación. No solo tienen poder curativo los fármacos, los cuidados o la cirugía, también las ganas de curarse y esto es mayor en los niños soportados afectivamente que aquellos que se sienten deprimidos por el abandono de sus seres queridos. Además la bata, las calzas y otros disfraces no han demostrado ninguna utilidad en la prevención de las infecciones, al contrario que el lavado de las manos, que si es preventivo.
2. Crear un ambiente lo más cercano a su *habitat*, permitiendo objetos, muñecos o mascotas, música, colores agradables y ausencia de uniformes de identificación de médico o enfermera.
3. Evitar la agitación y el dolor no sólo en los procedimientos y técnicas que son dolorosas, también anular el dolor y la intranquilidad propias de la enfermedad. Para eso se emplean fármacos sedantes y/o analgésicos que impiden no sólo que el niño sienta dolor.
4. Conseguir un ambiente distendido en donde la sonrisa sustituya a las lágrimas.

- **Nuevas tecnologías**

La *aparición de nuevas técnicas diagnósticas y de tratamiento* que facilitan un diagnóstico cada vez mas preciso, entre otros, de situaciones de riesgo que condicionan los daños evitables a la embarazada, al feto y al niño, lo que junto a unas mayores y mejores posibili-

dades de control del embarazo, de la atención al parto y al puerperio permiten una mayor eficacia en la atención en salud a las mujeres y a los niños.

El desarrollo de sistemas de vigilancia y monitorización no invasivas, tales como la pulsiometría y capnografía, ha permitido que la oxigenación y ventilación pueda realizarse con pequeños monitores no agresivos, que los pacientes puedan portar cómodamente lo que les permite movilidad e independencia.

La utilización de las nuevas tecnologías puede tener utilidades concretas como el uso de internet mediante el sistema de video para control de niños con enfermedades crónicas en su domicilio evitando su estancia en el hospital.

• Salud mental

Cada día los aspectos relacionadas con la salud mental están adquiriendo mayor importancia, tanto desde el punto de vista de la gravedad de los trastornos que se tratan (retrasos madurativos, trastornos del comportamiento y del aprendizaje, alteraciones de la conducta alimentaria y patología psicosomática y adaptativa) como por su prevalencia.

El Informe sobre la situación de salud mental en España del Ministerio de Sanidad y Consumo en 2002 refleja la situación respecto a los problemas de salud mental y su atención en nuestro país.

De acuerdo con este Informe la cobertura de prestaciones a este tipo de procesos es universal en todas las Comunidades Autónomas³⁹. El tipo de asistencia comprende, fundamentalmente, el tratamiento ambulatorio desde los centros de salud mental infanto-juvenil, las intervenciones psicoterapéuticas en unidades de hospital de día o de hospitalización parcial o la hospitalización en unidades de corta estancia.

Las Recomendaciones para la promoción de la salud mental de menores de seis años de la Red Europea de Promoción de la Salud Mental persiguen el objetivo de elevar la conciencia sobre la importancia de la salud mental de los niños y desarrollar políticas para promover la salud mental de los niños y sus familias, a través de:

- Apoyar a la paternidad, facilitando la paternidad responsable y sensible y el desarrollo de lazos entre padres e hijos.
- Prestar particular atención a niños vulnerables, especialmente:
 - * Niños con dificultades psicosociales o problemas de salud (ej.: prematuros, discapacitados, enfermos crónicos, niños con problemas del desarrollo o del comportamiento temprano).
 - * Niños en un ambiente familiar vulnerable (ej.: niños que han sufrido abusos o descuido, niños en hogares monoparentales o con padres adolescentes, niños adoptivos, hijos de enfermos mentales o adictos).
 - * Niños con dificultades socioculturales (con padres desempleados, inmigrantes, refugiados, etc).

- Facilitar ambientes vecinales amigables, seguros y no violentos.
- Desarrollar escuelas infantiles y cuidados de día que promuevan la salud mental de los niños.
- Facilitar escuelas con curriculum, programas y ambientes que promuevan la salud mental.
- Incrementar el reconocimiento de las necesidades de los niños entre los servicios de salud comunitarios.
- Fomentar desde el ámbito laboral un entorno que promueva la salud mental de los padres y el apoyo a la vida familiar.
- Mejorar el marco de protección legal y monitorizar los cuidados de los niños para facilitar y asegurar la promoción de la salud mental y la protección de la infancia.
- Proporcionar la financiación suficiente para implantar estas medidas.

• **Salud Pública – Pediatría Social**

La pediatría social en España, que tiene sus antecedentes en la *Puericultura Social*⁴⁰, se inicia en 1962 con la creación de la Sección de Pediatría Social de la Asociación Española de Pediatría⁴¹ de forma casi paralela e influenciada por el desarrollo de la Pediatría Social en Europa⁴².

Los cambios sociosanitarios, tanto de las sociedades industrializadas occidentales como de los países en vías de desarrollo, hacen que la pediatría social se reconozca como una de las áreas de la pediatría que más han de desarrollarse en los próximos años.

La *Pediatría Social* es un término que se utiliza para describir la importancia de atender a los niños de una manera que contemple el contexto social en el que viven. El concepto abarca todo lo relativo a los niños, la sociedad y la comunidad. Proporciona una vinculación preventiva y curativa de la atención de la salud y de los servicios sociales mediante una aproximación global que considere al niño en conjunto como persona en un contexto específico⁴³.

La Pediatría Social se puede considerar como la *Salud Pública Infantil*^{44,45} junto con lo relativo a los aspectos psicosociales relacionados con la salud y la enfermedad de los niños⁴⁶, siendo las áreas que se identifican con los objetivos de las actividades socio-pediátricas:

- Los problemas de salud infantil con determinantes sociales.
- Los problemas de salud infantil con consecuencias sociales.
- El cuidado de la salud infantil en la sociedad.

La Pediatría Social está considerada como una de las áreas de mayor interés dentro de la pediatría. Sin embargo, en la práctica no se traduce en la existencia de servicios / uni-

dades de Pediatría Social. En la actualidad existe una Cátedra de Pediatría Social y del Adolescente en la Universidad de Granada y Programas / Unidades de Pediatría Social en los Hospitales San Joan de Deu de Barcelona, Valme de Sevilla y Niño Jesús de Madrid, este último, que comenzó sus actividades en el año 1994, desde 2003 ha iniciado un Programa con el Instituto Madrileño del Menor y la Familia (Consejería de Familia y Asuntos Sociales) para desarrollar aspectos relacionados con la Pediatría Social contemplados en el II Plan de Atención a la Infancia y Adolescencia en la Comunidad de Madrid.

• Promoción de la Salud – Educación sanitaria

La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 emitió la Carta dirigida a la consecución del objetivo "*Salud para Todos en el año 2000*".

En la *Carta de Ottawa*, la OMS definió la promoción de la salud como: "*el proceso que permite que las personas ejerzan control sobre los determinantes de salud, mejorando así su salud*" considerando elementos necesarios para su desarrollo.

La importancia de la Educación para la Salud (EpS) y la promoción de la salud se pone de manifiesto a través de múltiples actividades de salud pública como son las Ciudades Amigas de la Infancia⁴⁷, la red de Hospitales Amigos de los niños⁴⁸, los Hospitales Promotores de Salud⁴⁹,...

La ciudad tiene un papel determinante en la salud de las personas que la habitan, como lugar de convivencia y de vida. La Organización Mundial de la Salud promueve el Proyecto *Ciudades Saludables* que coordina los programas de salud pública y de política de salud ambiental.

Las *Ciudades Saludables* se pueden definir como algo más que una ciudad con buenos servicios sanitarios. Es aquella que formula políticas municipales en los distintos ámbitos sectoriales, tendentes a promocionar la salud además de crear entornos físicos y sociales saludables.

La prevención de las enfermedades, tanto a nivel sanitario como educativo, social,..., debe ser una actividad fundamental en la atención sanitaria y que debe considerar objetivos / actividades como, entre otras:

- El diagnóstico precoz (cribado) de diferentes enfermedades.
- El Consejo genético a familias con alto riesgo de presentar enfermedades hereditarias o cromosomopatías.
- Favorecer la lactancia materna.
- La educación de hábitos dietéticos. Prevención de la obesidad y la aterosclerosis.
- Los calendarios de vacunación.

- Las medidas de declaración de enfermedades infecciosas.
- Las sugerencias en materias educativas como en el fracaso escolar.
- El saneamiento ambiental (aguas potables y residuales).
- La lucha contra la contaminación atmosférica, por el ruido y otros agentes físicos.
- Los accidentes e intoxicaciones.
- La salud del adolescente.
- Educación sexual y la prevención del embarazo y las enfermedades de transmisión sexual en la adolescencia.
- La higiene dental y la fluoración de las aguas (prevención de la caries dental).
- La iodación de la sal y la erradicación del bocio.
- La prevención de adicción a drogas (legales e ilegales) y de los efectos de su consumo pasivo en el caso del tabaco.

- **Salud y centros escolares**

El binomio “*no puede haber educación sin salud ni salud sin educación*” destaca la importancia y la relación de la educación y la salud.

Los centros de enseñanza son uno de los lugares clave donde tiene lugar el desarrollo individual y social de las personas y desempeñan un papel fundamental en la configuración de la conducta y valores sociales de los jóvenes siendo un espacio primordial de confluencia e integración social.

La promoción de la salud en los centros escolares debería estar perfectamente definida, organizada y dotada dentro de un proyecto que armonice el conjunto de acciones institucionales y las iniciativas propias de la comunidad escolar, desde una perspectiva dinámica y cambiante como es la propia sociedad.

Las intervenciones en promoción de la salud en los centros de enseñanza deben perseguir fines educativos y estar integradas en los programas escolares contando con el apoyo de recursos materiales y humanos específicos.

La promoción de la salud en el ámbito educativo debe ejercer una triple función:

- a. Las intervenciones eficaces en promoción de la salud favorecen los entornos saludables, transmiten conocimiento, desarrollan habilidades y apoyan la adopción de elecciones en sintonía con una conducta positiva hacia la salud.
- b. La capacidad de cada estudiante para aprender con eficacia y de cada profesor para enseñar, dependen en gran medida de su estado de salud, por lo que los centros educativos tienen la obligación de abordar la salud como base que les permita alcanzar los objetivos educativos.
- c. La promoción de la salud contribuye al desarrollo de la comunidad.

La OMS promueve en todo el mundo la iniciativa de "*Escuelas Promotoras de Salud*", que serían un espacio donde formar futuros ciudadanos que cuiden de su salud y de la de sus seres queridos y que protejan responsablemente su entorno.

En estas escuelas se unen los sectores de salud y de educación para propiciar la adopción de hábitos saludables, favorecer la autoestima y fomentar el cuidado de la salud ambiental.

Las Escuelas Promotoras de Salud se caracterizan por:

- Partir de una visión integral del ser humano.
- Considerar a las personas en su contexto familiar, comunitario y social.
- Utilizar todas las oportunidades educativas.
- Fomentar un análisis crítico y reflexivo sobre los valores, conductas, condiciones sociales y estilos de vida, y busca desarrollar y fortalecer aquellos que favorecen la salud y el desarrollo humano.
- Facilitar la participación de todos los integrantes de la comunidad escolar en la toma de decisiones.
- Contribuir a promover relaciones socialmente igualitarias entre los géneros.
- Alentar la construcción de ciudadanía y democracia.
- Reforzar la solidaridad, el espíritu de comunidad y los derechos humanos.

NIÑO DE RIESGO SOCIAL

El riesgo social tiene repercusiones en la salud infantil que requieren de una atención especial. Problemas como la pobreza, el maltrato infantil, las toxicomanías en la infancia, etc., generan demandas de atención médica y, principalmente, desarrollar su prevención⁵⁰.

- **Pobreza**

Los niños son más vulnerables ante la pobreza. Familias con problemas de paro, hogares monoparentales y de gran tamaño son las características de las familias en las que los niños tienen más probabilidades de sufrir problemas de la pobreza y permanecer en ella.

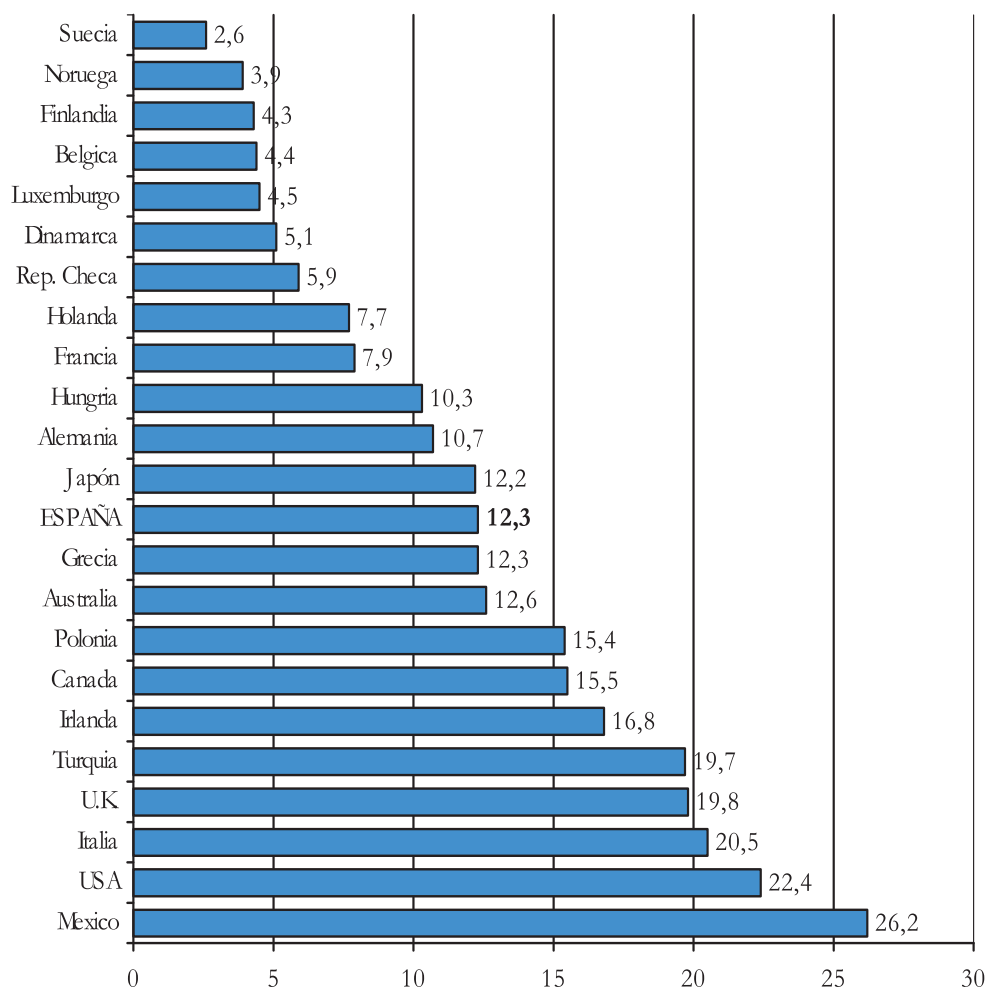
En el Informe General sobre las condiciones de vida de la población pobre en España, elaborado por la Fundación FOESSA⁵¹, existen 2.192.000 hogares con rentas por debajo del 50% de la Renta Media Disponible Neta (RDN), lo que supone el 19,4% de los hogares españoles que corresponderían al 22,1% de la población, esto es a 8.509.000 personas. Si nos centramos en las tasas de pobreza severa, es decir con rentas inferiores al 25% de la RDN, comprobamos que el 2,8% de los hogares (316.000) y el 4,5% de la población (1.739.000) se encuentran en esta situación.

Un fenómeno importante a destacar es el que se ha dado en llamar la “*juvenilización de la pobreza*” pues cada vez hay tasas de pobreza más elevadas entre la población joven, de hecho el 44% de las personas en situación de pobreza son menores de 25 años. Además la pobreza es más intensa cuando más baja es la edad, así entre los pobres menores de 15 años, casi una tercera parte vive en niveles de pobreza severa.

La pobreza infantil en los “*países ricos*” es una realidad que se pone de manifiesto en informes recientes de UNICEF que analiza la situación de la infancia utilizando los datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE). En la década de los 90 entre los 23 países que se incluían en un informe, España ocupaba el puesto 13 respecto a los niños en situación de pobreza relativa, definida como familias con ingresos inferiores al 50% de la renta media del país. En la figura 13 se refleja el por-

centaje de familias que viven en “*pobreza relativa en cada país*” considerada como aquellos con una renta media disponible (RDN) entre el 25 y el 50% ”^{52,53}.

FIGURA 13. Pobreza relativa en los países de la OCDE



Respecto a los niños en pobreza absoluta, menos del 15% de la RDN, España ocuparía la posición 20 por delante solo de la República Checa, Hungría y Polonia (Figura 14).

La pobreza tiene consecuencias sobre la salud derivadas de los bajos ingresos, por los efectos en el desarrollo debidos a falta de servicios en los barrios, problemas de vivienda y a los efectos psicosociales en el niño y su familia (tabla 15)⁵².

Figura 14. Pobreza absoluta en los países de la OCDE.

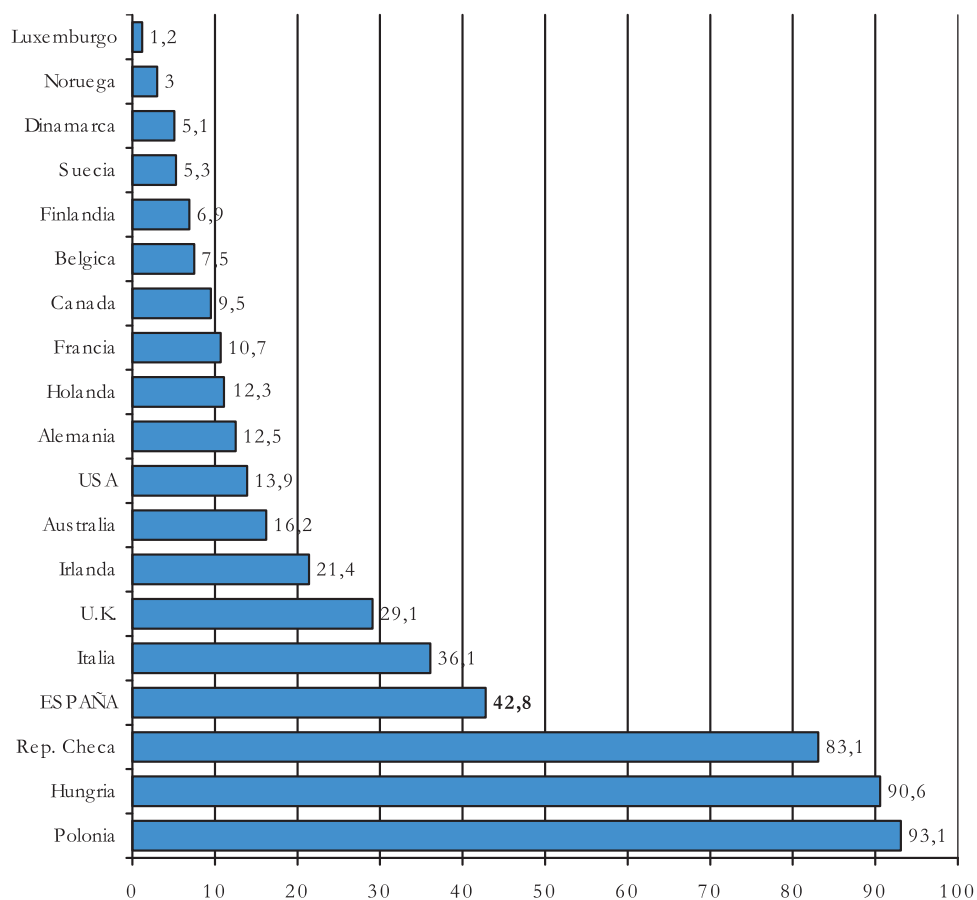


TABLA 15. Efectos de la pobreza en la salud infantil

Factor	Efecto
Insuficiente o comida inapropiada	Desnutrición, malnutrición, obesidad
Humedad y frialdad en la vivienda	Infecciones y procesos respiratorios
Hacinamiento, vivienda de tamaño pequeño	Aumento del riesgo de infecciones
Escasez de espacios para el juego, jardines	Incremento del riesgo de accidentes, especialmente de tráfico
Baja autoestima	Dificultad para establecer relaciones interpersonales favorables y cambios en el estilo de vida
Estrés y conflicto familiar	Problemas de comportamiento, maltrato infantil
Pobre estimulación y juego	Pobre desarrollo educativo
Falta de supervisión	Incremento del riesgo de accidentes, problemas de comportamiento
Criminalidad, violencia, problemas sociales	Ansiedad, violencia entre iguales, abuso de drogas, enfermedades en los padres

- **Niños de la calle**

En la década del 80 se planteaba el problema de los “*niños de la calle*” como un asunto de gran trascendencia en nuestro país donde era frecuente ver a niños utilizados para la mendicidad, limpiando los cristales de los coches y vendiendo de pañuelos de papel en los semáforos,....⁵⁴.

Este fenómeno se producía también en otros países de Europa y dio lugar a tratar el problema en el Consejo de Europa⁵⁵.

A finales de la década de los 80 principios de los 90 este problema desapareció en nuestro país. En los últimos años se ha observado su reaparición debido a niños procedentes de países del este de Europa, fundamentalmente rumanos.

Los niños sin hogar presentan problemas de salud (derivados de la falta de higiene, drogadicción, VIH, VHB y C, Tbc, alteraciones psicopatológicas,...) y dificultades para la utilización de los servicios sociosanitarios⁵⁶.

- **Maltrato infantil**

El *maltrato infantil* en los últimos años se está reconociendo como un problema social y de salud pública de primer orden⁵⁷.

La Organización Mundial de la Salud⁵⁸, según los datos de los Registros de fallecimiento, estimaba que el año 2000 fueron objeto de infanticidio en el mundo 57.000 niños menores de 15 años (Tabla 16).

TABLA 16. Tasas de infanticidio por 100.000 niños

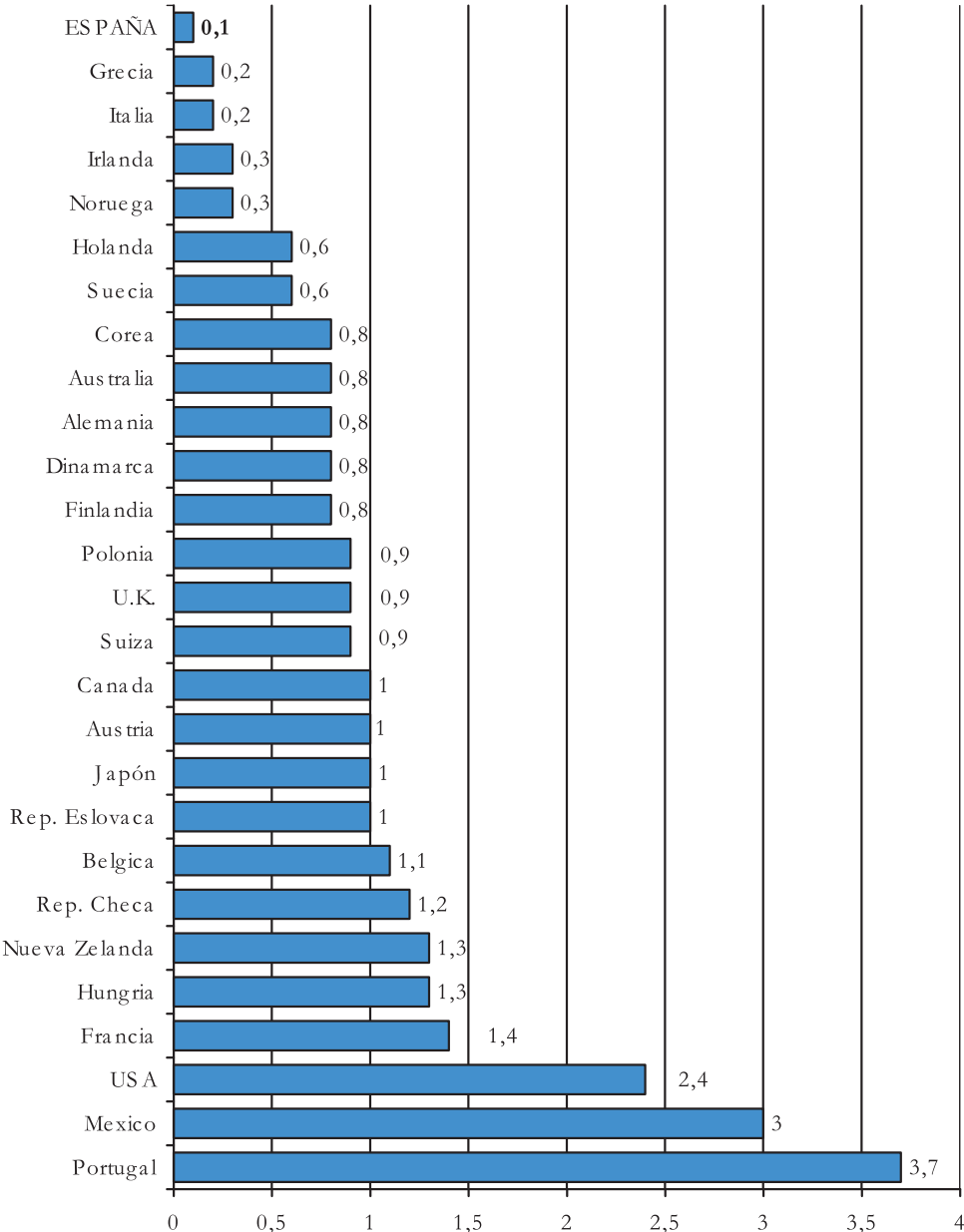
Países	Niños	Niñas
Desarrollados	2,2	1,8
Vías de desarrollo	6,1	5,1
Subdesarrollados	17,9	12,7

Un reciente informe sobre la mortalidad infantil en las denominadas “*naciones ricas*” en niños menores de 15 años debida a maltrato físico y negligencia en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE), en un periodo de cinco años establece que España (1994-1998) es el país con menos muertes por esta causa con una tasa de 0,1 muertes por 100.000 para este grupo de edad (Figura 15)⁵⁹.

Según este informe en España se habrían producido 44 fallecimientos de niños menores de 15 años, de ellos 9 tenían menos de 1 año de edad.

Con el incremento de muertes debidas a violencia de género que recientemente se está produciendo en nuestro país se prevé que aumentarán las cifras de infanticidios.

FIGURA 15. Defunciones por maltrato infantil por 100.000 niños menores de 15 años

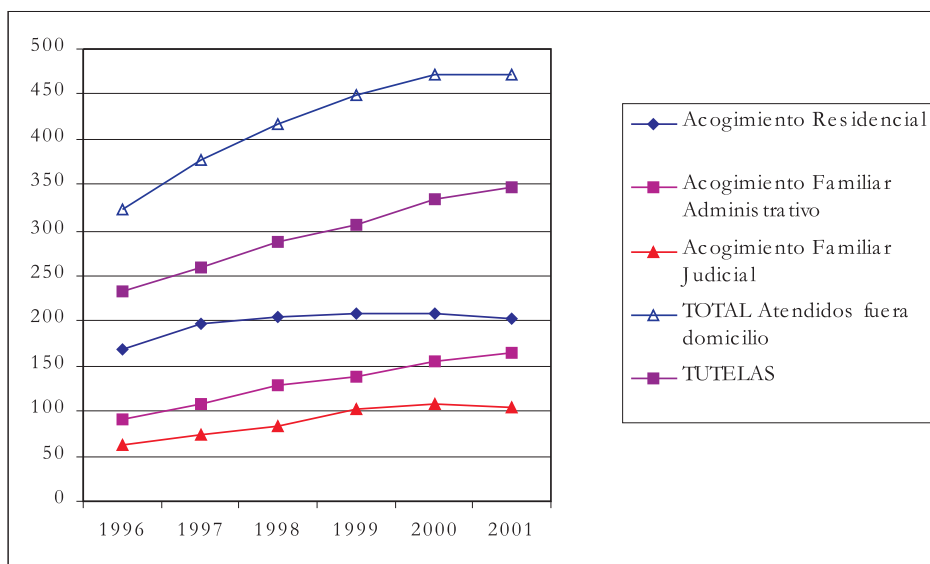


Un grupo importante de población directamente relacionada con los malos tratos son los niños y adolescentes con medidas de protección y su evolución en estos años que podemos apreciar en el siguiente cuadro⁶⁰:

Medida de protección	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Tutelas altas	18.705	20.239	21.896	22.961	24.466	25.263	25.857
Acogimiento Residencial	13.568	15.397	15.542	15.503	15.262	14.827	14.742
Acogimiento Familiar Administrativo	7.397	8.384	9.832	10.379	11.454	11.983	12.910
Acogimiento Familiar Judicial	5.023	5.775	6.352	7.676	7.972	7.622	7.800
Total atendidos fuera hogar	25.988	29.556	31.726	33.558	34.688	34.432	35.452

Observamos que el número de niños tutelados en España y el número de niños atendidos fuera de su ámbito familiar ha aumentado, disminuyendo los niños en Acogimiento residencial y en Acogimiento familiar judicial y aumentando los niños atendidos en Acogimiento familiar administrativo (Figura 16).

FIGURA 16. Niños con medida de protección en España tasas por 100.000 habitantes



En España existen dos estudios sobre el maltrato infantil según los expedientes de protección de menores correspondientes a los años 1991-1992 y 1997-1998 (Tabla 17)^{61,17}.

TABLA 17. Porcentajes de maltrato según expedientes de protección de menores en España

	1991 – 92	1997-98
Negligencia	79,1 %	86,7 %
Maltrato emocional	42,5 %	35,4 %
Maltrato físico	30,1 %	19,9 %
Abuso sexual	4,2 %	3,5 %
Tasa incidencia por 10.000	4,6	7,16
Número expedientes	32.483	32.741
Número de niños maltratados	8.565	11.148

Los datos corresponden a niños con expediente abierto en el sistema de protección, lo que da un sesgo importante a estos estudios. Se observa que siendo el número de expedientes similar en ambos estudios, el número de casos de maltrato infantil es significativamente mayor en el estudio más reciente.

La Comunidad de Madrid comenzó en 1998 el Programa de Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario que, dentro de sus actividades, contempla la formación de los profesionales sanitarios y estableció un Registro de casos de riesgo y maltrato infantil detectados desde este ámbito⁶².

El Observatorio de la Infancia del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, en base a la experiencia de la Comunidad de Madrid, a los trabajos realizados a través de los Programas experimentales y el Programa para la Mejora de la Atención Social a la Infancia (SASI), está desarrollando el Proyecto “*Registro Unificado de casos de maltrato Infantil (RUMI)*”⁶³ con el objetivo de que todas la Comunidades Autónomas utilicen los mismos criterios y sistemas de registro de casos de maltrato infantil similares.

El Acuerdo, que se adoptó por unanimidad en el Plenario del Observatorio celebrado el 12 de diciembre de 2001, se está desarrollando con lentitud y debería existir una mayor voluntad de cumplir los compromisos.

La violencia doméstica constituye un grave problema que en los últimos años está experimentando un incremento y una gran preocupación social. Los niños son el colectivo más vulnerable cuando se encuentran inmersos en estas situaciones de violencia⁶⁴.

La violencia o conflicto familiar provoca problemas emocionales y de comportamiento, pobres relaciones interpersonales y habilidades para resolver los problemas, aumen-

to del riesgo de maltrato infantil, pobreza e incremento de la probabilidad violencia en la infancia.

La violencia contra las mujeres y las niñas es un fenómeno al que se enfrentan las sociedades industrializadas que tienen graves consecuencias físicas y fundamentalmente emocionales – psicológicas tanto en las madres como en los hijos.

La violencia tiene importantes repercusiones económicas si consideramos las diferentes consecuencias si bien es difícil de cuantificar el gasto en términos económicos⁶⁵ (Tabla 18).

TABLA 18. Costos socioeconómicos de la violencia

<i>Costos directos:</i> valor de bienes y servicios invertidos en el tratamiento y en la prevención de la violencia	Cuidados médicos Policía Sistema de justicia penal Casas de Acogida - Alojamiento Servicios sociales
<i>Costos no monetarios:</i> dolor y sufrimiento	Mayor incidencia de enfermedades Mayor mortalidad debido al aumento de homicidios y suicidios Abuso de alcohol y estupefacientes Trastornos depresivos
<i>Efectos económicos de multiplicación del daño:</i> impacto en la macroeconomía, en el mercado laboral, en la productividad intergeneracional	Menor participación en el mercado de trabajo Menor productividad en el lugar de trabajo Ganancias inferiores Mayor absentismo Efectos en la productividad intergeneracional debido a la repetición de grados por parte de los niños y a su bajo rendimiento escolar Reducción de inversiones y ahorros Fuga de capital
<i>Efectos sociales de multiplicación del daño:</i> impacto en las relaciones interpersonales y en la calidad de vida	Transmisión intergeneracional de la violencia Empeoramiento de la calidad de vida Desgaste del capital social Menor participación en el proceso democrático

• **Violencia entre iguales**

La conducta violenta entre iguales es uno de los problemas que más preocupa a clínicos y educadores, especialmente por su incremento y por presentarse cada vez en edades más precoces, así como por el grave deterioro que a corto y a largo plazo produce en el comportamiento de víctimas y agresores. Se trata además de un problema de difícil abordaje terapéutico o preventivo por la propia complejidad del mismo, en el que a nivel etiológico y en sus manifestaciones se implican factores biológicos, psicológicos y

sociales. Es necesario involucrar en su afrontamiento a la familia y la escuela, que a veces están en la base del conflicto.

El Defensor del Pueblo realizó un informe sobre la violencia escolar: “El maltrato entre iguales en la educación secundaria obligatoria”⁶⁶, en que se encuestó como víctimas, agresores o testigos a 3.000 niños (estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria) y a los profesores (Jefes de Estudios) de 300 centros educativos a los que pertenecían (públicos y privados: concertados o no).

En esta investigación los niños refieren que han sufrido situaciones en las que han sido víctimas de violencia que alcanzan a más del 30% en lo que se refiere a la violencia verbal (Tabla 19).

TABLA 19. Incidencia de los distintos tipos de maltrato según las víctimas atendiendo a la frecuencia “A veces me ocurre”

Tipo de maltrato	Frecuencia	%
1. Me insultan	881	33,8
2. Hablan mal de mi	818	31,2
3. Me ponen motes	820	30,1
4. Me esconden cosas	543	20,0
5. Me ignoran	366	14,0
6. No me dejan participar	239	8,9
7. Me amenazan para meterme miedo	238	8,5
8. Me roban cosas	184	6,4
9. Me rompen cosas	119	4,1
10. Me pegan	116	4,1
11. Me acosan sexualmente	49	1,7

No deja de ser preocupante el número de niños que reconocen que con cierta frecuencia (“a veces lo hago”) tienen comportamientos violentos con sus iguales. La violencia verbal es la forma más frecuente que en el caso de insultos como forma de violencia alcanza al 41% de la población encuestada (Tabla 20).

Más del 50% de los niños que asisten al colegio refieren haber presenciado situaciones de violencia entre alumnos (“A veces lo he visto”), siendo significativo las referencias a agresiones físicas (Le pegan, 47%) (Tabla 21).

TABLA 20. Incidencia de los distintos tipos de maltrato según los agresores atendiendo a la frecuencia “A veces lo hago”

Tipo de maltrato	Frecuencia	%
1. Insulto	1.066	40,9
2. Hablo mal	923	35,3
3. Ignoro	917	35,1
4. Pongo motes	895	32,9
5. Escondo cosas	332	12,2
6. No dejo participar	314	11,7
7. Amenazo para meter miedo	189	6,8
8. Pego	189	6,6
9. Robo cosas	36	1,3
10. Rompo cosas	35	1,2

TABLA 21. Incidencia de los distintos tipos de maltrato según los testigos atendiendo a la frecuencia “A veces lo he visto”

Tipo de maltrato	Frecuencia	%
1. Le ignoran	1.492	57,2
2. Le esconden las cosas	1.355	49,8
3. No le dejan participar	1.264	47,2
4. Le pegan	1.299	45,4
5. Le amenazan para meterle miedo	1.191	42,5
6. Hablan mal de otro	1.113	42,5
7. Le rompen cosas	911	31,6
8. Le insultan	818	31,3
9. Le roban cosas	896	31,1
10. Le ponen motes	815	29,9
11. Le obligan a hacer cosas	311	10,5
12. Le acosan sexualmente	173	5,8
13. Le amenazan con armas	163	5,5

Las situaciones de violencia se producen en mayor proporción fuera de las aulas, pero también dentro de la propia clase con las repercusiones que tiene para el desarrollo de la actividad docente.

Los profesores se refieren a la incidencia de los distintos tipos de violencia atendiendo a la frecuencia en que estos se producen en el Aula o fuera de ella (“A veces ocurre”) (Tabla 22).

TABLA 22. Incidencia de los distintos tipos de maltrato en el centro y en el aula según los profesores atendiendo a la frecuencia “A veces ocurre”

Tipo de maltrato	%	
	Centro	Aula
Ignoran	76,7	63,3
Esconden cosas	71,7	55,3
Hablan mal de los compañeros	67,0	58,7
Amenazan para meter miedo	67,0	46,0
Roban cosas	66,0	44,3
Insultan	63,0	50,3
Ponen motes	62,7	56,0
Pegan	62,7	34,0
Rompen cosas	60,7	43,0
No dejan participar	60,3	41,3
Obligan a hacer cosas	33,3	18,7
Acosan sexualmente	15,7	6,0
Amenazan con armas	10,0	3,7

Los profesores se refieren a la violencia en la escuela en situaciones en que ellos mismos han sido objeto de agresiones o en las que ellos han sido los agresores (Tabla 23).

En definitiva, la violencia en las aulas es un problema que está emergiendo en nuestra sociedad y en el que se debería profundizar en sus causas, consecuencias y prevención.

TABLA 23. Incidencia de los distintos tipos de maltrato en el aula según los profesores atendiendo a la frecuencia “*A veces ocurre*”

Tipo de maltrato	Agresiones a profesores de alumnos (%)	Agresiones a alumnos de profesores (%)
Insultos	59,3	49,0
Destrozar enseres	41,7	41,7
Intimidación con amenazas	27,3	23,0
Sembrar rumores dañinos	43,3	6,3
Agresión física	10,3	6,3

• Adicciones – toxicomanías

Las drogodependencias son un problema principalmente sociosanitario (de integración social y de salud pública) representando actualmente los trastornos adictivos uno de los problemas de salud pública con mayor incremento en las sociedades occidentales.

Una de las grandes preocupaciones sociales es el consumo y la adicción de los niños y adolescentes tanto de sustancias legales (alcohol y tabaco) como ilegales. Las campañas como la “*anti-botellón*” pretenden reducir los consumos así como la repercusión que tiene en la población general.

Por otra parte asistimos a la reaparición del consumo de inhalantes por menores generalmente de origen magrebí, e incluso se plantea que el uso de drogas por vía parenteral en adolescentes podría estar incrementándose.

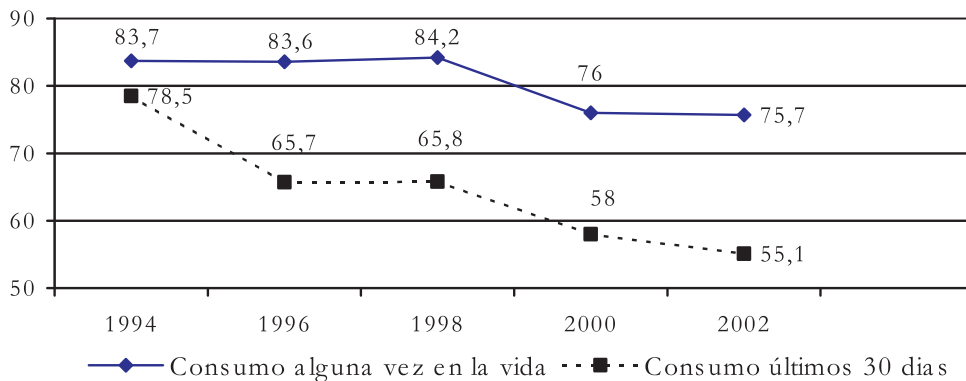
La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas realiza el Programa de Encuestas sobre Drogas a Población Escolar. Este Programa contempla desde 1994 la realización de una encuesta con carácter bianual a estudiantes de Secundaria de 14 a 18 años que permite el análisis de la evolución temporal de las prevalencias de uso de las sustancias, los patrones de consumo, los factores asociados y las opiniones y actitudes ante las drogas de los escolares con el objetivo de impulsar una política de prevención más eficaz.

La Encuesta correspondiente al año 2002 se realizó con una muestra efectiva de 25.770 estudiantes de 14 a 18 años de 567 centros públicos y privados.

El alcohol y el tabaco siguen siendo las sustancias más consumidas, seguidas del cannabis.

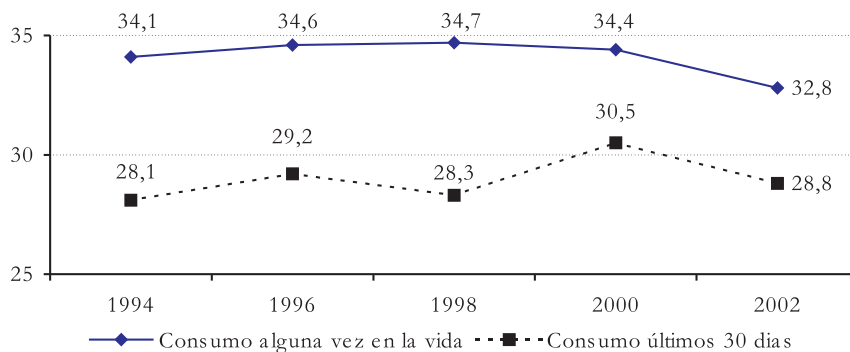
El consumo de alcohol entre los estudiantes de 14 a 18 años vuelve a disminuir siguiendo la tendencia observada en el año 2000. Este descenso se ha producido especialmente en los consumos habituales (que han pasado del 58% al 55%) y en las edades más tempranas (14 y 15 años) (Figura 17).

FIGURA 17. Evolución del consumo de alcohol entre los estudiantes de 14-18 años. España, 1994-2002



El consumo de tabaco entre los escolares ha disminuido, tanto el consumo experimental como el consumo más reciente. Esta reducción se observa también en el consumo diario (Figura 18).

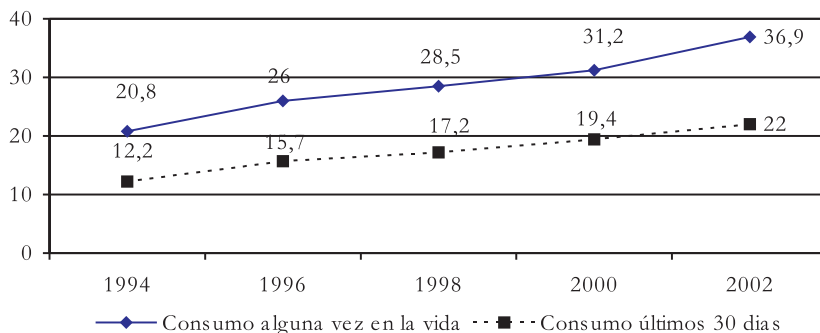
FIGURA 18. Evolución del consumo de tabaco entre estudiantes de 14-18 años. España 1994-2002



Continúa la tendencia creciente del consumo de cánnabis. En el período 2000-2002 los estudiantes que han consumido esta sustancia habitualmente han pasado del 19,4% al 22%.

Un dato significativo es que por primera vez la percepción de riesgo del cánnabis es similar a la del tabaco. Esta percepción del riesgo disminuye a medida que aumenta la edad, de forma que a los 18 años es menor que la del tabaco (Figura 19).

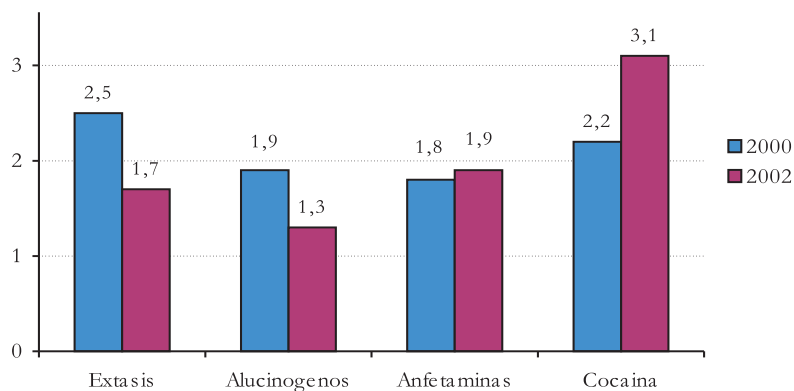
FIGURA 19. Evolución del consumo de cánnabis entre estudiantes de 14-18 años. España 1994-2002



El consumo de psicoestimulantes y alucinógenos presenta variaciones según el tipo de sustancia (Figura 20):

- En el período 2000-2002 se ha producido un descenso importante en el consumo de éxtasis, cuyo consumo habitual ha pasado del 2,5% al 1,7%. También ha descendido el consumo de alucinógenos.
- Sin embargo, se ha dado un aumento en el consumo de cocaína, que ha pasado de 2,2% al 3,1% en el consumo habitual.

FIGURA 20. Evolución del consumo habitual de psicoestimulantes y alucinógenos entre estudiantes de 14-18 años. España 2000-2002



Las conclusiones generales de la encuesta

- El patrón de consumo de drogas dominante entre los estudiantes de 14 a 18 años continúa siendo experimental u ocasional, vinculado al ocio y al fin de semana.
- Uno de los datos más positivos es la estabilización de las edades de inicio en el consumo de las distintas drogas. La única variación se ha producido en la edad de ini-

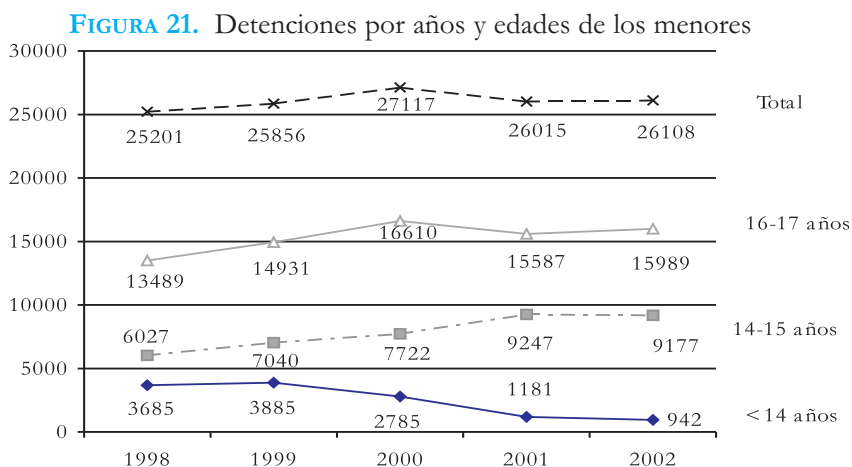
cio al consumo semanal de alcohol que se ha retrasado de 14,8 años en 2000 a 15,3 años en 2002. Este dato es coherente con la disminución del consumo de alcohol.

- Una parte importante de los estudiantes consumidores de drogas reconocen haber sufrido problemas derivados de su consumo, desmintiendo la supuesta inocuidad del uso recreativo de sustancias como alcohol, cánnabis, éxtasis o cocaína.
- Un porcentaje elevado de estudiantes son consumidores de varias drogas, observándose una asociación bastante estrecha entre los consumos de alcohol, tabaco y cánnabis.
- Una parte importante de los estudiantes tiene una escasa percepción de riesgo ante el consumo de alcohol y cánnabis. Más de la mitad de los estudiantes en el caso del alcohol y una cuarta parte en el caso del cánnabis considera que el consumo habitual de estas sustancias no produce ninguno o pocos problemas.

• Delincuencia

La aplicación de la conocida como la Ley de responsabilidad penal del menor - La Ley Orgánica 5/2000 Reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores, de 12 de Enero y la Ley Orgánica 7/2000, de 23 de Diciembre que modifica la Ley Orgánica 10/95, del Código Penal y la Ley Orgánica 5/2000, en relación con los delitos de terrorismo ha supuesto un cambio en la atención a los “*menores infractores*” no exenta de dificultades⁶⁷.

Los datos facilitados por el Ministerio del interior a través de la Secretaría de Estado de Seguridad desde el año 1998 hasta el 2002 de Menores detenidos no muestra un incremento en los últimos años (Figura 21).



Fuente: Ministerio del Interior (Incluye datos de Guardia Civil y de Policía Nacional).

Las medidas adoptadas por los juzgados de menores en función del precepto infringido fueron 13.859 y el internamiento en un centro cerrado o semiabierto se produjo en el 8,8% de los casos (Tabla 25).

TABLA 25. Medida adoptada en función del precepto infringido. 2002

	Total	Amonestación	Internamiento	Libertad vigilada	Acogimiento	Privación permiso conducir	Prescripción servicios benéficos	Tratamiento ambulatorio	Ingreso en centro abierto o semiabierto	No consta
Total	13.859	1.581	1.216	4.664	14	83	3.463	361	2.296	181
Homicidio	51	1	20	10	0	1	0	2	17	0
Aborto	4	3	0	0	0	0	0	0	0	1
Lesiones	1.685	354	118	355	2	10	596	29	206	15
Contra la libertad	120	18	9	41	0	0	26	12	13	1
Contra la libertad sexual	172	6	20	88	0	0	20	9	27	2
Hurto	1.400	252	91	347	3	8	470	18	188	23
Robo	5.886	318	698	2.469	3	7	939	182	1.207	63
Robo y hurto vehículos	1.592	136	100	660	2	4	318	31	309	32
Estafa	31	6	2	10	0	0	9	1	3	0
Daños	520	126	21	79	0	0	248	8	30	8
Contra la salud pública	461	49	19	189	0	3	122	13	63	3
Contra seguridad tráfico	191	20	6	42	1	31	59	7	22	3
Falsedades	49	13	3	13	0	1	14	1	4	0
Atentados, resistencia y desobediencia	374	60	26	102	1	9	125	5	40	6
Otras	1.188	210	67	220	2	9	480	38	146	16
No consta	135	9	16	39	0	0	37	5	21	8

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. 2004

No existen estudios sobre los problemas de salud de esta población aunque, sin poder cuantificar, se sabe de la importancia de los problemas de salud mental y trastornos del comportamiento, derivados de las adicciones y enfermedades infecciosas relacionadas con ello (hepatitis víricas, VIH, etc.),... y la necesidad de actividades de educación para la salud en estos niños/adolescentes.

- **Fracaso escolar**

El fracaso escolar es un hecho preocupante que se ha hecho extensivo a los niveles más bajos de la enseñanza.

Las causas del fracaso escolar pueden ser:

- *Endógenas*:
 - *Orgánicas*: hipoacusia, defectos de visión, dislexia, dislalia, trastornos del sueño,...;
 - *Intelectuales*: deficiencia mental, superdotados, falta de base,...; y
 - *Afectivas*: carencia afectiva, sobreprotección,...
- *Exógenas* (programación inadecuada, rigidez del sistema, falta de método, falta de coordinación, instalaciones inadecuadas, profesorado,...).

En el fracaso escolar se pueden diferenciar tres actores: el niño, la familia y el colegio.

En España la escolarización es obligatoria y gratuita entre los 6 y los 16 años en cumplimiento de las leyes orgánicas vigentes en materia de educación.

Se utiliza el término de “tasas de idoneidad” referido a los alumnos que están escolarizados en el nivel que teóricamente pertenecían por su edad.

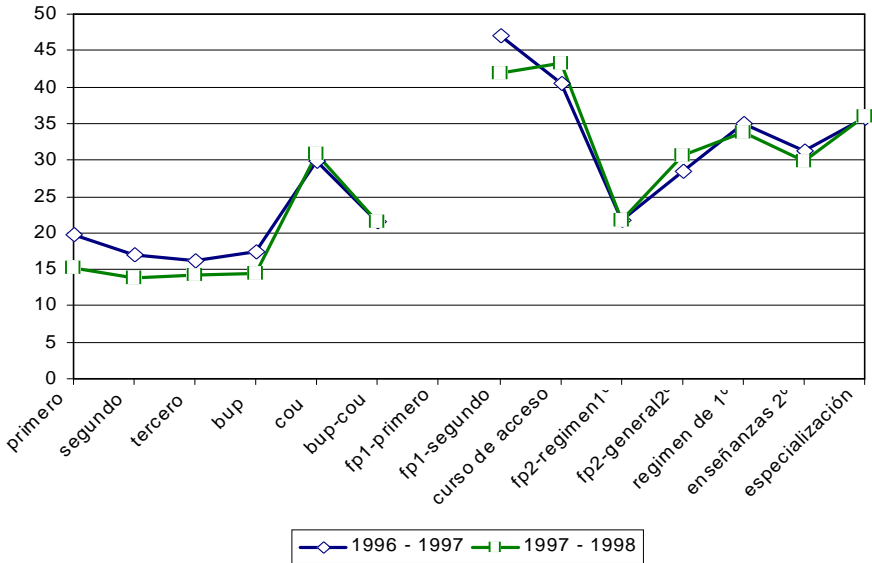
En el curso 2000-01 sólo un 63,2% de los alumnos de 15 años estaba en el curso que le correspondía por su edad, lo que significa que más de una tercera parte de los estudiantes en edad de finalizar la Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O.) habían repetido algún curso.

Un dato importante es que el acumulo de retrasos en la Educación Primaria supuso el 12,6%, lo que indica que los problemas escolares se inician muy precozmente.

Diferentes datos nos presentan la importancia de esta situación y la evolución a lo largo de los años.

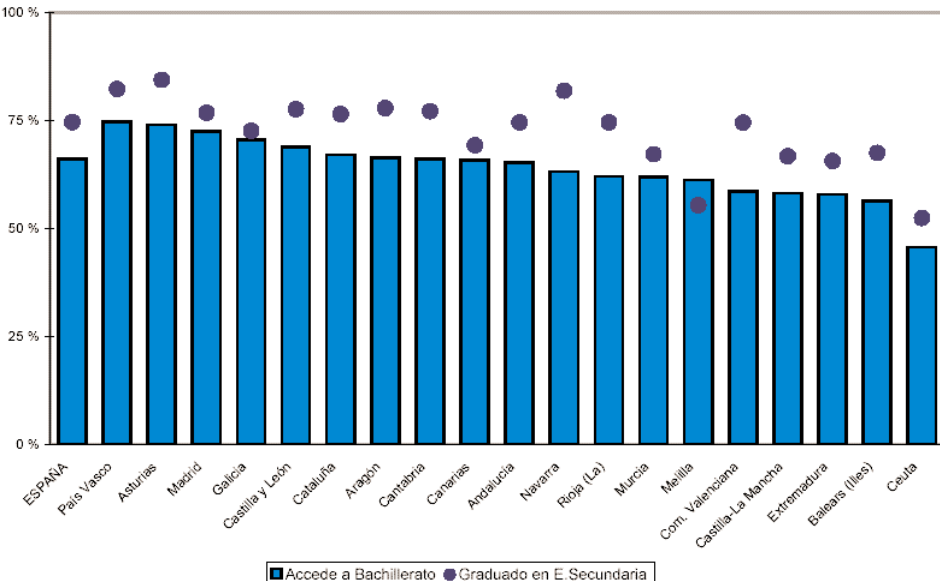
El porcentaje de alumnos que no llegó a promocionar en el curso 1997/98 osciló entre el 13,9% en segundo y el 30,8% en COU. Porcentajes ligeramente menores que los del curso 1996/1997. En la Formación profesional se alcanzó el 41,9% en segundo curso de FP1 (Figura 23).

FIGURA 23. Porcentaje de alumnos que no promocionan por curso de escolarización. MECD, 2003



La figura 24 nos muestra los porcentajes que obtienen el Graduado en Enseñanza Secundaria y que acceden al Bachillerato.

FIGURA 24. Tasa bruta de población que se gradúa en E.S.O. y tasa bruta de acceso a bachillerato

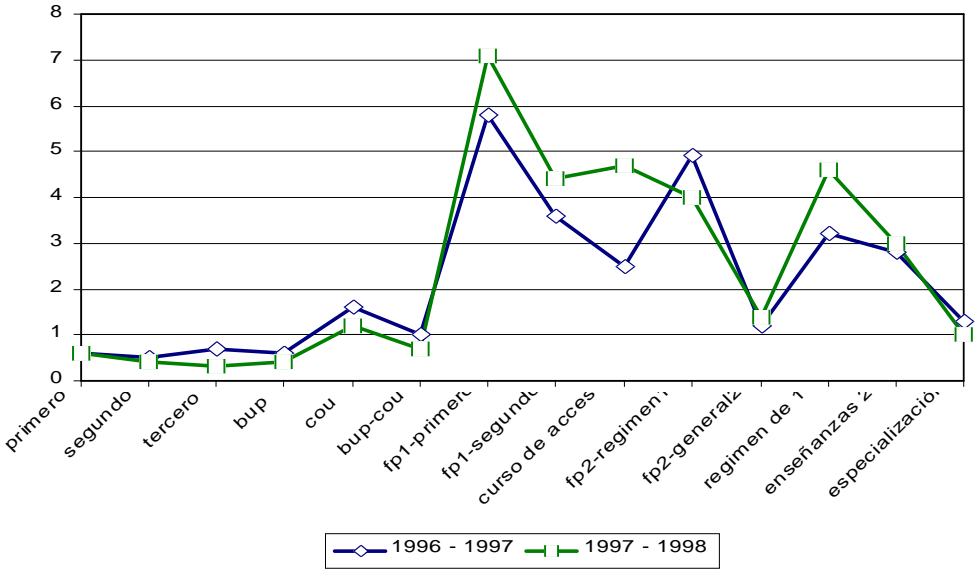


Fuente: Estadísticas de la Enseñanza en España niveles no universitarios. M.E.C.D.

Otro elemento importante a considerar son los niños que abandonan el sistema educativo. La tasa de abandono del sistema educativo en el curso 2000-01 en el grupo de edad de 16 años fue del 13,1% y de los 17 años del 23,7% según datos del Ministerio de Educación.

El porcentaje de alumnos que fueron baja en el curso 1997/1998 oscila entre el 0,3% de tercero y el 7,1% del primer curso de Formación profesional.

FIGURA 25. Porcentaje de alumnos que son baja por curso de escolarización



Fuente: MECD, 2003.

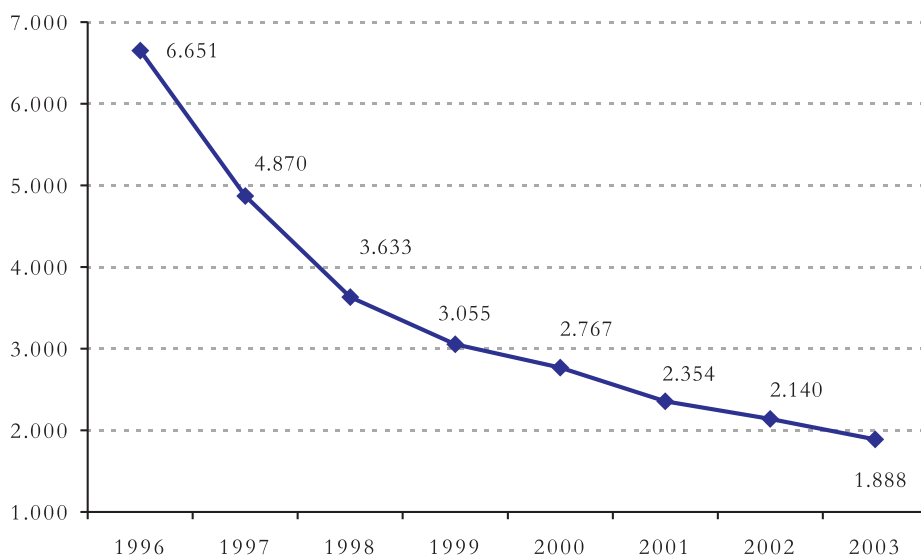
Infección por EL VIH – SIDA

La aparición del SIDA, como una nueva enfermedad que ha creado nuevas situaciones sociales y que ha provocado una respuesta social a sus formas de adquisición, por las culpabilizaciones y rechazos, etc.

La situación epidemiológica del VIH y del SIDA en España muestra un panorama bastante esperanzador según los datos acumulados de casos de SIDA en España desde 1981 hasta el 30 de junio de 2003 del Registro Nacional del SIDA del Centro Nacional de Epidemiología Vigilancia del SIDA en España⁶⁸ (Figura 26).

Los primeros casos de SIDA en España se reportaron en el año 1.986 incrementándose el número de casos progresivamente hasta el año 1994, fecha a partir de la cual el número de casos diagnosticados por año está disminuyendo.

FIGURA 26. Casos de SIDA según año de diagnóstico



Han sido diagnosticados 68.788 casos de SIDA desde el comienzo de esta infección en España, correspondiendo 40.851 casos (60%) a los diez primeros años, periodo 1986-1995) observándose una disminución de casos diagnosticados (Figura 26).

España ha sido durante la década de los noventa el país de Europa con mayor incidencia de sida por transmisión madre hijo. La alta eficacia del tratamiento antirretroviral para reducir la tasa de transmisión del VIH de la madre infectada al hijo llevó a plantear como objetivo la práctica desaparición de las infecciones transmitidas por este mecanismo, para lo cual es requisito previo el diagnóstico precoz de la infección en todas las madres gestantes. En los últimos años entre 500 y 1000 mujeres infectadas han dado a luz anualmente a un nacido vivo en España y aunque se ha reducido marcadamente el número de infecciones y de casos de sida en hijos de madres infectadas, todavía queda mucho por recorrer para el control completo de este mecanismo de transmisión.

Referente a la infección por VIH en adultos podemos decir que:

- Desde 1994 el diagnóstico de casos de SIDA está disminuyendo.
- Los casos de hombres predominan (79%).
- La edad media al diagnóstico de SIDA ha ascendido a 38,9 años.
- En torno a la mitad de las personas que han desarrollado sida en 2002 contrajeron la infección por compartir material de inyección para la administración parenteral de drogas (51%), lo que se confirma tanto en hombres (53%) como en mujeres (45%).
- Los casos que contrajeron la infección por relaciones heterosexuales no protegidas ascienden al 28%, pero adquieren especial relevancia en las mujeres, donde representan el 46%.

- La tercera vía de transmisión más frecuente han sido la relaciones homosexuales no protegidas entre hombres, que suponen el 13% de todos los casos y el 17% de los que afectan a hombres.
- Las personas con sida en cuya notificación consta un país de origen distinto de España han aumentado hasta el 11%.
- La proporción de casos de sida en personas que no conocían su infección por el VIH ha alcanzado el 38% en 2002. Este porcentaje todavía es más alto (63%) entre los casos de sida en personas que se infectaron por vía heterosexual.
- La tuberculosis sigue siendo la enfermedad diagnóstica de SIDA más frecuente, aunque en 2002 el porcentaje de casos con esta enfermedad ha disminuido hasta el 29%.

Referente a la infección por VIH en la infancia, en la Tabla 25 se muestra la evolución de casos por edad y se comprueba que:

- La proporción de casos pediátricos (menores de 13 años) se sitúa en el 0,3%.
- La infección afecta a un mayor número de varones (53%, 659 casos) que a mujeres (47%, 584 casos)
- El número de mujeres en edad fértil (15–44 años) con diagnóstico de SIDA era de 11.642.
- A partir de 1999 de infección por VIH en la infancia todos los casos son prácticamente debidos a transmisión vertical.
- Desde la aplicación del Protocolo ACTG 076 (administración de Zidovudina a las madres durante el embarazo y el parto y al niño durante las primeras 6 semanas de vida) las tasas de transmisión vertical han disminuido de manera significativa desde el 21 – 17.5% al 5.7 – 2.9% .

TABLA 25. Casos por edad según el año de diagnóstico. 30 de junio de 2003

Edad Años	<1995	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
< 1	308	31	16	17	7	7	3	1	1	2	393
1 – 2	152	22	11	8	4	4	1	3	2	2	237
3 – 4	98	16	8	4	3	12	4	2	-	-	136
5 – 9	106	13	11	7	5	4	3	1	1	-	151
10 – 12	37	1	8	7	1	1	3	-	1	-	59
Total pediátricos	731	83	54	43	20	17	14	7	5	4	976
13 – 14	32	3	-	-	4	2	-	-	1	1	44
15 – 19	300	37	36	37	15	6	4	3	9	1	423

Fuente: Registro Nacional del SIDA. Datos acumulados desde 1981 al 30 de junio de 2003

Respecto al Sida y la adolescencia:

- Los casos en adolescentes son debidos al uso de drogas por vía parenteral y transmisión sexual junto con hemoderivados.
- Asociar la infección por VIH a prácticas de riesgo en la adolescencia no parece que se esté produciendo en la actualidad aunque en edades posteriores se aumenta en número de afectados por lo que esta etapa de la vida sí parece fundamental en la infección de esta infección.

Los casos según el mecanismo de transmisión se presentan en la Tabla 26.

TABLA 26. Casos por categoría de transmisión y sexo, según la edad

Edad años	Homo/ bisex.	UDVP		Hemoderivados		Transfusión		Madre-hijo		Heterosexual		Otros / N.C.		Total		Total
	H	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
< 1	-	-	-	-	-	-	-	193	196	-	-	1	1	194	199	393
1 - 2	-	-	-	-	-	3	-	118	115	-	-	-	1	121	116	237
3 - 4	-	-	-	30	1	2	1	54	71	-	-	2	3	60	76	136
5 - 9	-	-	-	29	2	4	3	51	59	-	-	1	1	86	65	151
10 - 12	-	-	-	61	2	3	3	9	11	-	-	-	2	41	18	59
Total pediátricos	-	-	-	28	5	12	7	425	454	-	-	4	8	502	474	976
13 - 14	-	-	-	78	-	2	2	2	5	-	-	1	-	37	7	44
15 - 19	5	209	67	78	1	5	4	5	2	13	23	5	6	320	103	423

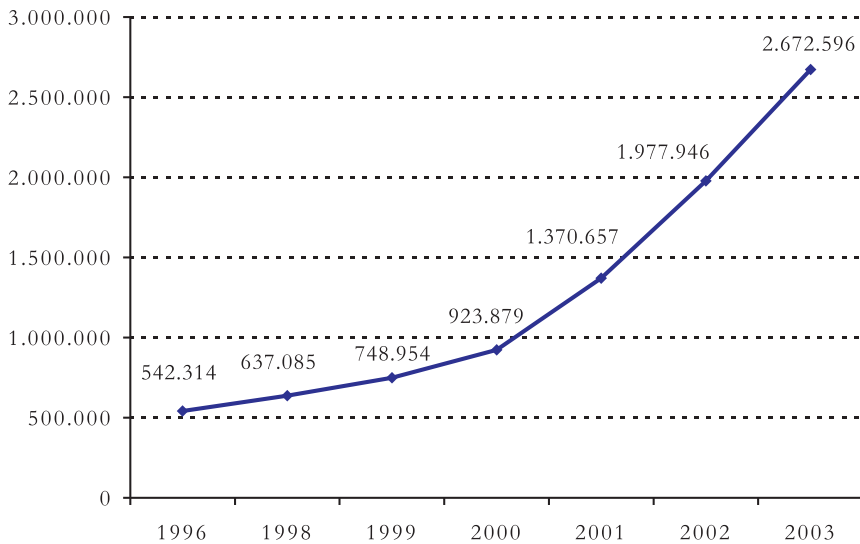
Fuente: Registro Nacional del SIDA. Datos acumulados desde 1981 al 30 de junio de 2003

El análisis de estos datos indica que existe una disminución evidente del problema de la infección por el VIH en pediatría.

NIÑOS DE ORIGEN EXTRANJERO

La población de origen extranjero residente en España está experimentando un crecimiento muy rápido en los últimos años. La necesidad de trabajadores que se incorporen a nuestro mercado laboral y la situación de económica de sus países de origen hace que un número importante de personas de otras nacionalidades estén acudiendo a nuestro país (Figura 27).

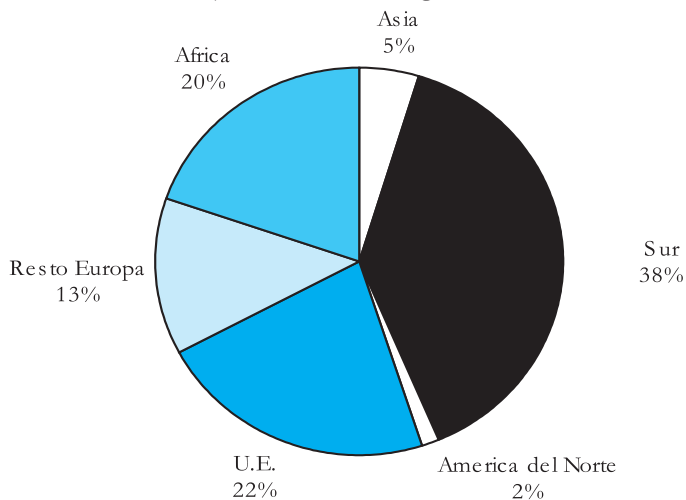
FIGURA 27. Evolución de los extranjeros residentes en España



Los procedentes de América Central y del Sur son el grupo más numeroso (38,6%), el 35% de países europeos, de ellos el 22% procedentes de países pertenecientes a la Unión Europea y el 13% países no pertenecientes (Figura 28).

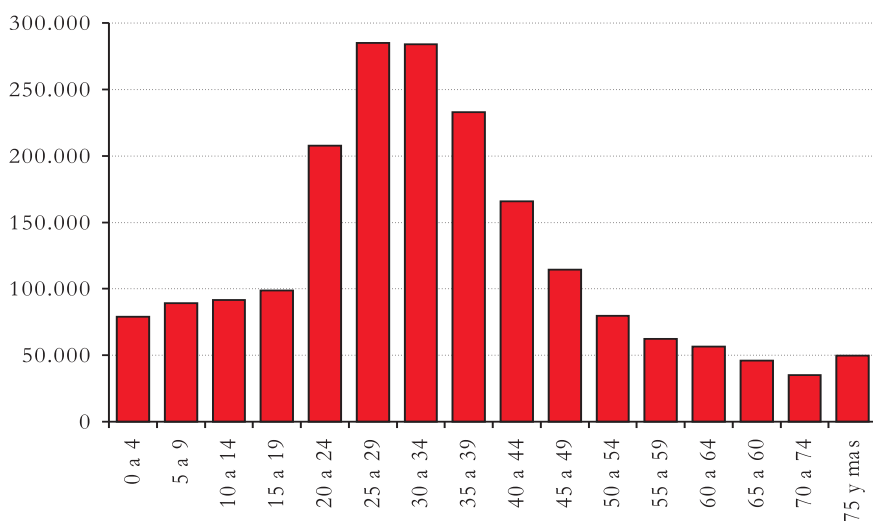
- **Niños de origen extranjero.** Inmigración. Nacidos de madre extranjera, matrimonios con cónyuges extranjeros, mortalidad.

FIGURA 28. Extranjeros residentes según continente de nacionalidad



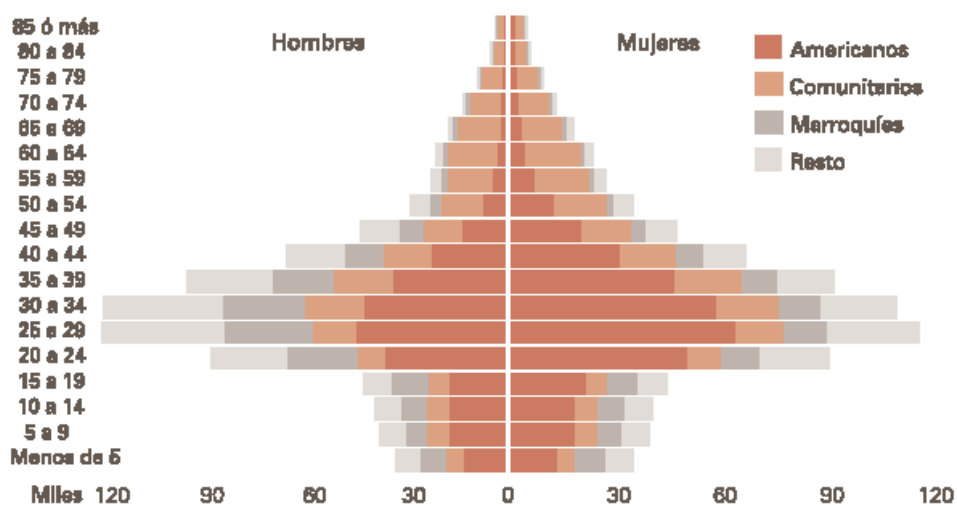
La población de niños de origen extranjero que se encuentran en España representan un grupo importante procediendo de la inmigración y estando tanto en situación legal regular como irregular, los nacidos de madre extranjera y los niños procedentes de la llamada “*adopción internacional*”, y presentando una problemática sanitaria específica (Figuras 29 y 30; Tabla 27).

FIGURA 29. Población extranjera según la edad por país de nacimiento. 2001



Fuente: Revisión de Padrón Municipal a 01.01.02. INE.

FIGURA 30. Población extranjera en España, 2001



Fuente: Censos de Población y viviendas 2001.INE.

TABLA 27. Población Extranjera menor de 18 años según continente de nacimiento

País	0 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	Total
Europa	78.859	89.282	91.484	98.907	358.532
África	7.317	13.654	19.276	26.316	66.563
América	22.538	39.004	39.583	42.530	143.655
Asia	1.040	2.078	3.493	4.693	11.304
Total	109.754	144.018	153.836	172.446	580.054

Fuente: Revisión de Padrón Municipal a 01.01.02. INE

Los nacidos de madre extranjera, matrimonios en el que al menos un cónyuge es extranjero y la mortalidad son algunos de los datos del informe de la Delegación del Gobierno para la Inmigración y la Extranjería del Ministerio del Interior correspondientes en el año 2002 en España⁶⁹ ascendió a 26.444 niños, lo que supuso el 6,2% del total de nacidos en España (397.632 en ese año).

Según continente, el 33,4% de los nacidos en España de madre extranjera eran hijos de ciudadanas africanas, el 32,42% de iberoamericanas, el 17,9% de nacionales pertenecientes al Espacio Económico Europeo, el 7,44% asiáticas, 7,3% de nacionales de otros países europeos, el 1,48% de norteamericanas y el 0,06 de Oceanía.

La nacionalidad de la madre de nacidos en España de madre extranjera en el 25,32% del total eran hijos de ciudadanas marroquíes y el 41,38% eran hijos de mujeres ecuatorianas, colombianas, británicas, chinas, francesas, portuguesas, peruanas, alemanas, dominicanas o rumanas.

En las Comunidades Autónomas de Madrid y Cataluña residían el 49,77% de las madres del total de nacidos en España de madre extranjera, teniendo el 3,06 de las madres extranjeras su domicilio fuera de España.

Según el sexo del nacido, el 48,18% del total de nacidos de madre extranjera en España a lo largo del año 2000 eran mujeres y el 51,82% eran varones; estas proporciones son muy similares a las del total de nacidos en España en ese año (del 48,29 y 51,71% respectivamente).

Referente al grupo de edad de la madre, el 27,91% de los nacidos de madre extranjera eran hijos de mujeres de menos de 25 años, el 55,56% de mujeres de edad comprendida entre 25 y 34 años y el 16,54% de mujeres de más de 34 años. Por, lo que se refiere al total de nacidos, la distribución era del 13,05%, 67,31% y 19,65% respectivamente.

Según el orden del nacimiento de los nacidos de madre extranjera en España a lo largo de 2000, y por lo que se refiere a la madre, el 57,13% eran el primer hijo, el 27,13% el segundo, el 9,73% el tercero y el 6,01% el cuarto o sucesivos. Estos porcentajes varían si se tiene en cuenta el total de nacidos, pasando a suponer el 55,71%, 40,8%, 13,73% y 8,36%, respectivamente.

En el año 2000 se registraron en España un total de 216.451 matrimonios, de ellos 11.794 (el 5,45%) al menos uno de los cónyuges era extranjero. Por lo tanto, en total contrajeron matrimonio en ese año 432.902 personas, de las que el 96,93% tenían nacionalidad española y 13.287 (el 3,07%) eran extranjeros.

En cuanto a la forma de celebración del matrimonio, en aquellos en los que al menos uno de los cónyuges era de origen extranjero, el 68,31% fueron exclusivamente civiles, el 30,65% se celebraron según la religión católica y el 1,04% según otra religión.

El colectivo más numeroso, atendiendo a las personas que contrajeron matrimonio en el que al menos un cónyuge era extranjero, con diferencia, es de españoles (4.985 mujeres y 5.316 varones). A continuación, numéricamente, se situaban los iberoamericanos (3.310 mujeres, 1.327 varones) y los nacionales de Espacio Económico Europeo (1.413 mujeres y 2.843 varones).

Según el grupo de edad, el 10,07% de las esposas de los matrimonios celebrados con al menos uno de los cónyuges extranjero era menor de 25 años, el 58,54% tenía entre 25 y 34 años y el 31,39% más de 34 años. En cuanto a los esposos, el 3,36% tenía menos de 25 años, el 50,41% tenía entre 25 y 34 años y el 46,24% era mayor de 34 años.

En cuanto a la nacionalidad de las extranjeras que se casaron con varones españoles en 2000, cabe reseñar que a las esposas colombianas (que suponen el 17,42%), marroquíes

(9,1%); brasileñas (7,41), cubanas (5,1), ecuatorianas (4,1), francesas (3,67) y dominicanas (3,57%).

La nacionalidad de los extranjeros que contrajeron matrimonio con mujeres españolas, el colectivo más numeroso es el de varones marroquíes (11,74%), seguido del de británicos (9,03), alemanes (8,41%), italianos (7,82%) y franceses (7,04%).

Respecto a las defunciones en 2000 tuvieron lugar en España un total de 360.391 fallecimientos, de los cuales el 2,09% (7.525) correspondieron a extranjeros, de ellos 2.393 (el 31,8%) siendo 145 menores de 16 años.

- **Menores extranjeros no acompañados**

El Consejo de la Unión Europea define a los Menores Extranjeros No Acompañados (MNA) como aquellos: *“Niños y adolescentes menores de 18 años nacionales de terceros países que se encuentran en el país receptor sin la protección de un familiar o adulto responsable que habitualmente se hace cargo de su cuidado ya sea legalmente o con arreglo a los usos y costumbres.”*

El Seminario realizado por la Red de Observatorios Nacionales de Infancia organizado por el Instituto de los Inocentes de Florencia (Italia) en diciembre de 2003 estimaba en 29.130 menores de 18 años en el año 2002 que se habían detectado en los países participantes (Tabla 28).

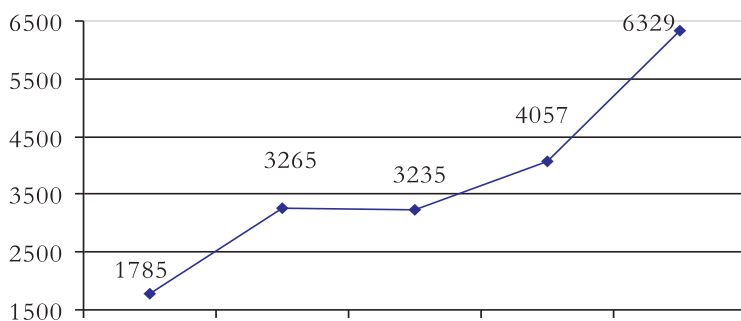
TABLA 28. Menores no acompañados en países de la Unión Europea en 2002

País	Número	País	Número
Austria	2.547	Holanda	3.232
Bélgica	2.660	Irlanda	900
Dinamarca	137	Italia	7.040
España	6.329	Luxemburgo	11
Finlandia	74	Reino Unido	6.200

Los datos con los que contamos en la actualidad en España proceden del Ministerio del Interior, según los remitidos por las Comunidades Autónomas, a través de las Subdelegaciones y Delegaciones de Gobierno. No ha existido una unificación de criterios en la recogida y explotación de estos datos, situación que se está modificando después de los acuerdos adoptados en el Observatorio de la Infancia, por lo que, en próximos años, podremos contar con datos estadísticos más coordinados y fiables sobre este tema.

En los últimos años asistimos a un incremento de los menores de edad que sin ser acompañados de su familia y de forma ilegal acceden a nuestro país (Figura 31).

FIGURA 31. Menores extranjeros no acompañados en España



La procedencia es fundamentalmente de Marruecos proporción respecto del total de menores que se ha incrementado del 45% en el año 1998 al 75% en 2002.

El número de menores extranjeros no acompañados procedentes de Iberoamérica se eleva a 126, lo que no es significativo ya que representa un 1,99% del total y se ha observado un descenso respecto al año 2001 que ascendían a 197 menores de edad sin representación legal en España.

Sobre los menores que llegan este año, se aprecia un cambio de perfil. Si antes llegaban chicos de entre 16 y 18 años, en los últimos meses los hay de 12 y 15 años. Además, antes procedían de núcleos urbanos, mientras que ahora "*están viniendo chavales de zonas rurales, del interior*". También es cierto que los educadores manifiestan que éstos están menos maleados, son "*más sanos y más dóciles*".

Respecto al perfil de los MNA podemos distinguir:

- *Menores inmigrantes.* Son MNA con vínculos familiares, proyecto migratorio claro, y hábitos más o menos asentados de vivir en la calle (en origen o destino). No son "chicos de la calle". Creemos que éste es el grupo mayoritario en origen
- *Menores de la calle con itinerancia transnacional* MNA sin vínculos familiares positivos, en general sin proyecto migratorio claro, y con una trayectoria más o menos temprana de "niños de la calle" (en origen o destino). Este grupo es menos numeroso, pero el tipo de vida "en la calle" en España comporta más riesgo, y así muchos niños del grupo anterior pueden pasar a ser considerados niños de este grupo en cuanto a ser "niños de la calle"
- *Menores con graves problemáticas personales* MNA con antecedentes delictivos, comportamientos agresivos graves o problemas serios de salud (incluidos un porcentaje de trastornos mentales). Son también "niños de la calle". Este grupo es muy *pequeño*, pero *difícil de tratar*. Los profesionales sanitarios y sociales consideran que precisarían tratamiento muy personalizado y sostenido.

Referente a la construcción de la política española de inmigración se inició con la primera Ley sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España, popularmente conocida como Ley de Extranjería en 1985. Posteriormente, en 1994, se aprobó el Plan para la Integración Social de los Inmigrantes.

La ley ha sido objeto de dos reformas legislativas en el año 2000 (Ley Orgánica 4/2000 y 8/2000).

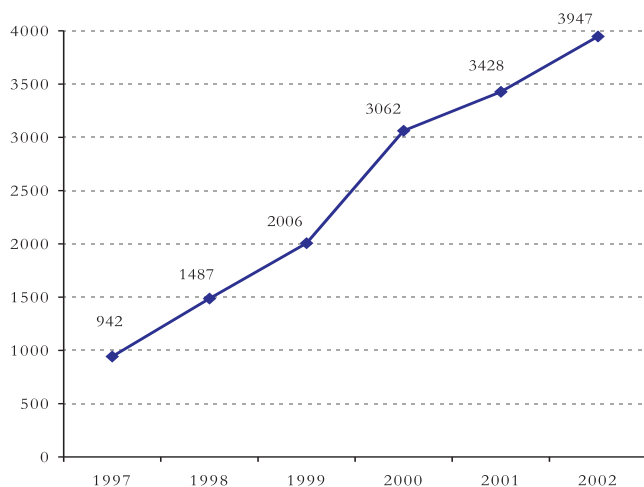
El Programa Global de Regulación y Coordinación de la Extranjería y la Inmigración en España, conocido como GRECO, publicado en febrero del 2000 con una vigencia hasta el 2004, que entre las medidas propuestas mantiene como prioridades el control de los flujos migratorios, favorecer el reagrupamiento familiar, el acceso al sistema sanitario, educativo, y de protección social sin olvidar la persecución del tráfico de inmigrantes irregulares y la explotación laboral e introduce nuevos campos de actuación como el codesarrollo, vertiente de la cooperación internacional que parte de una visión de las migraciones como motor del crecimiento de la sociedad receptora y que también puede impulsar el crecimiento de la sociedad emisora. En esta línea se dice que se promoverá la inversión en los países de origen, se favorecerá la formación de los inmigrantes y que las aportaciones de éstos en su tierra natal favorezcan su desarrollo económico.

• Adopción internacional

La adopción de niños procedentes de otros países conocida como "adopción internacional" es un fenómeno creciente en nuestro país.

En los últimos 6 años se han incorporado a España casi 11.000 niños procedentes de adopción internacional, pasando de 942 en 1997 a 3.947 en 2002, lo que supone un incremento del 419% (Figura 32).

FIGURA 32. Evolución del número de adopciones por origen del menor

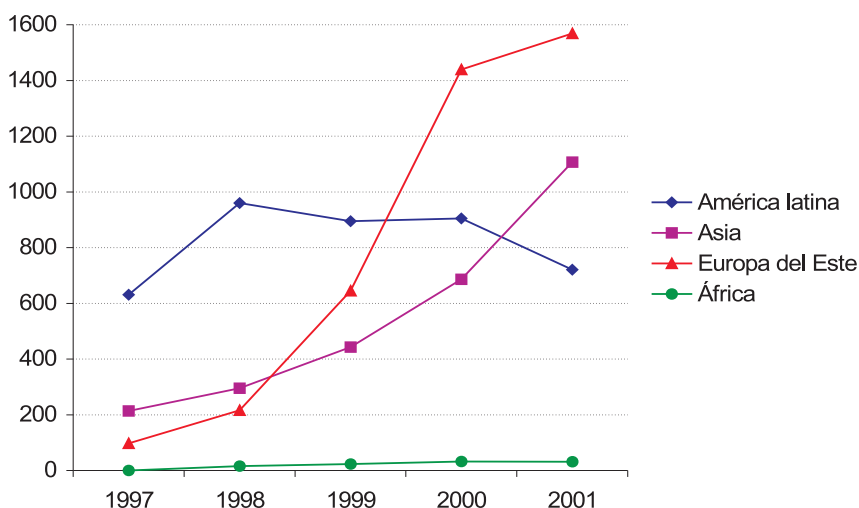


Fuente: MTAS. 2003.

Los países de procedencia son de Europa del Este, Asia y América del Sur. El mayor número de niños procede de países de América del Sur (4.112) si bien la tendencia es a disminuir su número mientras que se incrementan los procedentes de Europa del Este y de Asia siendo los niños procedentes de África solo el 0.93% del total (Figura 33).

Debemos considerar las adopciones truncadas y en riesgo que si bien parece que en nuestro país no representan hasta este momento un problema grave, se estima el 1,4% la tasas de ruptura, el 1.5% de las adopciones de menores de tres años, porcentaje que se eleva al 6.7% si se considera a los niños de cero a seis años en el momento de la adopción. Según datos de otros países en algunos casos y según grupos de edad puede llegar hasta el 24% en los mayores de 12 años⁷⁰.

FIGURA 33. Adopción internacional por continentes de origen de los niños



Atención a la salud de los niños de origen extranjero

La atención a la salud de los niños de origen extranjero presenta unas características especiales debido a las condiciones de vida previas a la emigración, durante el viaje y países por el que transcurre y, posteriormente en su país de acogida, España, que condicionan la elaboración de programas y protocolos para su atención de acuerdo a sus necesidades específicas^{71,72}.

Los niños procedentes de adopción internacional presentan una problemática sanitaria por la situación de maltrato vivida, su atención en una institución y los problemas de salud que puedan presentarse en su país de origen, así como por la preocupación de los padres adoptivos.

La asistencia sanitaria a la que tiene derecho todos los niños que se encuentren en nuestro país está reconocida en la Ley Orgánica 4/2000 (BOE, 12 de diciembre de 2000) en el:

Artículo 12. Derecho a la asistencia sanitaria.

- 1. Los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residen habitualmente, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.*
- 2. Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica.*
- 3. Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.*
- 4. Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto.*

Y en el artículo 14. Derecho a Seguridad Social y a los servicios sociales.

- 1. Los extranjeros residentes tendrán derecho a acceder a las prestaciones y servicios de la Seguridad Social en las mismas condiciones que los españoles.*
- 2. Los extranjeros residentes tendrán derecho a los servicios y a las prestaciones sociales, tanto a los generales y básicos como a los específicos, en las mismas condiciones que los españoles.*
- 3. Los extranjeros, cualquiera que sea su situación administrativa, tienen derecho a los servicios y prestaciones sociales básicas.*
- 5. Los extranjeros, cualquiera que sea su situación administrativa, tiene derecho a los servicios y prestaciones sociales básicas.*

La Ley 1/96, de Protección Jurídica del Menor también reconoce el derecho a la asistencia sanitaria a cualquier menor extranjero cuando no tenga derecho por otra vía y en su artículo 10.3 establece que:

Los menores extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la educación. Tienen derecho a la asistencia sanitaria y a los demás servicios públicos los menores extranjeros que se encuentren en riesgo o bajo la tutela o guarda de la Administración pública competente, aun cuando no residieran legalmente en España.

NIÑO CON NECESIDADES ESPECIALES

Los denominados “*niños con necesidades especiales*” incluyen a aquellos que no estando enfermos ni presentando deficiencias, están en riesgo de padecer discapacidades psicosociales por sus condiciones de desarrollo o debido a circunstancias socioeconómicas.

La atención a los niños con problemas y necesidades especiales es una prioridad social y sanitaria⁷³.

La atención a los niños con *handicaps* ha pasado en los últimos años de posturas de segregación cuyo objetivo era una atención especializada según la dificultad que presentaba, a una filosofía de integración, de atención a la diversidad, en la que el niño es atendido según sus necesidades, necesidades educativas especiales pero asistiendo a su colegio ordinario en el nivel que le corresponda.

- **Prematuridad y nacidos de alto riesgo**

Los límites de viabilidad de un recién nacido se van ampliando progresivamente, actualmente se considera el límite de viabilidad las 23-24 semanas de gestación o 500-600 grs. de peso. Es decir cada vez sobreviven más prematuros de menor peso y más inmaduros y además gracias a los modernos cuidados intensivos neonatales sobreviven con menos secuelas, si bien hay que tener en cuenta que a menor peso y edad gestacional hay más riesgo de ellas.

La frecuencia de nacimientos prematuros es aproximadamente el 7% de todos los recién nacidos en los países desarrollados, siendo el 1,2% los niños nacidos demasiado pequeños, demasiado pronto.

Actualmente ninguna otra condición neonatal que lleve riesgo elevado de minusvalía ocurre con tanta frecuencia como el hecho de pesar menos de 1500 grs. Anualmente en España surgen 350 nuevos casos de parálisis cerebral y 70 de ceguera en niños que pesaron al nacer menos de 1500 grs.⁷⁴.

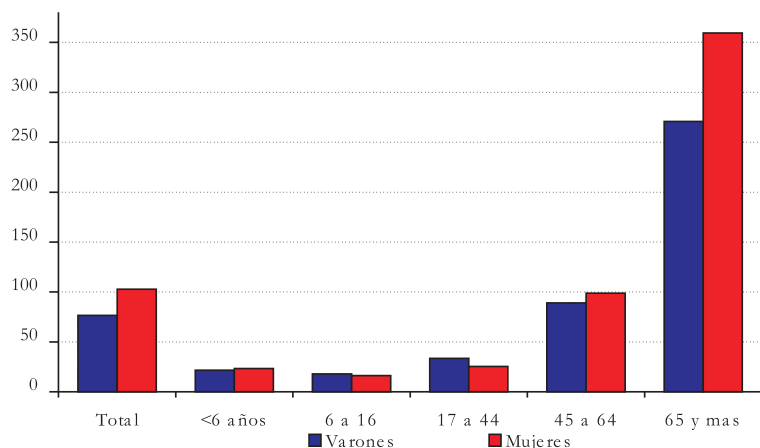
• Discapacidad

La discapacidad es el problema funcional que se deriva como resultado de los síntomas de la enfermedad, siendo la minusvalía las consecuencias o repercusiones sociales derivadas de sufrir una enfermedad.

El Plan de Acción para las personas con discapacidad para el periodo 1997-2000 reconoce que la mayor parte de las personas con minusvalías viven en el entorno familiar siendo el apoyo prestado a las familias con hijos minusválidos por las administraciones insuficiente y que el modelo de escolarización y apoyo no está desarrollado suficientemente, sobre todo para los alumnos con dificultades de audición y lenguaje⁷⁵.

En los menores es muy difícil conocer si una discapacidad va a tener carácter de larga duración o transitoria y, por otra parte, existen muchas limitaciones que son inherentes a la edad. Se habla de discapacidad en personas de 6 o más años y de limitaciones en los menores de 6 años.

FIGURA 34. Personas con discapacidad. Tasa por 1.000 habitantes. 1999



Fuente: Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud. INE

La explotación de datos que suministra el Instituto Nacional de Estadística nos permite detallar algunas características importantes de la situación de los niños con discapacidad menores de seis años. Las causas que originaron las deficiencias de los niños menores de seis años en el 47% tiene un origen congénito; el 19,63% es resultado de una enfermedad sufrida y el 7,01% fue por problemas en el parto. Otro 23,73% de las deficiencias se reparten por otras causas de menor incidencia y en el 2,64% de los casos no consta la causa.

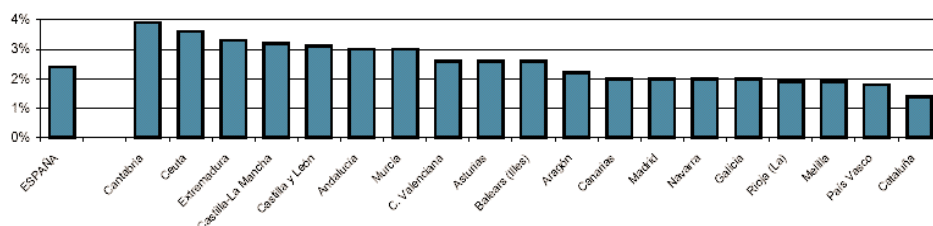
TABLA 29. Niños menores de 6 años con limitaciones según tipo de limitación. 1999

Limitación	Niños con limitaciones	Tasa por 1000 habitantes menores de 6 años
Total	49.577	22.44
Ver	8.353	3.76
Ceguera total	793	0.36
Oír	5.302	2.40
Sordera total	922	0.42
Mantenerse sentado, de pie o caminar	8.805	3.99
Mover los brazos	5.324	2,41
Caminar, debilidad o rigidez en las piernas	11.810	5,35
Ataques, rigidez en el cuerpo, pérdida de conocimiento	4.951	2.24
Hacer las cosas como los demás niños de su edad	16.289	7.37
Niño lento o alicaído	6.383	2.89
Comprender ordenes sencillas (niños de 2 a 5 años)	4.717	2.13
Nombrar algún objeto (niños de 2 a 3 años)	5.372	2.43
Habla dificultosa (niños de 3 a 5 años)	16.076	7.28
Otros problemas que precisan de cuidados especiales	23.480	10.63

El Real Patronato sobre Discapacidad ha publicado recientemente un estudio sobre la discapacidad en nuestro país que nos permite acercarnos a la realidad actual de este problema y a las necesidades de su atención⁷⁶.

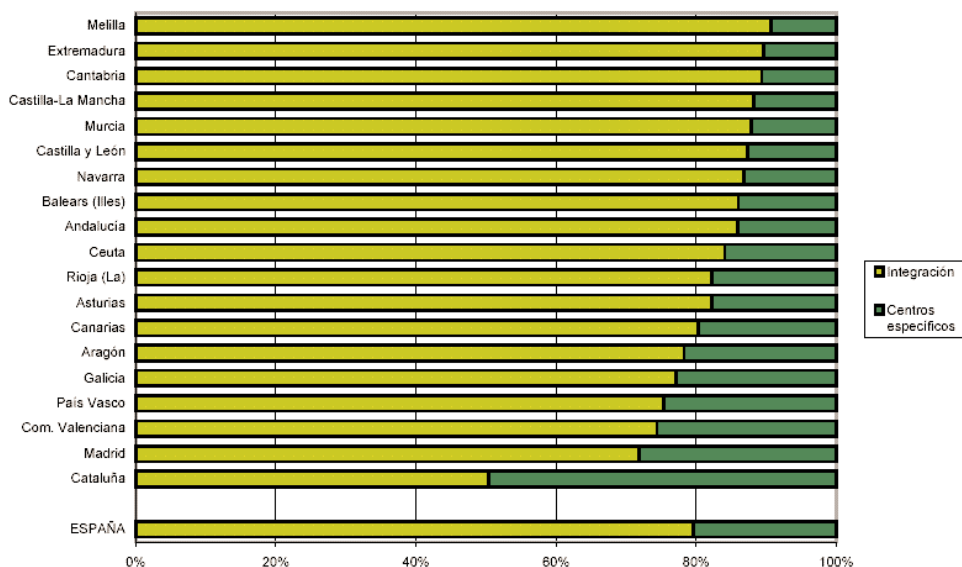
Un aspecto a considerar referente a la discapacidad serían los niños que presentan problemas que van a condicionar necesidades educativas especiales y su atención en centros de integración y especiales que suponen mas del 2% respecto al alumnado total en los centros de enseñanza no universitarios (Figuras 35 y 36).

FIGURA 35. Porcentaje de alumnado con necesidades educativas especiales respecto al total del alumnado en E. Infantil, E. Primaria, E.S.O. y Educación especial
Curso 2000-2001



Fuente: Estadísticas de la Enseñanza en España niveles no universitarios. M.E.C.D. 2000-01

FIGURA 36. Distribución porcentual del alumnado con necesidades educativas especiales en integración y en centros específicos



Fuente: Estadísticas de la Enseñanza en España niveles no universitarios. M.E.C.D 2000-01

Las barreras arquitectónicas suponen una gran dificultad para el desarrollo de las actividades cotidianas y escolares / laborales de las personas que presentan discapacidades u otros situaciones como es el caso de los zurdos.

La Ley 13/1982, de 7 abril, crea un amplio marco legal para la Integración Social del Minusválido (LISMI) (BOE 30.04.82).

- **Enfermedades crónicas**

Las enfermedades crónicas en la infancia cada vez son más frecuentes en nuestra sociedad (alergias, diabetes, bronquitis crónica, epilepsias, cardiopatías, fibrosis quística, espiña bífida, hemofilia, insuficiencia renal crónica, anemia falciforme,...) y demandan una mayor atención⁷⁷.

Los niños con problemas crónicos de salud presentan necesidades especiales requeridas por su situación además de las necesidades de salud según su etapa del desarrollo.

El aumento de la supervivencia de niños con enfermedades crónicas, como la fibrosis quística, y los niños con pluripatología, es decir, que padecen diversos problemas de salud al mismo tiempo como por ejemplo retraso mental que desarrolla diabetes mellitus, displasia broncopulmonar y sufre retraso del crecimiento, etc., implican una mayor complejidad en su atención.

- **Enfermedades de baja prevalencia – Raras**

Las enfermedades raras constituyen uno de los principales problemas sanitarios con el que se enfrentan los países desarrollados en la actualidad.

Las *enfermedades raras o de baja prevalencia* constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades cuyo nexo común es la infrecuencia de las mismas, circunstancia que determina unas necesidades especiales.

Un estudio reciente del IMSERSO⁷⁸ ha analizado dichas necesidades mediante entrevistas a pacientes, asociaciones de enfermos y cuidadores destacando que la especificidad en la presentación de dichas enfermedades crónicas, condiciona en ocasiones un retraso en el diagnóstico mayor del deseable que origina un “*peregrinaje*” del enfermo de especialista a especialista, de un centro a otro, del sistema público al privado o a la inversa,..., creando en los pacientes y en sus familiares incertidumbre y desestabilización emocional.

Los movimientos asociativos de pacientes de principios de los 80 las denominaron *enfermedades huérfanas* aludiendo a la soledad con que los pacientes y sus familiares debían afrontar las dificultades derivadas de sus dolencias.

Los pacientes y las familias echan de menos por parte del sistema sanitario una información dada con sensibilidad aportando elementos de apoyo psicológico. O como refieren algunos de ellos, un “*acompañamiento*” que les permita afrontar el desarrollo de la enfermedad al permitir al médico informar de las incidencias que vayan surgiendo, asesorando de posibles soluciones y valorando, no solo las dificultades y recursos del paciente, sino también las capacidades de las familias para sobrellevar la sobrecarga que representa la enfermedad.

El Parlamento Europeo en 1999 aprobó el Programa de acción comunitaria sobre las enfermedades poco comunes en el marco de la acción en el ámbito de la salud pública⁷⁹ y del Centro de Investigación sobre el Aceite Tóxico y Enfermedades Raras (CISATER).

Las tasas de prevalencia por debajo de la cual se acepta la clasificación de enfermedad rara varía según los países oscilando entre 1 y 7 por 10.000 individuos.

Nadie ha establecido el número exacto de *enfermedades raras*. Recientemente el CISATER ha editado una página en *internet* con más de 800 descripciones de enfermedades raras.

El criterio de obtención de ayudas para la investigación y de ayudas especiales para las enfermedades raras debería estar basado en el grado de “*orfandad*” o de la soledad ante sus problemas por parte de los que la sufren, lo cual no siempre está en relación con las tasas de prevalencia.

El Instituto de Investigación de Enfermedades Raras, se crea en el año 2003 por Orden SCO/3158/2003, de 7 de noviembre (BOE núm. 273, 14 de noviembre), con

el objetivo el fomento y ejecución de la investigación clínica y básica, formación y apoyo a la referencia sanitaria e innovación en la atención de la salud en enfermedades raras.

El Instituto de Investigación en Enfermedades Raras está adscrito a la Subdirección General de Coordinación de Centros Nacionales de Investigación y Servicios Aplicados a la Salud Pública del Instituto de Salud Carlos III de las áreas sanitarias.

- **Detección precoz de metabolopatías**

En el año 1968 se inicia en Granada el primer programa de detección precoz de metabolopatías siendo los objetivos que se plantearon como primordiales para el buen funcionamiento de un programa de detección precoz neonatal⁸⁰:

- Dar cobertura en la detección precoz neonatal al 100% de los recién nacidos vivos en el área geográfica de influencia de los Centros de Detección Neonatal.
- Asegurar el seguimiento clínico de todos aquellos niños detectados como positivos, para cualquiera de las patologías analizadas.
- El tratamiento de aquellos casos detectados como positivos, se deberá iniciar lo antes posible y siempre antes del primer mes de vida.

A partir del año 1985 en que se realizan las transferencias en materia de prevención, se ponen en marcha nuevos Laboratorios a lo largo de las diferentes Comunidades Autónomas, hasta llegar a la situación actual en la que existen 20 Centros de Detección Precoz Neonatal, de forma que, en general, existe un Centro por Comunidad (a excepción de La Rioja) que están coordinados a través de la Comisión de Errores Metabólicos de la Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular (SEQC).

Las enfermedades incluidas en los programas son la detección precoz de hipotiroidismo congénito y fenilcetonuria, hiperplasia suprarrenal congénita, otras aminoacidopatías en sangre, otras aminoacidopatías en orina, del déficit de biotinidasa y de fibrosis quística siendo la determinaciones realizadas en 1999 las siguientes:

Hipotiroidismo congénito	Hiperplasia Suprarrenal Congénita	Hiperfenilalaninemias	Déficit Biotinidasa	Fibrosis Quística	Amino-acidopatías en sangre	Amino-acidopatías en orina
380.249	93.502	378.479	18.489	37.425	141.960	42.202

Los casos detectados de hipotiroidismo congénito e hiperfenilalaninemias de los años 1996 a 1999 se presentan en las Figura 36 y 37.

FIGURA 35. Hipotiroidismo congénito detectados en 1996 – 1999

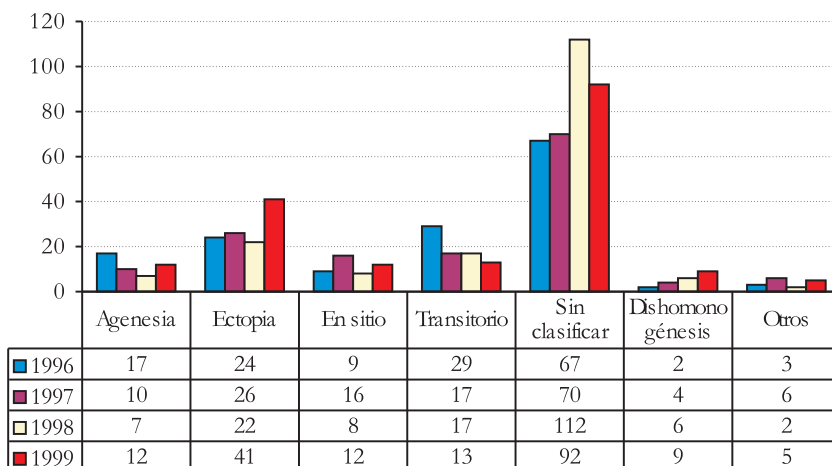
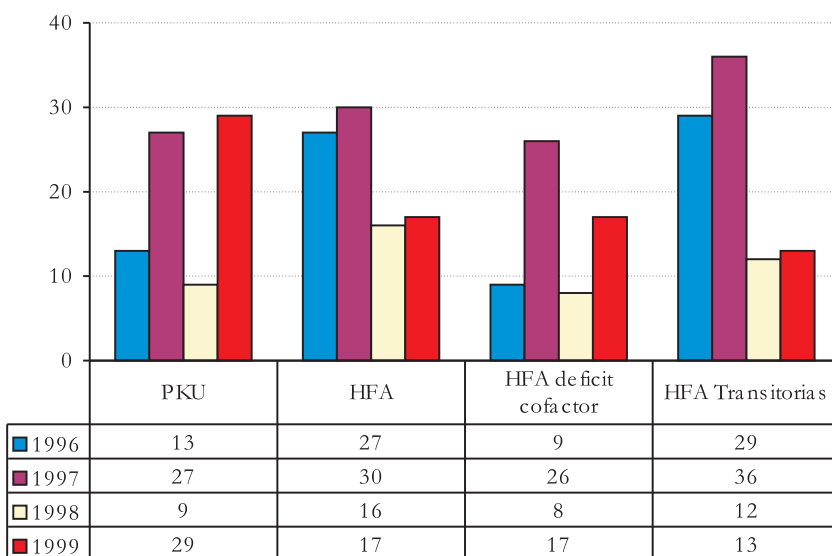


FIGURA 36. Hiperfenilalaninemias detectadas en 1996 – 1999



• **Malformaciones congénitas**

En España sobre todo en la década de los años 80 la vigilancia epidemiológica de malformaciones congénitas se llevó a cabo mediante diferentes tipos de acuerdo entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el *Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas (ECEMC)* que es un programa de investigación clínica y epidemiológica sobre los defectos congénitos humanos.

El ECEMC constituye el grupo científico de la *Asociación Española para el Registro y Estudio de las Malformaciones Congénitas (ASEREMAC)*, que es una asociación científica sin ánimo de lucro y que fue declarada de Utilidad Pública por el Consejo de Ministros en 1986. La ASEREMAC le da la estructura jurídica al ECEMC. Asociación que ha venido colaborando ininterrumpidamente desde el primer año de existencia con el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Desde abril de 1976 el ECEMC ha controlado más de un millón quinientos mil nacimientos en un centenar de hospitales distribuidos por toda España. Más de 27.500 niños presentaron defectos congénitos físicos y psíquicos identificados en el momento del nacimiento.

Tabla 30. Frecuencia al nacimiento de niños malformados. Distribución por tres periodos de tiempo y por Comunidades Autónomas

Comunidades Autónomas	1980 - 1985			1986- 1990			1991 - 1996		
	Nº	%	TRN	Nº	%	TRN	Nº	%	TRN
Andalucía	620	1,56	39681	624	1,52	41048	694	1,11	62467
Aragón	-	-	-	36	1,69	2124	165	1,75	9450
Asturias	114	2,22	5146	144	1,94	7425	694	1,11	13113
Baleares (Mahon)	61	2,73	2235	74	2,49	2976	77	2,65	13113
Canarias	198	6,36	3112	101	1,42	7127	467	1,70	27492
Cantabria	-	-	-	41	2,20	1961	360	1,93	18657
Cast.-La Mancha	1334	2,51	53101	1070	2,13	50195	1207	1,68	72042
Castilla y León	1017	2,02	50409	1022	2,36	43339	722	1,72	41866
Cataluña	987	2,77	35650	1009	2,55	39640	936	1,95	47913
Com. Valenciana	241	1,22	19762	255	1,85	12191	220	1,00	21973
Extremadura	95	0,90	10576	258	2,67	9660	775	2,77	27975
Galicia	857	1,83	46717	373	1,69	22107	375	1,09	34335
La Rioja	476	3,73	12746	61	1,42	4288	115	1,06	10893
Madrid	499	2,00	24925	263	1,33	19756	440	1,20	36780
Murcia	249	2,20	11295	299	2,61	11474	1096	1,67	65521
Navarra	366	2,35	15566	193	1,50	12830	73	1,07	6814
Pais Vasco	1374	2,67	51473	362	2,08	17366	331	1,15	28828
Total	8488	2,22	382394	6155	2,02	305407	8260	1,56	529026

En los últimos tiempos, en el ECEMC y, a través de la investigación que viene realizando, se ha podido identificar la causa de las alteraciones en alrededor del 40-45% de los niños afectados.

El objetivo del ECEMC es intentar identificar las causas de los defectos congénitos, sean genéticas o ambientales, a través de los estudios citogenéticos, de genética clínica y epidemiología. para prevenir la aparición de malformaciones en otras gestaciones. Así pues, el objetivo principal del ECEMC es la búsqueda de las causas de los defectos congénitos con el fin de llegar a prevenirlas propiciando que los niños nazcan sanos.

Los factores ambientales que producen alteraciones del desarrollo humano, llamados teratógenos, son: medicamentos; sustancias químicas; alcohol y otras drogas, así como ciertas enfermedades maternas padecidas durante la gestación;

En la Tabla 30, mostramos las cifras de frecuencia anteriores a la existencia de la ley que permite la IVE. Por tanto, estas cifras deben ser consideradas como las frecuencias base en nuestra población para todos los defectos menos para agenesia renal unilateral y para cardiopatías congénitas, en las que el diagnóstico postnatal durante los primeros años del periodo que estamos estudiando no era tan completo porque no se había generalizado la ecografía perinatal como método diagnóstico de defectos congénitos. Por este motivo, la frecuencia indicada en la Tabla 31 para estos dos tipos de defectos, está muy infravalorada. De hecho aumenta en el tiempo. Su frecuencia basal debe ser cercana, y muy posiblemente superior, a la observada en el año 1996 (Tabla 31).

Tabla 31. Frecuencia basal al nacimiento de ciertos defectos congénitos.
España 1980-1985 y 1996

Defectos congénitos	Frecuencia basal de defectos (Total nacimientos: 382.394)		Defectos: frecuencia en 1996 (Total nacimientos: 94.046)	
	Número	Por 10.000	Número	Por 10.000
Defectos del tubo neural	399	10,43	34	3,62
Anoftalmia / microftalmia	94	2,46	21	2,23
Fisuras orales	445	11,64	85	9,04
Cardiopatías congénitas	323	8,45 (*)	170	18,08
Atresia de esófago	88	2,30	16	1,70
Hernia diafragmática	107	2,80	15	1,59
Onfalocele	65	1,70	10	1,06
Reducción de extremidades	272	7,11	59	6,27
Agenesia renal unilateral	22	0,58 (*)	13	1,38
Agenesia renal bilateral	22	0,58 (*)	5	0,53
Hipospadias	692	18,10	113	12,02
Atresia de ano	97	2,54	19	2,02
Síndrome de Down	565	14,78	98	10,42

(*) Cifras infravaloradas.

En la Tabla 31 se incluyen las frecuencias de los defectos congénitos estudiados observadas en 1996, que están altamente afectadas por las IVEs. La diferencia de frecuencias entre las observadas en las tablas 30 y 31, nos indican el impacto que tiene el diagnóstico prenatal seguido de un IVE para cada uno de los defectos congénitos excepto para cardiopatías congénitas y para agenesia renal unilateral.

Los datos, las frecuencias observadas en el periodo anterior a la ley que permite la IVE por defectos congénitos (años 1980-1985) para todos los defectos menos para cardiopatías y agenesia renal unilateral, deben ser consideradas como frecuencias base. Es decir, que nos indican con qué frecuencia se producen los diferentes defectos congénitos en los recién nacidos de nuestra población. Por consiguiente, estas cifras nos cuantifican el problema en nuestro país. Este dato es el que se debe utilizar tanto para informar del riesgo que tiene cualquier persona de la población para tener un niño con esos defectos, como para los cálculos necesarios en los estudios de genética poblacional. Sin embargo, como muchos de los defectos se detectan prenatalmente y se realizan IVEs en algunos de los afectados, son menos los niños malformados que llegan a nacer. Por eso las cifras de frecuencia al nacimiento que obtenemos en el último periodo son menores. Esto implica que las cifras actuales al nacimiento no cuantifican el problema, pero son las que se deben utilizar para la planificación de los recursos necesarios para atender a los afectados, tanto desde el punto de vista médico-asistencial, como social.

En determinados defectos congénitos algunas de las gestaciones afectadas terminarán en un aborto espontáneo. Sin embargo, como la medida de la cifra de los distintos periodos de tiempo estudiados se realizó siempre al nacimiento, el efecto que pueden introducir los abortos espontáneos es el mismo en todos los periodos de tiempo, con o sin IVEs, y por tanto, no afecta a las cifras obtenidas.

- **Atención Temprana**

En los años 70, al conseguirse en la mayoría de los países europeo una importante reducción de la mortalidad infantil gracias a la mejora de las condiciones socioeconómicas, campañas de vacunación, uso de antibióticos, .., las estrategias de actuación pediátrica comenzaron a dirigirse a aspectos relacionados con la prevención de deficiencias de calidad de vida y factores sociales de la enfermedad.

El Programa de Atención Temprana surge alrededor de las Unidades de Neonatología y de los pacientes procedentes de las mismas que, habiendo superado situaciones críticas (prematuridad, traumas obstétricos,...) sobrevivían con deficiencias o riesgo de padecerlas en un futuro⁸¹.

El objetivo de este Programa es potenciar al máximo el desarrollo en aquellos niños que presentan deficiencias y propiciar su integración escolar y social, así como su autonomía personal.

El libro Blanco de la Atención Temprana la define como "*el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objeto dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos*"⁸².

Es interesante plasmar la definición de Atención Temprana que marca los criterios de calidad de los Centros de Atención Temprana el "*Conjunto de acciones coordinadas con carácter global e interdisciplinar, planificadas de forma sistemática y dirigidas al niño de 0 a 6 años con alteraciones en el desarrollo o riesgo de padecerlas, a su familia y a su entorno. Estas acciones, preventivas y/o asistenciales, estarán encaminadas a facilitar su evolución en todas las facetas, respetando el propio ritmo y fundamentando la intervención en los aspectos relacionales, lúdicos y funcionales*"⁸³.

Se considera que:

1. La atención temprana se debe iniciar tan pronto como sea posible en el sentido de evitar discapacidades secundarias, y proporcionar cambios satisfactorios en los procesos de habilitación en todos los niveles (*Prevención*).
2. Todos los niños con necesidad de atención deben recibir ayuda en su área deficitaria (*Atención*).
3. La interdisciplinaria en Atención Temprana debe estar garantizada.
4. Siempre debe partir de un diagnóstico con el objetivo de establecer las formas de tratamiento adecuadas.
5. La cooperación entre padres y profesionales es de vital importancia.
6. La atención realizada siempre debe facilitar la transición desde la familia a la educación y a la vida social autónoma (*Integración*).
7. La formación constante de los profesionales estará orientada para apoyar y complementar la tarea de intervención.
8. El trabajo debe ser desarrollado a través del establecimiento de espacios de coordinación interinstitucionales para garantizar calidad y conseguir mejoras (*Coordinación*).

• **Síndrome de la Muerte Súbita del lactante (SMSL)**

El Síndrome de la Muerte Súbita del Lactante (SMSL) se define como el fallecimiento de un niño que no se encuentra causa que la justifique después de:

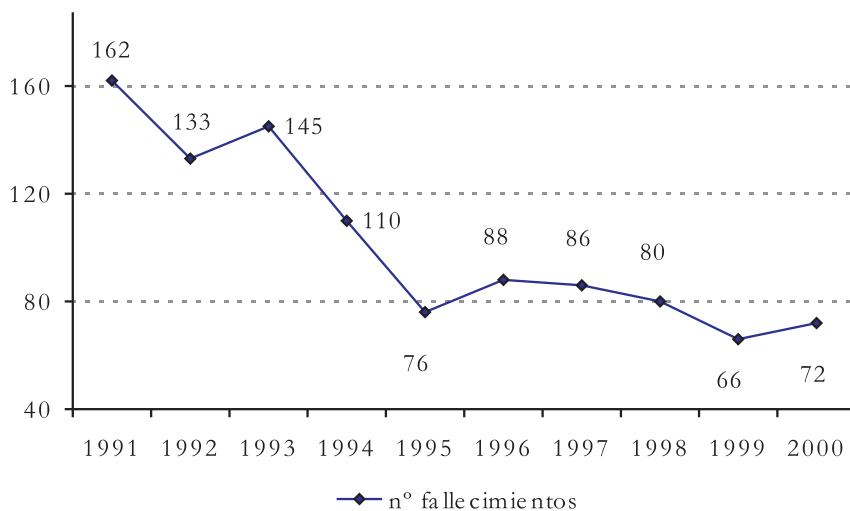
- Un estudio necrópsico completo.
- Un examen del escenario y circunstancias de la muerte. y
- Una revisión de su historia clínica completa.

La muerte súbita e inesperada de un lactante previamente sano es uno de los hechos más desesperantes que puede acontecer a una familia. Aunque no sepamos con exacti-

tud de qué cifras partíamos el número de niños fallecidos por este síndrome ha disminuido en los últimos años. La tasa media de mortalidad por mil nacidos vivos en el periodo 1991-95 fue de 0,32‰ y en el periodo 1996-2000 de 0,21‰.

La tendencia a la disminución se aprecia en el número total de fallecimientos registrados por esta causa en el periodo entre los años 1991 al 2000 (Figura 38).

FIGURA 38. Síndrome de la Muerte Súbita del Lactante (SMSL): número de fallecimientos en España



La disminución de la frecuencia del SMSL ha sido posible gracias a programas de prevención basados en estudios epidemiológicos que han permitido tener un mayor conocimiento acerca de este síndrome y circunstancias relacionados, como:

- Más frecuentemente por la noche (2/3 por la noche).
- Niños con antecedentes de infección respiratoria leve recidivante.
- Más frecuente en varones
- Más frecuente entre el primer y cuarto mes de vida.
- Más en los meses fríos de otoño e invierno, y cuando aumenta la polución ambiental.
- Más frecuente en fines de semana e interrelación significativa con compartir habitación con un adulto, haber ido los padres a una fiesta y ser hijo de madre soltera.

NIÑO CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA*

El cáncer infantil ha adquirido una gran importancia en el ámbito de la pediatría en los últimos años. Hasta no hace muchos años, el cáncer infantil era considerado una rareza por los médicos generales e incluso por los pediatras que ejercían su trabajo en Atención Primaria. En aquellos años, las enfermedades infecciosas, las gastroenteritis severas con deshidratación, la patología neonatal ocupaban las principales causas de mortalidad infantil y el interés de la pediatría se desvió hacia estos campos. Los avances sanitarios, sociales, económicos y culturales en los países desarrollados han determinado que la mortalidad por estas causas haya disminuido extraordinariamente y en cambio otras hayan adquirido una gran relevancia. Actualmente y a partir del primer año de vida, el cáncer es la segunda causa de muerte infantil, superada tan sólo por los accidentes (que engloba intoxicaciones accidentales, traumatismos, así como malos tratos y abusos infantiles).

La incidencia anual para todos los tumores malignos en niños menores de 15 años, es de 12,45 por cien mil niños. En España, la incidencia de tumores infantiles no es conocida absolutamente, aunque desde 1980 funciona un Registro Nacional de Tumores Infantiles que recoge más del 70% de los casos de los tumores infantiles que se originan en España. Esta muestra es lo suficientemente representativa y significativa para contribuir al desarrollo de la Oncología pediátrica en nuestro país.

La incidencia de los diferentes tipos de tumores, es similar en todos los países industrializados, siendo el orden de los mismos invariable de una clasificación a otra.

En niños y adultos, el cáncer afecta a un mayor número de niños que a niñas y esta proporción se mantiene de forma constante en todos los países de nuestro entorno. En nuestro país la proporción es de 1.35:1 a favor de los varones. La incidencia y las cifras de mortalidad en los cánceres infantiles varían extraordinariamente con la edad. La mayor parte de los tumores que afectan a los niños menores de 5 años tienen una natu-

* Luis Madero López.

raleza embrionaria, representan el 40% de los cánceres de los niños y a este grupo pertenecen la leucemia linfoblástica aguda, neuroblastoma, tumor de Wilms, retinoblastoma y carcinoma hepático. Se piensa que en este grupo de edad inferior a 5 años los factores prenatales deben jugar un factor importante en la frecuencia de su presentación.

Otro grupo de tumores como los linfomas, tumores óseos o tumores testiculares, tienen una incidencia superior en niños de más de 10 años, pensando que en este grupo, los factores postnatales entre los que se pueden incluir factores ambientales pueden ejercer una influencia notable.

En los últimos años hemos asistido a un espectacular avance en los resultados obtenidos en el tratamiento del cáncer infantil. En efecto, en pocas especialidades pediátricas la mejoría en los resultados terapéuticos durante las dos últimas décadas es comparable al obtenido en la Oncología Pediátrica.

Hasta hace treinta años la leucemia aguda era considerada una enfermedad inevitablemente fatal. Se podían conseguir remisiones temporales que luego no podían mantenerse. En la actualidad, la leucemia linfoblástica aguda, que es la variedad más frecuente de leucosis en la infancia, la supervivencia a largo plazo supera el 70 %, lo que implica que una mayoría de estos pacientes pueden curarse definitivamente.

En el tratamiento de los tumores sólidos se han obtenido progresos igualmente importantes. En las épocas en que la cirugía era el único procedimiento terapéutico disponible, la supervivencia a los dos años oscilaba entre el 0 y el 20% con una mortalidad perioperatoria alta. La radioterapia empezó a ser utilizada de forma sistemática en la patología infantil en la década de los 50 y los primeros resultados positivos se objetivaron en la enfermedad de Hodgkin y el tumor de Wilms.

La quimioterapia comenzó a utilizarse inicialmente en las recaídas como un último recurso. Se utilizó primero como monoterapia y luego como poliquimioterapia. Al comprobarse su utilidad es cuando se añadió como una tercera arma terapéutica que se administraba después de la cirugía y/o la radioterapia.

En la década de los 60 y en gran parte gracias a la experiencia acumulada en el tratamiento de las leucemias, comenzó a introducirse en los tumores sólidos el tratamiento sistemático con quimioterapia asociada a la cirugía y la radioterapia.

A lo largo de los últimos 20 años la utilización combinada en estos procedimientos terapéuticos en estudios coordinados y generalmente multicéntricos han incrementado significativamente la supervivencia a largo plazo de los tumores infantiles.

Un análisis de estos importantes progresos nos lleva a interesantes conclusiones. Estos se deben no solo ni principalmente a descubrimientos e innovaciones terapéuticas y diagnósticas, sino principalmente al diseño progresivo de nuevos protocolos clínicos controlados que han permitido ir resolviendo dilemas terapéuticos y seleccionando las pautas más adecuadas para cada neoplasia y dentro de cada una de ellas, para cada situación específica de cada paciente.

Otra conclusión es que, dada la complejidad de los actuales procedimientos terapéuticos, los pacientes infantiles con cáncer deben ser referidos para su tratamiento a Centros que dispongan de los medios humanos y materiales debidamente especializados.

Se ha podido demostrar estadísticamente la superioridad de los resultados obtenidos en unidades especializadas en Oncología pediátrica respecto a los que se consiguen en servicios pediátricos generales.

Cuantitativamente la proporción de cánceres que aparecen en la edad considerada pediátrica (0-15 años) es muy pequeña en relación a la incidencia global de cáncer en humanos, alrededor de un 2%. Debemos recordar las sustanciales diferencias entre las neoplasias infantiles y las del adulto. Los tipos histológicos predominantes en la infancia son los tumores embrionarios y los sarcomas, frente a los carcinomas en el adulto. Las leucemias representan más de la tercera parte de las neoplasias en el niño y menos de un 5% en la edad adulta. Los cánceres infantiles tienen generalmente localizaciones anatómicas profundas, no afectan a los epitelios y no suelen provocar hemorragias superficiales ni exfoliación de células tumorales. Todo ello hace en la práctica muy difíciles las técnicas de detección precoz, tan útiles en algunos tipos de cánceres del adulto. Las técnicas de "screening" del neuroblastoma en el recién nacido son una excepción. En la mayoría de los casos el diagnóstico de cáncer infantil se hace de forma accidental y con frecuencia en fases avanzadas e incluso metastásicas de la enfermedad.

Alrededor del 70% de los niños afectos de una enfermedad neoplásica alcanzan la curación. El oncólogo peditra que hace menos de 20 años se enfrentaba a diario con el fracaso de los esfuerzos en la curación de sus pacientes, se encuentra ahora ante la necesidad de adecuar las eficaces terapias disponibles no solo a la curación de los enfermos, sino a que ésta se obtenga con los menores efectos secundarios físicos y psíquicos posibles.

Paralelamente estos niños y adolescentes que han superado con éxito su enfermedad, deben afrontar un porvenir en el que impacto de su proceso va a seguir afectando a su vida familiar, escolar y social y más adelante su vida social y laboral. Se ha estimado que en el año 2.000 uno de cada 1.000 adultos entre los 20 y 29 años de edad será superviviente de un cáncer pediátrico. No es suficiente para un niño curado de un tumor maligno superar físicamente su enfermedad. Debe conseguir ser un miembro plenamente activo e integrado en la sociedad.

Las posibles dificultades de los niños supervivientes al cáncer para poder desarrollar una vida laboral normal, suscribir pólizas de seguro, etc. están surgiendo y surgirán con más fuerza en el futuro. Los estudios existentes sobre integración social, laboral y sexual demuestran que la mayoría de los pacientes supervivientes a un cáncer infantil se integran adecuadamente.

Por desgracia, todavía alrededor de un 30% de los niños con cáncer fallecen como consecuencia de la enfermedad. Ante esa terrible situación, el médico debe transmitir a la familia serenidad y consuelo, tratando de eliminar los sentimientos de culpabilidad entre los padres y hermanos. Es bueno recordar a los familiares su buena conducta previa,

destacando que el ser humano no tiene respuesta para todo cuanto le ocurre. Cuando la muerte llega, siempre se produce un *shock* emocional en la familia. La actitud del médico debe ser cuidadosa y sensible, respetando el dolor y tratando de procurarles calma y consuelo.

En estos últimos años se han comenzado a desarrollar Unidades de Cuidados Paliativos para garantizar que la fase terminal de la enfermedad, transcurra con las medidas de apoyo médico y emocional oportunas, para que el fallecimiento se produzca con el mayor confort posible.

EL NIÑO CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

La salud mental se define como el estado de equilibrio psicológico y social del niño que incluye el bienestar personal y una adaptación y comunicación rica y eficaz con el entorno que debe permitir un desarrollo óptimo de aspectos cognitivos, sociales y corporales en un proceso de continua adaptación al medio.

La preocupación acerca de la salud mental infantil cada vez es mayor desde un concepto de atención a la infancia según sus necesidades y de prevención de problemas, así como por la mayor presentación de niños con problemas emocionales y psicológicos y patología psiquiátrica, en ocasiones, de gran importancia.

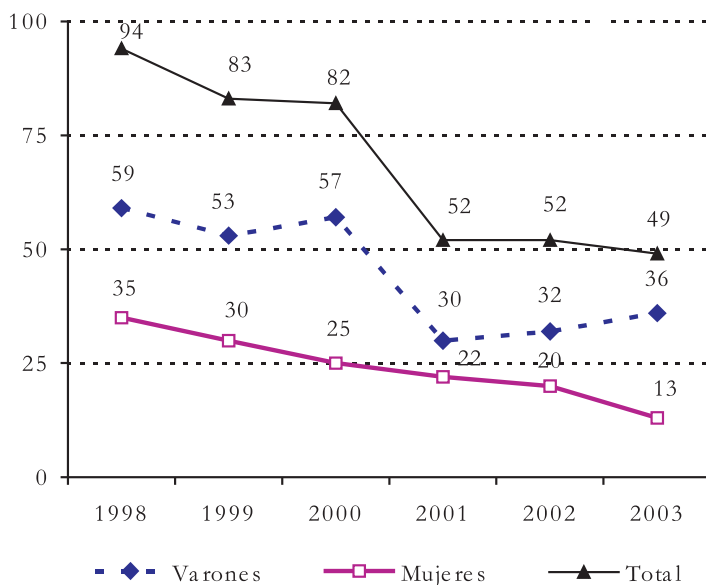
- **Suicidio**

El suicidio infantil en España casi no afecta a los menores de doce años y sí es perceptible a partir de dicha edad. Desde el año 1980 en que se registraron 6 casos de suicidios de niños menores de doce años, la cifra se ha reducido hasta casi extinguirse el suicidio en dicha etapa de la vida. En el año 1999, de los 2.456 casos de suicidio contabilizados en nuestro país, sólo uno se correspondía a un menor de doce años, un niño madrileño en estado psicopático que se precipitó desde la altura.

La incidencia del suicidio en España de menores de 18 años esta disminuyendo en los últimos años siendo mas frecuente entre los varones que entre las mujeres (Figura 40).

Entre las razones que se encuentran con mayor frecuencia para explicar el suicidio entre los niños españoles están los disgustos dramáticos y las psicopatías.y los medios empleados son fundamentalmente la asfixia (ahorcamiento) y precipitándose desde alturas y en menor frecuencia por envenenamiento, arma de fuego o arrojándose al paso de un vehículo.

FIGURA 40. Defunciones por suicidio en menores de 19 años por año y sexo



Fuente: Instituto Nacional de Estadística

• Trastornos del comportamiento alimentario

Los Trastornos del comportamiento alimentario (TCA) son enfermedades psicosociales graves de etiología multifactorial que sólo puede entenderse por la interacción de muy diversos factores psicológicos y fisiológicos que se suscitan, potencian y modifican mutuamente, dando lugar a su notable complejidad funcional y estructural.

La anorexia nerviosa y bulimia nerviosa están adquiriendo una gran importancia en los últimos años teniendo una gran repercusión tanto a nivel de problema de salud pública como generando una gran preocupación social sobre este problema, que en ocasiones tiene consecuencias fatales.

Un estudio realizado en la población escolarizada de la Comunidad de Madrid en 1998 estimaba que en la población adolescente alrededor de un 15.3% de las mujeres y un 2.2% de los varones serían tributarios de estudio para cribar un posible TCA, caracterizándose la población de riesgo por presentar síntomas comunes a otros trastornos mentales, mayor consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, y clara conflictividad familiar⁸⁴.

El grado de cobertura discurre paralelo al de las prestaciones de salud mental, existiendo una oferta universal, a través del dispositivo de cobertura pública de salud mental en todas las Comunidades Autónomas.

El INSALUD ha generalizado la oferta de unidades de Trastornos de la Alimentación y ha contribuido a la homogeneidad de la oferta especializada.

El tipo de asistencia desde salud mental infanto-juvenil en general y para los Trastornos de la Alimentación comprende fundamentalmente el tratamiento ambulatorio desde los centros de salud mental infanto-juvenil o de adultos, las intervenciones psicoterapéuticas en unidades de Hospital de Día o de Hospitalización Parcial y la hospitalización en unidades de corta estancia. Por ultimo incluye el mantenimiento y refuerzo de las conductas saludables a través de los grupos de autoayuda.

No obstante, se considera que las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil están muy limitadas de recursos.

Los niños y adolescentes tienen derecho a Hospitales de Día con horarios que faciliten la incorporación completa a la familia y al colegio, sin rupturas totales.

Los niños y adolescentes tienen derecho a servirse de un espacio hospitalario apropiado cuando sea absolutamente necesario y no en "*camas funcionales*" en pediatría. Este lugar puede ser en el servicio de pediatría, pero con espacio suficiente y apropiado así como recursos humanos adecuados a las necesidades de estos niños.

En la practica se detecta una falta unidades de hospitalización de adolescentes.

SEXUALIDAD Y RIESGOS DE LAS ACTIVIDADES SEXUALES

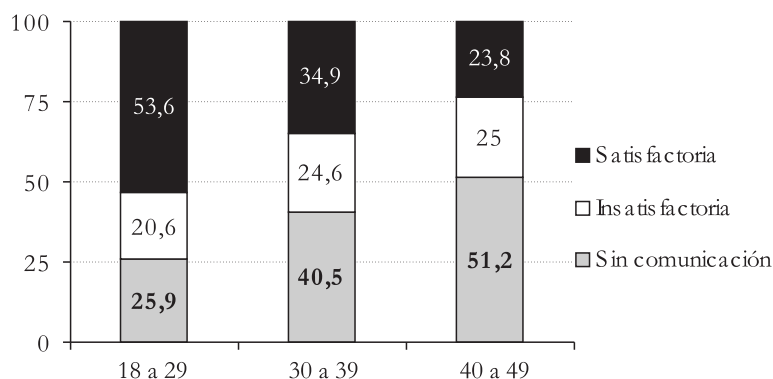
Frecuentemente la sexualidad del adolescente solo se plantea desde el punto de vista de las posibles consecuencias del acto sexual en sí, como son el embarazo y la enfermedades de transmisión sexual, ignorándose la realidad de que todos los adolescentes son seres humanos con sexo, independientemente de que sean sexualmente activos o no⁸⁵.

El Instituto Nacional de Estadística y la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA del Ministerio de Sanidad y Consumo realizaron en 2003 la Encuesta de Salud y hábitos sexuales en la que participaron 10.838 personas de 18 a 49 años que fueron encuestadas.

El papel de la madres y los padres esta aumentando. Entre los más jóvenes son ya la segunda fuente de información en el 19,5% de las mujeres y en el 14,5% de los hombres.

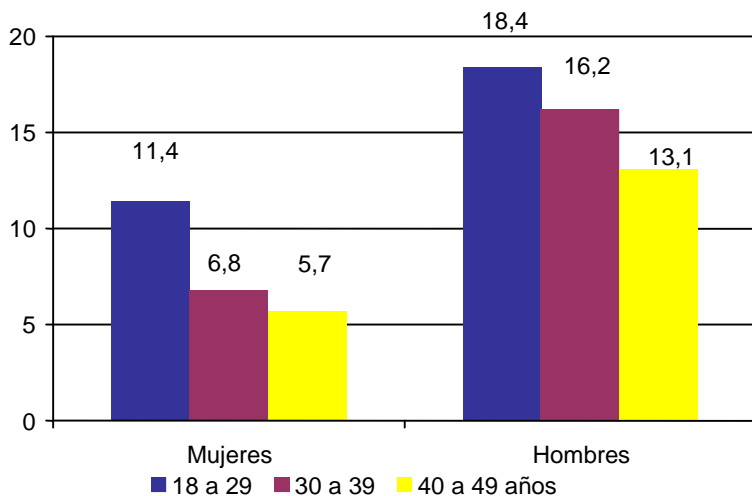
La comunicación con los padres sobre temas sexuales ha experimentado un incremento muy significativo. Frente al 23,8% en el grupo de edad de 40 a 49 años, en el grupo de 18 a 29 existe una comunicación satisfactoria sobre temas sexuales en el 53,6% de los casos (Figura 41).

FIGURA 41. Grado de satisfacción en la comunicación con los padres sobre temas sexuales



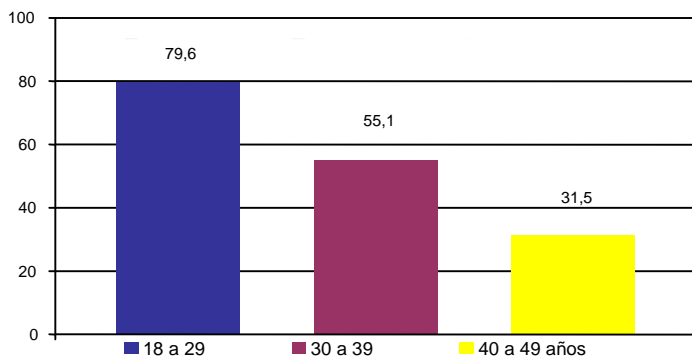
Los hombres inician sus relaciones sexuales antes que las mujeres (18,1 y 19,1 años respectivamente). La frecuencia de los que tienen su primera relación sexual antes de los 16 años parece estar aumentando ligeramente en ambos sexos (Figura 42).

FIGURA 42. Porcentaje de personas que tuvieron su primera experiencia sexual antes de los 16 años



El uso del preservativo en esta primera relación es cada vez más frecuente, existiendo una progresiva aceptación del preservativo entre los jóvenes que ya lo usan en su gran mayoría desde la primera vez (Figura 43).

FIGURA 43. Porcentaje que utilizaron preservativo en su primera relación sexual



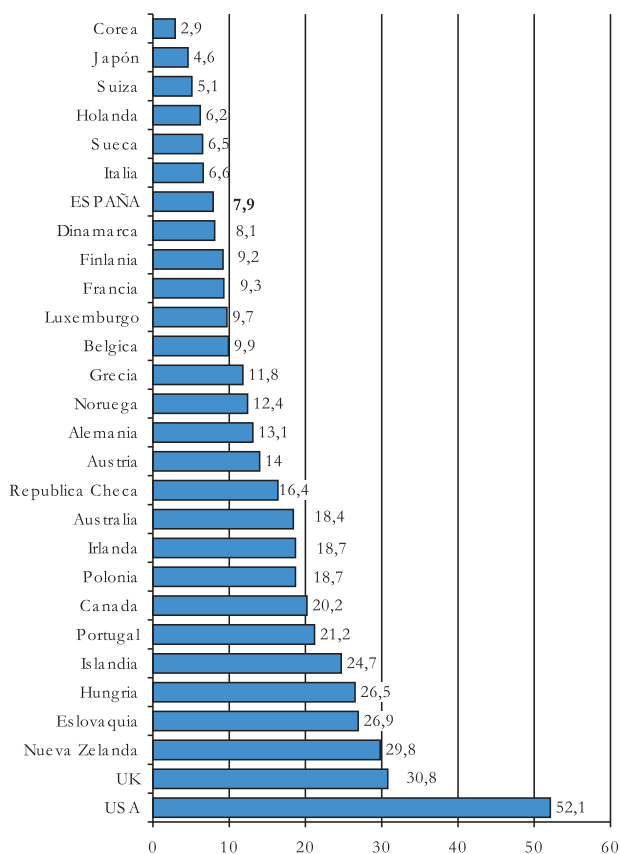
- Embarazos en adolescentes

Los embarazos no deseados ocupan un lugar de importancia creciente entre los problemas ligados a aspectos relacionados con la reproducción y la sexualidad en la adolescencia.

Los adolescentes son fértiles cada vez a edades más tempranas, la actitud hacia la sexualidad es más relajada, el uso del preservativo, el aumento de la actividad sexual, la falta de formación / información sobre temas sexuales, etc., condicionan los embarazos no deseados que se producen en la adolescencia.

No obstante, España se encuentra entre los países con menores índices de nacimientos de madres adolescentes según los datos del número de nacimientos de madres menores de 20 años por 1000 mujeres entre los 15 y los 19 años (ambos comprendidos) en los países de la OCDE en 1998⁸⁶ (Figura 44).

FIGURA 44. Número de nacimientos de madres menores de 20 años por 1000 mujeres entre los 15 y los 19 años en los países de la OCDE en 1998



En los últimos años se ha producido una disminución progresiva del número de nacimientos de madres menores de 18 años en nuestro país que en 1998 fueron 8.705 y 6.746 en 2001 (Figura 45; Tabla 33).

FIGURA 42. Nacimientos de madre menor de 19 años

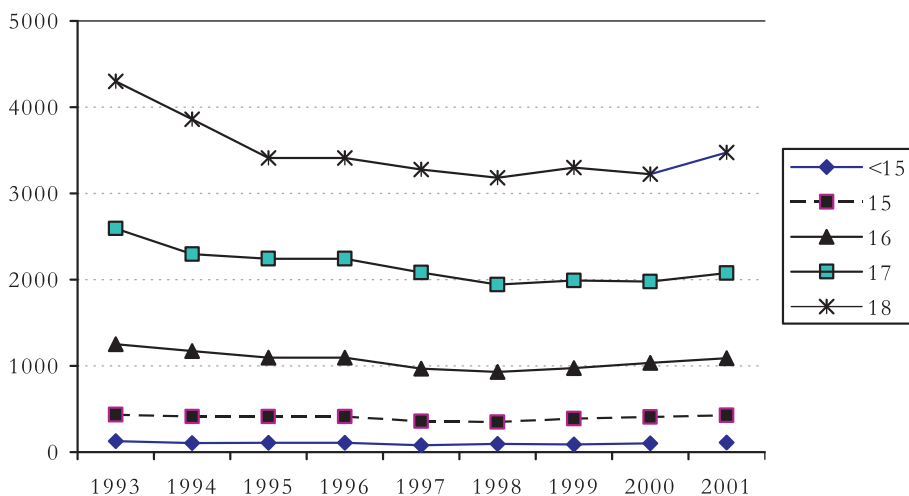


TABLA 33. Nacimientos según edad de la madre y años

	1993	1994	1995	1997	1999	2000	2001
Total > 18 años	8.705	7.847	7.272	6.766	6.503	6.740	6.746
Todas las madres	385.786	370.148	363.469	369.035	365.193	380.130	397.532
% > 18 / total	2,26	2,12	2,0	1,83	1,78	1,77	1,96

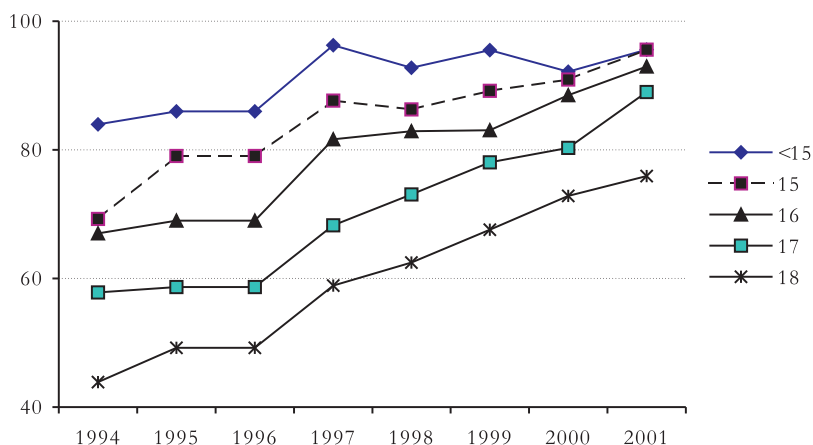
La disminución de estos nacimientos esta en gran medida relacionada con las I.V.E. siendo la evolución de las tasas por 1.000 mujeres del grupo de edad 19 años y menos de 5.10 en 1992 a 7.66 en 2001.

El embarazo en adolescente como motivo de matrimonio esta disminuyendo en los últimos años y aumentado el porcentaje de madres no casadas (Figura 46).

- **Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en adolescentes⁸⁷**

La magnitud de la población expuesta a embarazos no deseados y la posibilidad de prevención, a través de la contracepción y de la educación sexual, hacen de estos embar-

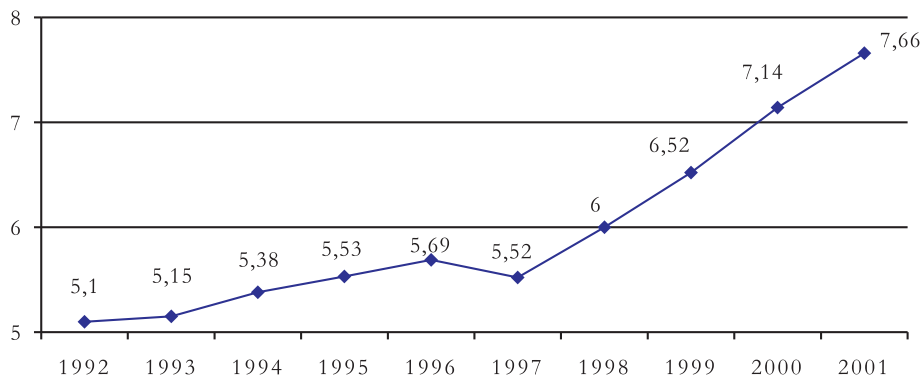
FIGURA 46. Porcentaje de madres no casadas menores de 19 años



zos y de una de sus consecuencias menos deseables, la interrupción voluntaria de la gestación, un claro problema de salud pública de alcance mundial.

Las interrupciones voluntarias del embarazo en adolescentes cobran particular importancia. Aunque las adolescentes españolas han venido reduciendo su fecundidad a partir de los años ochenta, como consecuencia de un mejor control del riesgo de la concepción, el número de embarazos no se ha visto disminuido en la proporción que cabría esperar, siendo al mismo tiempo creciente el número de abortos voluntarios que se realizan en este colectivo, lo que pone de manifiesto la utilización del aborto como recurso a un embarazo no deseado (Figura 47).

FIGURA 47. I.V.E. Tasas por 1.000 mujeres del grupo de edad 19 años y menos

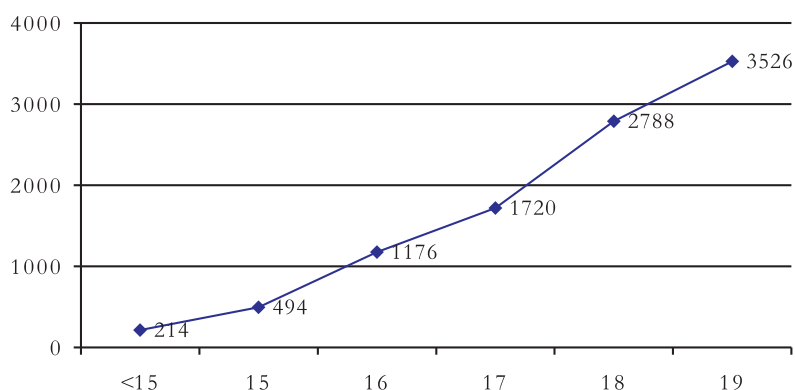


Los embarazos no deseados y la interrupción de los mismos tienen repercusiones negativas en cualquier grupo de edad, pero de manera especialmente grave para las adoles-

centes, entre quienes la fecundidad supone un riesgo añadido, destacando de entre todas las posibles consecuencias: los *riesgos para la salud de la embarazada*, como consecuencia de la falta de madurez fisiológica; la *deserción y el fracaso escolar*, ante las nuevas responsabilidades y frustraciones, y, en consecuencia, un *futuro en condiciones más desfavorables*.

El número de IVEs presenta una progresión geométrica respecto a la edad de la mujer, presentado un caso en una niña de 11 años, 5 casos con 12, 35 con 13 y 173 con 14 años (Figura 48).

FIGURA 48. I.V.E. en mujeres del Grupo de edad 19 años y menos en el año 2001



El motivo fundamental de la IVEs en la adolescentes es por problemas de la salud de la madre (Tabla 34)

TABLA 34. Motivo de la interrupción año 2001

Edad	Salud materna	Riesgo fetal	Violación	Varios	Total
< 15 años	214	--	--	--	214
15 –19 años	9.647	45	7	5	9.704

El perfil de las mujeres menores de 19 años que realizaron una I.V.E. en el año 2001 según estado civil, tamaño de la población de residencia, nivel de instrucción, número de hijos vivos nacidos anteriormente y número de abortos voluntarios anteriores se presenta en la Tabla 35.

TABLA 35. Características de las mujeres menores de 19 años e I.V.E. en el año 2001

	< 15 años	15-19 años		< 15 años	15-19 años
Total I.V.E.	214	9.704	- Nivel de instrucción		
			Analfabeta	--	15
- Estado civil			Sin estudios	4	253
Soltera	211	9.329	1° grado	68	1.843
Casada	1	284	2° grado, 1° ciclo	104	4.044
Viuda	--	3	2° grado, 2° ciclo	36	3.020
Divorciada	1	11	3° grado (Escuela)	--	324
Separada	--	32	3° grado (Facultad)	--	133
No consta	1	45	No clasificables /consta	2	72
- Tipo de hábitat			- Utilización Centro de Planificación Familiar		
10.000 y menos	30	1.232	Sistema Público	22	1.653
10.001- 50.000	69	2.212	Sistema Privado	7	575
50.001-500.000	70	3.724	Otros sistemas	11	571
500.001 y más	28	2.175	No	171	6.864
No consta	17	360	No consta	3	41
- Nª Hijos vivos actualmente			- N° de abortos voluntarios anteriores		
Ninguno	211	8.777	Ninguno	208	8.782
Únos	1	809	Uno	5	834
Dos	1	102	Dos	--	60
Tres	--	11	Tres	--	18
Cuatro	--	--	Cuatro	--	4
Cinco o más	--	2	Cinco o más	--	--
No consta	1	3	No consta	1	6

VACUNACIÓN

La prevención de las enfermedades infecciosas más comunes en la infancia mediante la vacunación constituye uno de los adelantos médicos más trascendentales de los últimos 50 años.

La vacunación infantil ha sido considerada con una estrategia prioritaria, tanto a nivel nacional como mundial, en la atención a la infancia que ha conducido a considerar erradicadas algunas enfermedades a nivel mundial como ha sido el caso de la viruela.

En 1964 el Ministerio de Sanidad propuso a nivel nacional el *primer calendario oficial de vacunación*, siendo la última modificación a este nivel en 1981 ya que a partir de ese momento son las Comunidades Autónomas las que establecen los correspondientes calendarios vacunales en sus territorios. En los últimos años se está produciendo un esfuerzo de convergencia en sus diferentes esquemas y a una actualización de las pautas vacunales.

Los datos de la cobertura vacunal en España revelan que la vacunación está conduciendo a la prevención de forma eficaz de los problemas de las enfermedades exantemáticas típicas de la infancia y otras como la polio, etc., según el calendario vacunal vigente (Tabla 36).

TABLA 36. Porcentaje de coberturas de vacunación en niños de 0 a 1 año.
Total Nacional, 1992-2002

VACUNAS	Años										
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Poliomielitis	84,8	87,9	88,1	90,7	91,0	94,0	95,0	95,2	95,0	96,2	98,23
DTP	83,8	87,4	87,6	90,2	90,0	94,0	94,6	95,1	95,0	96,3	98,02
Hib	--	--	--	--	--	--	81,6	92,1	92,0	96,0	97,91
Meningococo C	--	--	--	--	--	--	--	--	--	86,7	97,78

TABLA 37. Número de vacunados y porcentaje de coberturas de vacunación en niños de 0 a 1 año vacunados según Comunidad Autónoma. 2002

CC. AA.	Población Objeto	Poliomielitis		Dtp		Hib		Meningitis	
		Vacunados	%	Vacunados	%	Vacunados	%	Vacunados	%
Andalucía	80.086	75.307	94	75.307	94	75.307	94	75.307	94
Aragón	10.343	10.172	98	10.176	98	10.150	98	10.241	99
Asturias	6.934	6.671	96	6.668	96	6.668	96	6.665	96
Baleares	9.788	8.606	88	8.563	87	8.561	87	8.438	86
Canarias	18.790	17.980	96	17.672	94	17.672	94	17.809	95
Cantabria	4.533	4.362	96	4.324	95	4.324	95	4.345	96
Castilla-León	17.514	17.143	98	17.143	98	17.143	98	17.095	98
Castilla-La Mancha	17.626	16.928	96	16.928	96	16.928	96	16.928	96
Cataluña	71.945	71.010	97	70.794	98	70.578	98	71.441	99
Valenciana	42.300	40.333	95	40.341	95	40.333	95	40.328	95
Extremadura	9.830	9.619	98	9.619	98	9.619	98	9.619	98
Galicia	19.251	18.902	98	18.871	98	18.677	97	18.321	95
Madrid	59.492	58.471	98	58.270	98	58.270	98	57.626	97
Murcia	14.875	14.519	98	14.519	98	14.519	98	14.519	98
Navarra	5.722	5.503	96	5.503	96	5.503	96	5.503	96
País Vasco	17.871	16.723	94	16.723	94	16.723	94	16.282	94
Rioja	2.660	2.550	96	2.550	96	2.550	96	2.550	96
Ceuta	813	965	119	951	117	951	117	907	112
Melilla	1.026	980	95	980	95	980	95	999	97

TABLA 38. Porcentaje de coberturas de vacunación en niños mayores de un año y menores de 2 con una dosis de vacuna de Triple Vírica y refuerzo DTP y Polio. Total Nacional, 1992-2002

Vacunas	Años										
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Triple Vírica	83,0	90,0	90,0	90,0	90,0	93,0	93,0	95,0	95,0	96,0	97,15
DTP	--	--	--	--	--	--	89,5	91,4	93,0	94,6	95,23
Poliomielitis	--	--	--	--	--	--	91,2	91,4	94,0	94,6	95,28

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, órgano de expresión y consenso de las Comunidades Autónomas en materia de sanidad, aprobó en noviembre de 2003 el último calendario recomendado para su aplicación en el 2004, que incluye la vacunación frente a:

- Poliomieltitis.
- Difteria, tétanos y tos ferina.
- Hemophilus Influenza b.
- Sarampión, rubéola y parotiditis.
- Hepatitis B.
- Meningitis Meningocócica C.

TABLA 39. Número de niños de 1 a 2 años vacunados y porcentaje de cobertura de vacunación con una dosis de TV, refuerzo polio, DTP e Hib, según Comunidad Autónoma. 2002

Comunidades Autónomas	Población Objeto	Triple Vírica		Dtp (Refuerzo)		Poliomielitis (Refuerzo)		Hib (Refuerzo)	
		Vacunados	%	Vacunados	%	Vacunados	%	Vacunados	%
Andalucía	78.332	75.778	97	75.563	96	75.563	96	75.563	96
Aragón	10.343	9.991	97	9.739	94	9.812	95	9.730	94
Asturias	6.731	6.461	96	6.437	96	6.435	96	-----	-----
Baleares	9.300	8.131	87	7.204	77	7.204	77	7.204	77
Canarias	18.981	17.037	90	16.054	85	15.539	82	15.539	82
Cantabria	4.157	4.252	102	4.151	99	4.151	99	4.157	100
Castilla–León	17.874	17.177	96	17.184	96	17.184	96	17.184	96
Castilla–La Mancha	16.878	16.071	95	16.051	95	16.051	95	16.051	95
Cataluña	68.552	68.278	99	67.112	98	67.318	98	-----	-----
C. Valenciana	40.890	38.771	100	38.628	94	38.620	94	----	---
Extremadura	10.133	9.872	97	9.873	97	9.873	97	9.873	97
Galicia	19.295	18.912	98	18.762	97	18.793	97	----	-----
Madrid	56.647	55.145	97	53.638	95	53.988	95	53.638	95
Murcia	14.191	13.681	96	13.157	93	13.157	93	13.157	93
Navarra	5.360	5.418	98	4.870	91	4.870	91	-----	-----
País Vasco	17.669	17.041	96	16.248	94	16.248	94	16.452	95
La Rioja	2.484	2.306	93	2.258	92	2.258	92	2.258	92
Ceuta	1.569	976	62	807	55	865	55	-----	-----
Melilla	1.033	1.011	98	968	94	969	94	968	94
TOTAL	400.419	386.309	96	378.704	95	378.898	95	241.774	94

DÉFICIT DE YODO

El déficit de yodo en la población española constituye un problema de salud^{88,89} que tiene consecuencias para el desarrollo neurológico de los recién nacidos y para la adaptación escolar por ser causa de retrasos mentales, escolares y de hipoacusias.

El yodo es un elemento necesario para el normal crecimiento y desarrollo del hombre y los animales por ser un elemento esencial en la síntesis de las hormonas tiroideas, las cuales juegan un papel fundamental en el metabolismo de la mayor parte de las células y en el proceso de crecimiento de todos los órganos especialmente del cerebro.

Existe una tendencia entre los profesionales de la medicina y las autoridades sanitarias a pensar que éste no es un problema de los países desarrollados.

Las necesidades mínimas de yodo varían a lo largo de la vida y proporcionalmente son mayores en edad infantil. La dosis recomendada de yodo es de tan solo 50 µg/día desde el nacimiento hasta los 12 meses, 90 µg/día de 1 a 6 años, 120-150 µg/día durante la adolescencia y edad adulta y 250-300 µg/día en el embarazo y la lactancia.

El yodo ingerido no se acumula en el organismo y la cantidad necesaria hay que ingerirla todos los días, la que no se utiliza se excreta diariamente en la orina.

El acceso natural al yodo por razones geológicas, consecuencia de las glaciaciones, las deforestaciones sucesivas, los cultivos durante siglos, etc, la superficie de la tierra, en España es pobre en Yodo, especialmente en zonas montañosas y alejadas del mar, en las que el intercambio de alimentos con otras zonas es, en ocasiones difícil.

La *ingesta insuficiente de yodo* afecta a la función tiroidea y se produce una hipotiroxinemia responsable de los llamados *Trastornos causados por Déficit de Yodo (TDY)*, cuya gravedad dependerá fundamentalmente de la intensidad del déficit y del momento de la vida en que se sufra (Tabla 41).

El agua y los alimentos naturales, salvo el pescado de mar y otros productos marinos (que no suele gustarles a los niños), son pobres en yodo.

El Real Decreto 1424/1983 de 27 de abril que aprueba la Reglamentación Técnico Sanitaria para la elaboración y circulación y comercio de la sal y salmueras comestibles.

TABLA 41. Consecuencias de los TDY en función de la edad de quien los padece.

Etapa de la vida	Consecuencias
Feto	Aumento del número de abortos y malformaciones congénitas Aumento de la mortalidad perinatal Cretinismo neurológico Deficiencia mental Sordomudez
Recién nacidos	Cretinismo mixedematoso Enanismo Retraso mental Estrabismo Diplegia y T. Espástica Bocio neonatal Hipotiroidismo
Niños y adolescentes	Bocio Hipotiroidismo juvenil Retraso del crecimiento Deterioro intelectual
Adultos	Bocio y sus complicaciones Hipotiroidismo Neoplasias tiroideas Hipertiroidismo tras yodoprofilaxis

En la Tabla 42 podemos ver resumidos los datos más relevantes de trabajos realizados en nuestro país (1987 y 1993). La mayoría de estos estudios detectaban endemias grado I o II de gravedad, a excepción de los datos iniciales de Galicia y determinadas zonas de la provincia de León, que presentaban grado III de severidad (aunque en León no se disponía de yodurías).

En 1993, España presentaba una epidemia de bocio grado I-II con una escasa nutrición de yodo (Inferior a 100 µg/l). Hay que señalar que desde entonces y al seguir sin obtener el apoyo de las autoridades sanitarias para la yodación universal de la sal, las acciones para impulsar el consumo de yodo y erradicar los TDY continúan siendo iniciativa muchas veces con carácter personal, de los profesionales sanitarios sensibilizados con el tema, quienes han realizado nuevos estudios y programas de sensibilización de la población (Tabla 42).

TABLA 42. Estudios de nutrición de yodo en España hasta 1993

	Año	Muestra	Edad (años)	% de bocio	Yoduria (µg/l)
Cataluña	1981	2883	> 6	21	88 ± 47
Cerdeña	1983	1842	> 6	35	78 ± 46
	1990	492	> 6	28	175 ± 77
Galicia	1981-1983	3872	4 -18	79	---
Sevilla	1981	591	Escolares	43	85 ± 4
Cádiz presierra	1981	348	Escolares	32	50 ± 2
Cádiz sierra	1981	521	Escolares	44	41 ± 2
Huelva presierra	181	218	Escolares	14	51 ± 1
Huelva sierra	1981	805	Escolares	22	51
Córdoba (norte)	1981	249	Escolares	14	66 ± 2
Córdoba (sur)	1981	249	Escolares	14	66 ± 2
Almería	1981	522	6 - 15	21	59 ± 52
Granada	1981	511	6 - 15	38	35 ± 24
Jaén	1981	500	6 - 15	21	62 ± 32
Málaga	1981	437	6 - 15	14	67 ± 65
Asturias	1982-1983	6876	6 - 15	21	63
	1992-1993	1873	6 - 15	19	140 ± 98
Navarra	1985-1986	7934	6 - 16	13	89 ± 45
León	1988	6291	Escolares	34	---
País Vasco	1988-1992	4336	6 - 14	21	73 ± 42
Murcia	1088-89	1956	4 - 17	29	93 ± 56
Cuenca	1987-1988	641	5 - 17	24	60 ± 25
Guadalajara	1990-1991	327	6-14	18	111 ± 56
Toledo	1987-1988	723	5-15	18	109 ± 52
Teruel	1987-1988	622	13	30	81
Huesca	1990	1105	13	30	93 ± 55
Zaragoza	1991-1992	1398	13	25	97 ± 57

Desde 1995, la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN) viene realizando una importante labor de indagación e informativa a través del Grupo de Trabajo de los TDY.

Teniendo en cuenta las consideraciones de la OMS, los datos disponibles en la actualidad sobre los TDY y la nutrición por Yodo en España, permiten extraer las siguientes conclusiones:

1. En el año 2003, continúa sin existir en España un Plan Nacional para la erradicación de los Trastornos por Deficiencia de Yodo.
2. España continúa siendo uno de los países Europeos que carecen de una legislación para regular la yodación universal de la sal.
3. Hay numerosas zonas de España en las que se ignora el estado de nutrición de yodo de la población.
4. La áreas geográficas en las que se ha estudiado el tema se objetiva una franca mejoría de la yoduria, con una media alrededor de 140 g/l, pero persiste una prevalencia de bocio superior al 5%. Ello indica, probablemente, que la aceptable nutrición de yodo es un hecho reciente consecuencia de campañas de salud pública que se han realizado.
5. El grupo de las gestantes presenta una nutrición de yodo muy escasa, lo que se ha comprobado que repercute de forma muy importante en el desarrollo del sistema nervioso del feto.

En el 45º Congreso de la SEEN, celebrado en Cáceres en mayo de 2003, se celebró una reunión entre expertos españoles y un grupo de trabajo de la UNICEF para analizar la situación en España de este problema y realizó las siguientes recomendaciones:

- Promulgación de una Ley de Yodación Universal de la Sal, que garantice que toda la sal fabricada en España sea yodada atendiendo a las recomendaciones de la OMS.
- Establecimiento de una normativa que obligue a la totalidad de los centros escolares del Estado a utilizar sal yodada en los comedores.
- Favorecer la aprobación y comercialización de suplementos nutricionales de yodo para el uso de las mujeres en edad fértil (por recomendación de los ginecólogos en las consultas preconcepcionales) y gestantes (para su uso suplementario durante el embarazo sin tener que recurrir a complejos vitamínicos).
- Impulsar la realización de estudios epidemiológicos y de seguimiento en aquellas áreas de la geografía española en las que en la actualidad no existen datos de referencia sobre la prevalencia de TDY e hipoyoduría.
- Desarrollo de campañas de educación sanitaria y salud pública que potencien y favorezcan el consumo de sal yodada en los hogares. La eficacia de estas campañas debe ser continuamente evaluada con el fin de reforzarlas en años sucesivos hasta conseguir el consumo generalizado (sería deseable alcanzar un 95%) entre la población española.

ACCIDENTES INFANTILES

En 1981 la Unión Europea diseñó y puso en marcha el Programa conocido como Sistema Comunitario de Información de Accidentes Domésticos y de Tiempo Libre (EHLASS) que en 1999 se integro en un nuevo Programa por Decisión n° 372/1999/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 8 de febrero de 1999 por la que se aprueba un programa de acción comunitaria relativo a la prevención de lesiones en el marco de la acción en el ámbito de la salud pública (1999-2003) bajo el titulo de Red de Accidentes Domésticos y de Ocio, que en España se conoce con el acrónimo D.A.D.O. (Detección de Accidentes de Domésticos y de Ocio).

Según los datos del último estudio publicado por Instituto Nacional de Consumo sobre los accidentes domésticos y de ocio correspondientes al año 2002 el 16,4% del total de los accidentes se producen antes de los 15 años y el 36,5% antes de los 25 (Tabla 43)⁹⁰.

TABLA 43. Distribución de accidentes HLA por edad según distribución de la población

Edad	% accidentes	Estimación individuos accidentados	Población por intervalos	% población	% incidente sobre la población
Menos de 1 año	0,18	2.349	409.857	1,0	0,01
De 1 a 4 años	4,21	55.583	1.512.385	3,7	0,14
De 5 a 14 años	12,01	158.725	4.010.228	9,82	0,39
De 15 a 24 años	20,25	267.542	5.649.517	13,83	0,65
De 25 a 44 años	32,87	434.291	13.195.041	32,3	1,06
De 46 a 64 años	17,64	233.096	9.532.375	23,34	0,57
65 y más años	12,83	169.489	6.537.968	16,01	0,41
Total	100,00	1.321.075	40.847.371	100,0	3,23

La evolución de los accidentes en los últimos años muestra una tendencia a su disminución en todos los grupos de edad y se mantiene la tendencia al aumento de la frecuencia de accidentes con la edad de los niños (Tabla 44).

TABLA 44. Evolución de los accidentes según edad de 1997 a 2002

Años	Edad			
	- de 1	1 a 4	5 a 14	15 a 24
1997	0,3	6,4	18,6	22,3
1998	1,7	4,6	18,0	22,1
1999	0,2	5,9	16,6	23,4
2000	0,4	4,5	13,6	22,6
2001	0,2	4,4	12,2	21,1
2002	0,2	4,2	12,0	20,3

El juego y el tiempo libre es la actividad en el momento del accidente que presenta una mayor frecuencia en todos los accidentes infantiles (Tabla 45).

TABLA 45. Actividad realizada en el momento del accidente según edad

Actividad	Edad (años)			
	< 1 año	1 a 4	5 a 14	15 a 24
Domestica	16,3	3,3	4,7	23,0
Bricolage	--	--	0,1	1,8
Actividad educativa	--	1,7	2,30	1,2
Juego y tiempo libre	52,7	71,4	56,3	20,2
Actividades deportivas	--	--	22,1	27,4
Actividad vital	23,9	9,8	4,5	7,2
Otra actividad / NC	7,1	13,8	10,0	19,2

El lugar donde se produjo el accidente infantil con mayor frecuencia en todas las edades es el interior del hogar (Tabla 46).

TABLA 46. Lugar en que se produjo el accidente

Lugar donde se produjo el accidente	Edad (años)			
	< 1 año	1 a 4	5 a 14	15 a 24
Área de transporte	6,7	6,4	12,6	13,2
Interior hogar	81,3	52,4	22,4	38,5
Área de producción y taller	--	0,7	0,3	1,1
Área comercial y de servicio	--	0,5	0,6	0,4
Colegio / Área institución	--	11,2	20,6	4,6
Área deportiva	--	--	22,1	27,4
Área recreativa / diversión	--	15,3	13,5	7,2
Área al aire libre	12,0	3,3	7,5	5,8
Mar / lago / río	--	0,2	0,2	0,9
Otro lugar / No especificado	--	--	0,3	0,8

El mecanismo por el que se produjo la lesión en los accidentes infantiles fundamentalmente es la caída en todas las edades (Tabla 47).

TABLA 47. Mecanismo del accidente según edad

Mecanismo de la lesión	Edad			
	- de 1	1 a 4	5 a 14	15 a 24
Caída	58,9	50,2	45,2	35,0
Golpe / choque	0,9	15,9	29,0	23,8
Aplastamiento / corte / perforación	7,6	13,9	11,2	17,0
Cuerpo extraño	11,4	7,0	1,4	1,5
Asfixia	12,6	--	0,5	0,4
Efecto productos tóxicos	--	5,1	1,0	1,1
Efectos térmicos	--	6,3	3,0	7,8
Efectos electricidad / radiación	--	1,0	--	0,5
Agotamiento cuerpo	--	0,1	1,2	4,3
Otra mecánica	8,6	0,5	7,5	8,0

La cabeza es la parte del cuerpo más afectada por la lesión más grave en niños hasta los 5 años de edad a partir de la cual son las lesiones en extremidades superiores e inferiores junto con la cabeza en tercer lugar las partes que con mayor frecuencia son afectadas (Tabla 48).

TABLA 48. Parte del cuerpo afectada por la lesión más grave según edad

Parte del cuerpo afectada por la lesión más grave	Edad			
	- de 1	1 a 4	5 a 14	15 a 24
Cabeza	63,5	57,8	23,4	9,2
Cuello y garganta	12,6	3,9	1,6	2,2
Tórax	--	1,6	0,9	1,0
Parte inferior de la espalda	6,5	5,1	2,6	3,1
Extremidades superiores	7,6	20,4	31,5	37,9
Extremidades inferiores	9,8	7,5	38,7	45,6
Múltiples partes	--	1,8	1,2	0,8
Otras partes no especificadas	--	2,1	0,2	0,1

Las lesiones diagnósticas son diferentes según los grupos de edad y están muy asociadas al tipo de actividad que se realiza:

- A los recién nacidos, hasta el año, se les diagnostica ahogo y asfixia en la mayor parte de los casos (3,1%).
- De 1 a 4 años, sufren fundamentalmente lesiones por corrosión (17,3%), ahogo / asfixia (10,9%), envenenamiento / intoxicación (10,4%) y conmociones cerebrales (10,2%).
- De 5 a 14 años, los diagnósticos se centran en lesiones de los vasos sanguíneos (19,3%), distorsiones / torceduras / esguinces (15,2%), heridas abiertas (13,5%), fracturas (12,7%).
- De los 15 a los 24 años, encontramos lesiones con efecto de amputaciones (33,8%), lesiones de tendones/músculos (33,1%), electrocuciones (31,3%) y distorsiones/torceduras (28,0%).

Los accidentes realizando alguna actividad deportiva se producen a partir de los 4 años, siendo los más frecuentes los que se producen en deportes de equipo con pelota que coincide con las actividades deportivas que más se practican (Tabla 49).

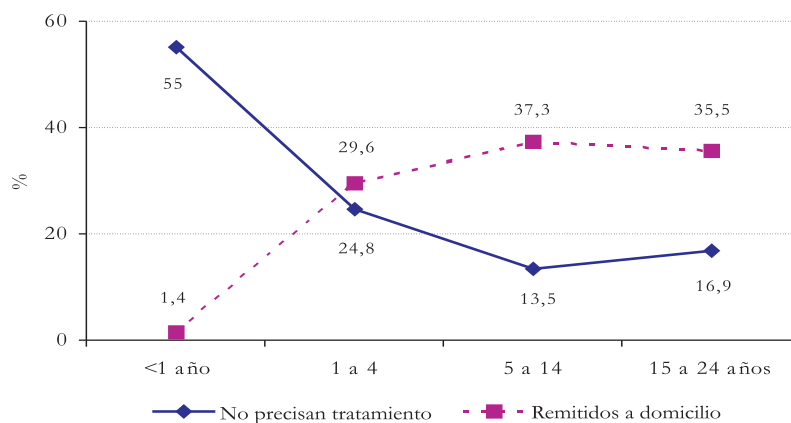
En los menores de 1 año la atención sanitaria en casos de accidentes infantiles se va a reducir a una exploración y van a ser lesiones que no precisan tratamiento, por lo que

TABLA 49. Tipo de deporte según la edad del accidentado

Tipo de deporte según la edad del accidentado	Edad			
	- de 1	1 a 4	5 a 14	15 a 24
Atletismo	--	--	3,0	3,7
Gimnasia	--	--	17,2	8,2
Deporte raqueta / palo	--	--	4,2	2,6
Deporte equipo con pelota	--	--	59,1	70,9
Deportes de combate	--	--	5,7	4,4
Deportes rueda sin motor	--	--	2,7	1,7
Deportes vehículo motorizado	--	--	--	0,7
Deporte con animales	--	--	0,8	0,9
Deportes de invierno	--	--	2,2	3,1
Deportes acuáticos	--	--	3,9	1,7
Deportes de escalada	--	--	--	1,2
Deportes de baile	--	--	1,2	--
Deportes sin especificar	--	--	--	0,8

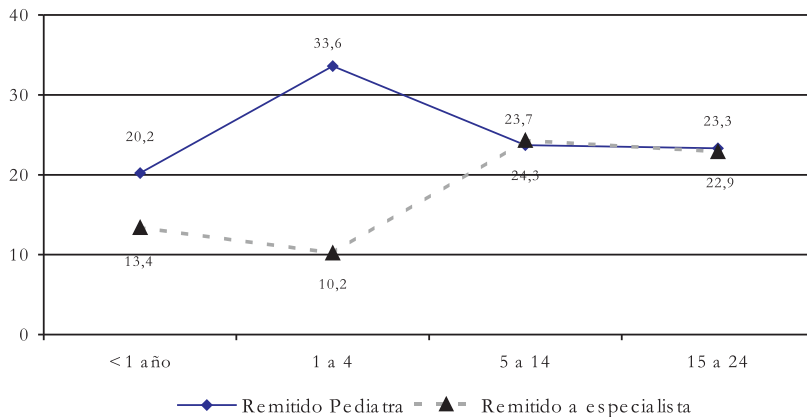
son remitidos a su domicilio al ser dados de alta. El porcentaje de niños que sólo requieren examen y no precisan tratamiento va disminuyendo a medida que la edad del niño se incrementa, mientras que el porcentaje de niños que son remitidos a su domicilio después de recibir el correspondiente tratamiento se incrementa (Figura 49).

FIGURA 49. Sin tratamiento o remitido a su domicilio al alta después de recibir tratamiento



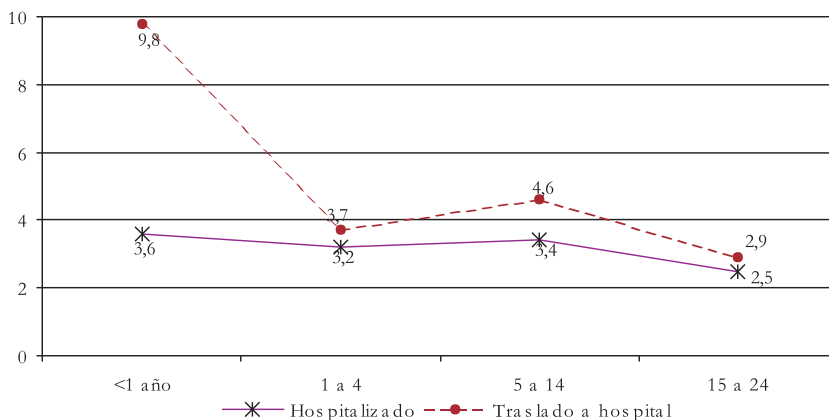
Existe una diferencia significativa referente al criterio de derivación al pediatra o al médico especialista para el seguimiento y/o tratamiento en el caso del niño que ha consultado por un accidente infantil en el periodo de edad de 1 a 4 años con una mayor derivación al pediatra, siendo semejante la proporción de niños derivados al pediatra o a otro médico especialista (Figura 50).

FIGURA 50. Derivado al pediatra de atención primaria o a un médico especialista según edad



Referente a la indicación de ser atendido o ingresado en un centro hospitalario es mayor en el grupo de los niños menores de 1 año (13,4%), no existiendo diferencias significativas en la necesidad de ingreso hospitalario en los diferentes grupos de edad (3,6-3,4%) (Figura 51).

FIGURA 51. Hospitalizado en el centro o traslado a un hospital



Una aportación muy importante para la prevención de los accidentes infantiles ha sido el informe del Defensor del Pueblo sobre la Seguridad y prevención de accidentes en áreas de juegos infantiles en que se analiza exhaustivamente⁹¹.

- **Accidentes de tráfico**

Los accidentes de tráfico la implicación de niños como peatones, niños conductores implicados en accidentes, especialmente por la utilización de ciclomotores,

La seguridad infantil por la utilización de dispositivos de seguridad infantil para protegerlos en los desplazamientos en automóvil el uso de los cinturones de seguridad

El 18,1% de los estudiantes de 14 a 18 años según la Encuesta sobre Drogas a población escolar de 2002 del Plan Nacional sobre Drogas han conducido vehículos bajo los efectos del alcohol o han sido pasajeros de vehículos conducidos por alguien que estaba bajo estos efectos.

PROBLEMAS BIOÉTICOS*

El espectacular desarrollo de las ciencias biomédicas en la segunda mitad del siglo XX conlleva una evolución en el campo de la bioética. Cuanto más pueda hacer la ciencia, más importante es la reflexión ética. No todo lo que se “puede” hacer se “debe” hacer. Las consideraciones éticas subyacen en muchas de nuestras actividades de cada día, relacionadas o no con la medicina.

En la infancia existen problemas éticos comunes a otras etapas de la vida y problemas específicos de este periodo.

Entre los problemas comunes, por ejemplarizar algunos, se pueden citar: el consentimiento informado, la capacidad de decisión, la confidencialidad, el conflicto de intereses, la ética de la investigación, los ensayos clínicos en menores, la relación clínica, la ética del final de la vida (limitación del esfuerzo terapéutico), la relación con la industria farmacéutica, la influencia económica en la toma de decisiones clínicas, el respeto a las tradiciones culturales, etc.

La bioética se plantea el abordaje de diferentes situaciones como son la atención al neonato malformado, el prematuro extremo, los trasplantes de órganos, ..., y también dentro del campo de lo social, de la pediatría social, como son: los aspectos bioéticos de la medicina preventiva, incluidos los métodos de cribado neonatal, los problemas inherentes a la adopción, el maltrato infantil y los diferentes tipos, la planificación familiar y el control demográfico, la fertilidad asistida,..., y la distribución de los recursos sanitarios y el impacto de la pobreza en la salud⁹².

Otras cuestiones vienen planteadas como consecuencias de los cambios legislativos como es el consentimiento informado y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, etc.

* Marta Sánchez Jacob

En el ámbito de la Pediatría entre los aspectos más importantes podemos considerar:

1. Cuestiones relacionadas con el principio de la vida.

1.1. Nuevas tecnologías reproductivas.

- Tecnologías de conservación y “manipulación” de gametos: la criopreservación (congelación) de semen y de oocitos, la preselección de sexo mediante separación de espermatozoides X e Y, y el diagnóstico genético en oocitos como alternativa al diagnóstico genético preimplantatorio.
- Técnicas de fecundación asistida: la inseminación artificial, la transferencia de gametos al oviducto, la fecundación in vitro, y la inyección intracitoplasmática de espermatozoides y de otras células menos diferenciadas de la línea germinal masculina.

Como consecuencia de la aplicación de alguna de estas técnicas junto con el hecho de que las mujeres en el momento actual conciben a una edad más tardía que en épocas anteriores se ha producido un incremento de embarazos múltiples y con ello un mayor número de partos prematuros y recién nacidos de muy bajo peso (RNMBP).

1.2. Límites de la viabilidad del recién nacido y atención al RNMBP⁹³⁻⁹⁵.

1.3. Consejo genético y cribado de enfermedades genéticas. Posibilidad de diagnóstico preimplantación con las implicaciones éticas que conlleva.

2. Cuestiones relacionadas con el principio de autonomía⁹⁶.

El menor tiene derecho al respeto de su intimidad, a la confidencialidad y al consentimiento informado en materias relacionadas con su salud⁹⁷.

La Ley Básica 41/2002 de 14 de noviembre, en el Art. 9,3 expone que el consentimiento informado se otorgará por representación cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual o emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene 12 años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con 16 años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

La Ley Básica obliga a que, si el paciente tiene 12 años cumplidos, deba escucharse la opinión del menor antes de que su representante autorice la intervención⁹⁸. Se incorpora el criterio del Convenio de Oviedo sobre los derechos humanos y la Biomedicina (Art. 6.2) y también la indicación prevista en la Ley orgánica de protección del menor (Art. 9 de la Ley Orgánica 1/1996, de protección del menor), donde se dice que este último tiene derecho a ser oído, tanto en el ámbito familiar como en cualquier procedimiento administrativo o judicial en que esté directamente implicado y que conduzca a una decisión que afecte a su esfera personal, familiar o social.

- **Comités de bioética**

Los aspectos éticos impregnan todas las relaciones entre médicos, enfermería y pacientes, igual que con la familia y la comunidad en la situación actual en que se considera que se está produciendo una revalorización ética y moral de la sociedad que junto a los problemas ya enunciados, hace que los *Comités de bioética, ética asistencial y de investigación*, deban adquirir un papel relevante⁹⁹.

Los *Comités Asistenciales de Ética* su función es sobre todo educativa y defensora de la metodología apropiada para abordar los conflictos de valores que se presentan en la práctica asistencial.

INVESTIGACIÓN

La investigación referente a la salud infantil y sus problemas es un área fundamental, imprescindible, para la atención a las necesidades en salud de la infancia desde criterios de calidad y buena práctica.

La investigación clínica debe considerarse como una actividad fundamental para el pediatra, imprescindible para abordar de forma racional y más eficaz los problemas de salud propios de la infancia.

Las líneas de investigación / acciones prioritarias referidas a la pediatría en los próximos años que se consideran serán o deberían ser son:

- La salud mental de niños y adolescentes: trastornos del comportamiento alimentario (bulimia y anorexia) y prevención, detección precoz y tratamiento de drogodependencias.
- La Pediatría social. Investigación de desigualdades en salud: factores de riesgo nutricional (obesidad, hipercolesterolemia), accidentes, malos tratos (físicos y psíquicos), etc.
- Las aplicaciones diagnósticas y terapéuticas de la genética y biología molecular: prevención de enfermedades congénitas y hereditarias, etc.
- Las enfermedades infecciosas prevalentes (meningitis, neumonía,...) y emergentes (VIH,...): prevención (vacunas), diagnóstico y tratamiento.
- La oncología: diagnóstico precoz e investigación de tratamientos más selectivos incluyendo farmacogenética.
- El diagnóstico precoz prenatal y perinatal, incluyendo la prematuridad y sus secuelas.
- El impacto de los estilos de vida en la salud y calidad de vida de pacientes crónicos (asma, fibrosis quística, enfermedad celiaca, síndrome de Down, discapacitados, etc.)
- Las enfermedades alérgicas incluyendo el asma, incluyendo el impacto de factores medioambientales.

- Las enfermedades metabólicas (diabetes, etc.): prevención primaria y nuevas formas de tratamiento.
- Los trasplantes de órganos y tejidos, incluyendo los trasplantes de tejido fetal.
- Las técnicas de cirugía fetal, incluyendo cirugía mínimamente invasiva.
- La investigación evaluativa: adecuación de la práctica clínica a la evidencia científica, eficiencia de las decisiones clínicas (guías de buena práctica), farmacoeconomía, etc.
- La investigación de nuevos fármacos y nuevas aplicaciones de los ya existentes.
- La robótica y telemedicina: aplicaciones médicas y quirúrgicas.
- La bioética y factores médico-legales relacionados con el menor.
- Los problemas de salud y las repercusiones sociales de la inmigración.
- El raquitismo y otras patologías carenciales como el déficit de yodo.
- Las patologías derivadas de las nuevas tecnologías y la iatrogenia.
- El desarrollo de aplicaciones de cribado genético.

FORMACIÓN

La formación del pediatra, de los profesionales del campo de la atención a la infancia y su salud, destaca la importancia de la formación en los temas relacionados con la Pediatría Social no sólo en aspectos clínicos, sino también en aspectos psicosociales, en los problemas sociales y de salud, en el trabajo interdisciplinar e interinstitucional, y los preventivos.

La formación en aspectos psicosociales debe contemplar el periodo pregrado, de los médicos especialistas en formación (residentes de Medicina de Familia y Pediatría) y la formación continuada.

La formación de los profesionales de enfermería en aspectos psicosociales adquiere mayor importancia en la consulta de pediatría por su accesibilidad para las familias y su potencial para la realización de actividades de educación sanitaria y asesoramiento de centros escolares.

La formación sobre la atención a niños y adolescentes debe estar orientada y contextualizada en el ambiente familiar y social considerando¹⁰⁰:

- Los cambios en los patrones de morbilidad que se van produciendo.
- Las enfermedades de larga evolución (asma, metabolopatías, nefropatías, trastornos digestivos, etc.).
- La patología crónica del desarrollo y del comportamiento.
- Los avances biomédicos, especialmente en los campos de la biología molecular, genética e inmunología.
- Los avances tecnológicos en el diagnóstico, tratamiento y profilaxis.
- Las implicaciones éticas.

La formación en pediatría social y comunitaria se contempla de una forma particular dentro de la especialización pediátrica dentro del sistema MIR¹⁰¹.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Bellamy C. Estado Mundial de la Infancia 2003. UNICEF, 2002.
- ² Annan K. Nosotros lo niños y la niñas. Cumplir las promesas de la Cumbre Mundial a favor de la Infancia. Nueva York, UNICEF. 2001.
- ³ Ponce JA, Muriel R, Gómez de Terreros I (dir). Informe Salud, Infancia, Adolescencia y Sociedad SIAS 1. Sección de Pediatría Social Asociación Española de Pediatría. 1997.
- ⁴ Ponce JA, Muriel R, Gómez de Terreros I (dir). Informe Salud, Infancia, Adolescencia y Sociedad SIAS 2. Sección de Pediatría Social Asociación Española de Pediatría. 1999.
- ⁵ Vidal F, Berástegui A, Gómez B. Situación social de la Infancia en España 2001. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Instituto Universitario de Familia Universidad Pontificia Comillas, Madrid. 2002.
- ⁶ <http://ww1.msc.es/salud/epidemiologia/ies/encuesta2001/resultados-0-15.pdf>.
- ⁷ Casanova C. Mejorar la salud infantil y juvenil. En SESPAS. La salud publica ante los desafíos de un nuevo siglo. Informe SESPAS 2000. Escuela Andaluza de Salud Pública – SESPAS. 2000.
- ⁸ Colomer C, Colomer J, Mercer R, Peiró R, Rajmil L. La salud en la infancia. Gac Sanit 2004; 18 (Supl1):39-46.
- ⁹ Mateu S, Prieto JL. Catalogo de programas en el Área de la salud de la mujer y del niño desarrollados por las Comunidades Autónomas. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2000.
- ¹⁰ Brines J. Ensayo sobre el nacimiento y desarrollo de la pediatría. Generalitat Valenciana. 2002.
- ¹¹ Halfon N, Hochstein M. 2002. Life Course Health Development: an integrated framework for developing health, policy and research. Milbank Quarterly 2002;80.
- ¹² Artells JJ (dir). El futuro de la salud infantil y de la pediatría en España. Análisis prospectivo Delphi. Fundación Salud, Innovación y Sociedad. 2002.

- ¹³ Díaz Huertas JA. El maltrato infantil en la historia. En Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez González MC. Niños maltratados. Madrid: Díaz de Santos. 1997: 1-7.
- ¹⁴ Jiménez J, Ollero JM. El Hospital del Niño Jesús. 125 años de historia (1877-2002). Madrid: Hospital Niño Jesús. 2002:73-97.
- ¹⁵ López F. Necesidades de la infancia y protección infantil. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 1995.
- ¹⁶ Diario Oficial de las Comunidades Europeas, Doc. A-25/86, de 13 de mayo de 1986.
- ¹⁷ Martínez Román MA, Guillén E. La reorientación de los Servicios Sociales en los 80. En García Villaluenga L (coord.). El derecho y los servicios sociales. Editorial Comares. 1997: 17-27.
- ¹⁸ Roldan E. ¿Hacia un Sistema Mixto de Bienestar Social? La evolución de los servicios sociales en España. Madrid: Ed. Complutense. 2001.
- ¹⁹ <http://who.int/country/esp/es/index.html>
- ²⁰ UNICEF. Estado mundial de la infancia 2004. Las niñas, la educación y el desarrollo. Nueva York, UNICEF. 2003: 99-141
- ²¹ <http://www3.who.int/who.sis/country/indicators.cfm>
- ²² Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Plan integral de apoyo a la familia 2001-2004. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2002.
- ²³ Weitoft GR, Hjern A, Haglund B, Rosén M. Mortality, severe morbidity and injury in children living with single parent in Sweden: a population-based study. *The Lancet*; 2003; 361: 289-295.
- ²⁴ Mardomingo MJ. Divorcio y desarrollo emocional del niño. En Callaved J, Comellas MJ, Mardomingo MJ (eds). El entorno social, niño y adolescente. Familia, adolescencia, adopción e inmigración. Laertes, 1998: 87-94.
- ²⁵ Fernández Cordón JA, Pobío C. Las familias monoparentales en España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 1999.
- ²⁶ Sanmartín J (dir). Maltrato infantil en la familia España (1997-1998). Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. 2001: 117.
- ²⁷ Domínguez A. Anillados (piercing) y tatuajes: prácticas de riesgo. En Sasot J, Moraga FA. Avances en psicopediatría. Barcelona, Prous Science. 2001:49-57.
- ²⁸ Serra Ll, Ribas B; Pérez C; Román B, Aranceta J. Hábitos alimentarios y consumo de alimentos en la población infantil y juvenil española (1998-2000): variables socioeconómicas y geográficas. *Med Clin (barc)*. 2003; 121:126-131.
- ²⁹ Sánchez E. El principio de precaución: implicaciones en salud pública. *Gac Sanit*, 2002; 16:371-373.

- ³⁰ Universidad Pontificia de Comillas. Los menores y el consumo. Aspectos jurídicos. Madrid, Consejería de Sanidad y Consumo. 2003.
- ³¹ Sanmartín J. Ética y televisión. Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. 1998.
- ³² Castells P, Bofarull I. Enganchados a las pantallas. Televisión, videojuegos, internet y móviles. Guía para padres, educadores y usuarios. Editorial Plantea. 2002.
- ³³ Rodríguez A, Botija P, Timoner J, Sanz M, García F, Iglesias MJ. El adolescente y su salud. Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria. 2000.
- ³⁴ Madrid J, Rodríguez A (dir). Programa del Adolescente. Ayuntamiento de Madrid. Área de Salud y Consumo. 2000.
- ³⁵ Hernán M, Ramos M, Fernández A. Salud y juventud. Consejo de la Juventud. 2002.
- ³⁶ Martínez Navarro F et al. Salud Pública. Cap. 4. Las explicaciones antropológicas. Madrid, McGraw Hill Interamericana. 1999.
- ³⁷ Salleras L, Gómez LI. Salud maternoinfantil. En Piedrola G, Domínguez M, Cortina P, Gálvez R et al. Medicina preventiva y salud pública (8ª ed.). Salvat. 1988: 891-912.
- ³⁸ Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García E, Ruiz M, Esteban J. Detección de riesgo social en la embarazada. Prevención del maltrato infantil. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. 1999.
- ³⁹ Achútegui G (dir). Informe de situación de salud mental. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2002.
- ⁴⁰ Bosch Marín J, Blanco M, Mingo JM. Puericultura Social (4ª ed.). Madrid. Graficas González. 1964.
- ⁴¹ García-Caballero C, González-Meneses A. Tratado de Pediatría Social. Díaz de Santos. 2000.
- ⁴² Mande R, Masse N, Manciaux M. Pediatría Social. Ed. Labor. 1978.
- ⁴³ Julien G. A different kind of care. The Social Pediatrics Approach. McGill-Queen's University Press. 2004.
- ⁴⁴ Blair M, Stewart-Brown S, Waterston T, Crowter R. Child Public Health. Oxford University Press. 2003: 1-10; 28-34.
- ⁴⁵ Köller L, Barnard K. Child health as a public issue. En Lindström B, Spencer N (dir). Social Paediatric. Oxford University Press. 1995:12-21.
- ⁴⁶ Manciaux M. What is social paediatrics and where does it come from?. Lindström B, Spencer N.(dir). Social Paediatric. Oxford University Press. 1995:3-11.
- ⁴⁷ UNICEF – FEMP. Ciudades Amigas de la Infancia. Experiencias en buenas prácticas. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2002.

- 48 Barona C, Calvo C, Carpio M, Escribá V, Fiteras L, Fullana A. Los 10 pasos de la OMS -UNICEF para la consideración de Hospital Amigo de los Niños. Generalitat Valenciana. 2003.
- 49 WHO European Office for Integrated Health Care Services. Standards for Health Promotion in Hospitals. WHO. 2004.
- 50 Benítez MT, Languín A, Sánchez M. Programa de atención al niño en situación social de riesgo. Díaz de Santos. 1999.
- 51 Las condiciones de vida de la población pobre en España. Fundación FOESSA. Madrid 1998.
- 52 UNICEF. A league table of child poverty in rich nations. Florencia: Innocenti Research Centre. 2000.
- 53 Cantó O, Mercader M. La pobreza infantil en España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2000.
- 54 Sánchez Moro C (dir). Los niños de la calle. Equipo de Investigación EDIS. 1987.
- 55 Study Group on street children. Street children. Consejo de Europa. 1994.
- 56 Romero M, Ramos M, March JC. Perfil de los jóvenes sin hogar, dificultades para la utilización de los servicios sociosanitarios y propuesta de mejora. *Enf Emerg* 2002; 4:14-23.
- 57 Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez González C. Niños maltratados. Madrid: Díaz de Santos. 1997.
- 58 Krug EG *et al.* World report on violence and health. Geneva, World Health Organization. 2002.
- 59 UNICEF. A league table of child maltreatment deaths in rich nations. Florencia: Innocenti Researcher Centre. 2003.
- 60 Dirección General de Acción Social, del Menor y la Familia. Estadística básica de protección a la infancia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2003.
- 61 Jiménez J, Oliva A, Saldaña D Maltrato y protección a la infancia en España. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. 1996.
- 62 Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García E, Ruiz M, Esteban J (dir). Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. 1998.
- 63 Díaz Huertas JA, Esteban J, Romeu J, Puyo C, Gotzens F. Maltrato infantil: detección, notificación y registro de casos. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2001.
- 64 Lasheras ML, Pires M (coord.). La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública. Consejería de Sanidad. 2003.

- ⁶⁵ OMS. Violence against women. Ginebra. OMS. 1996.
- ⁶⁶ Violencia escolar: el maltrato entre iguales en la educación secundaria obligatoria. Oficina Defensor del Pueblo. 2001.
- ⁶⁷ El primer año de vigencia de la ley reguladora de la responsabilidad penal de los menores. Oficina Defensor del Pueblo. 2002.
- ⁶⁸ <http://193.146.50.130/sida/evolu.htm>
- ⁶⁹ Delegación del Gobierno para la Inmigración y la Extranjería. Anuario Estadístico de extranjería 2002. Ministerio del Interior. 2003: 60-63; 70-71;133; 429; 445-446; 470.
- ⁷⁰ Berastegui A. Las adopciones internacionales truncadas y en riesgo en la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejo Económico y Social. 2003: 27-46;52-64;109-125.
- ⁷¹ Huerga H, López-Vélez R. El niño inmigrante y adoptado. En Alonso A, Huerga H, Morera J. Guía de atención al inmigrante. Ergon, 2003:115-132.
- ⁷² García O, Vall O. Protocolo en la adopción internacional. Atención sanitaria al niño adoptado internacionalmente. Cuadernos de Pediatría Social. 2003; septiembre:8-9.
- ⁷³ Ruiz A, Robles C. Prevención, atención y seguimiento de niños en riesgo o con lesiones establecidas. Editorial Comares. 1997.
- ⁷⁴ Payas CR, Cruz J, Medina MC. Apoyo al desarrollo de los niños nacidos demasiado pequeños, demasiado pronto. Real Patronato sobre Discapacidad. 2000.
- ⁷⁵ Instituto de Migraciones y Asuntos Sociales. Plan de Acción para las personas con Discapacidad (1997-2002). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 1997.
- ⁷⁶ Jiménez A, Huete A. La discapacidad en España: Datos estadísticos. Real Patronato sobre discapacidad. 2003.
- ⁷⁷ Gómez de Terreros I, García F, Gómez de Terreros M (dir). Atención integral a la infancia con patología crónica. Editorial Alhulua. 2002.
- ⁷⁸ Luengo S, Aranda MT, Fuente M. Enfermedades raras: situación y demandas socio-sanitarias. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). 2001.
- ⁷⁹ Decisión No 1295/1999/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 29 de abril de 1999, por la que se aprueba un Programa de acción comunitaria sobre las enfermedades poco comunes en el marco de la acción en el ámbito de la salud pública 1999-2003. Diario Oficial de las Comunidades Europeas L 1555/1. 22.6.1999.
- ⁸⁰ http://www.msc.es/Diseno/proteccionSalud/proteccion_infancia.htm
- ⁸¹ Ruiz Extremera A, Robles R et al. Niños de riesgo: Programas de Atención temprana. Ediciones Norma-Capitel. 2004.
- ⁸² Grupo de Atención Temprana. Libro blanco de la Atención Temprana. Real Patronato sobre Discapacidad. 2000.

- ⁸³ Atención Temprana. Orientaciones para la Calidad. Manuales de buena práctica FEAPS. FEAPS-MADRID. Madrid .2000.
- ⁸⁴ Gandarillas A, Febrel C. Encuesta de prevalencia de Trastornos del Comportamiento Alimentario en adolescentes escolarizados en la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad. 2000.
- ⁸⁵ Neinstein LS. Salud del adolescente. Prous Editores,1991: 475-482; 495-506, 645-665.
- ⁸⁶ UNICEF. A league table of teenage births in rich nations. Florencia: Innocenti Researcher Centre. 2000.
- ⁸⁷ González J, Pérez R. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2002.
- ⁸⁸ Foz M. La deficiencia de yodo en España: un problema todavía no resuelto. Med Clin (Barc), 2004; 122:459-460.
- ⁸⁹ Domínguez I, Reviriego S, Rojo-Martínez G, Valdés MJ et al. Déficit de yodo y función tiroidea en una población de mujeres embarazadas sanas. Med Clin (Barc), 2004; 122:449-453.
- ⁹⁰ Castro Gil N. Programa de prevención de lesiones: red de detección de accidentes domesticos y de ocio. Resultados España 2002. Instituto Nacional de Consumo.2003.
- ⁹¹ Defensor del Pueblo. Seguridad y prevención de accidentes en áreas de juegos infantiles. Defensor del Pueblo. 1997.
- ⁹² Cruz M. Bioética y calidad de vida en pediatría. En Cruz M, Crespo M, Brines J, Jiménez R, Molina JA. Manual de pediatría. Ergón, 2003: 11-18.
- ⁹³ Tejedor JC. Los límites de viabilidad: consideraciones clínicas y éticas. Rev. Esp Pediatr 1997; 53 (2): 119-125.
- ⁹⁴ Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Neonatología sobre limitación del esfuerzo terapéutico y cuidados Paliativos en recién nacidos. Decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico en recién nacidos críticos; estudio multicéntrico. An Esp Pediatr 2002; 57 (6): 547-53.
- ⁹⁵ Valls A, Páramo S, Centeno C, Ansó S, Gortazar P, López I y Cotero A. Morbi-mortalidad en recién nacidos de muy bajo peso en el control de la calidad de la asistencia perinatal. An Pediatr 2003; 58 (5): 464-70.
- ⁹⁶ Ley Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002 de 14 de noviembre. B.O.E, 16 de mayo 2003.
- ⁹⁷ Antequera JM. El menor en la asistencia sanitaria: intimidad y consentimiento informado. Rev. Esp de Atención Primaria 2002; IV (15): 495.

- ⁹⁸ Sánchez-Caro J, Abellán F. Ley 41/2002 de 14 de noviembre. En Sánchez-Caro J, Abellán F. Derechos y deberes de los pacientes. Ed. Comares, 2003.
- ⁹⁹ American Academy of Pediatrics, Committee on Bioethics. Papeles de un Comité Ético Institucional en la Ética Clínica. *Pediatrics (edic.esp.)* 2001; 51: 55-59.
- ¹⁰⁰ Nogales A. La formación troncal. *An Pediatr*, 2003; 58 (supl 4): 395-397.
- ¹⁰¹ Brines J, Perspectivas de la formación MIR en la Unión Europea. *An Pediatr* 2003; 58 (supl, 4): 409-416.

ENCUESTA A EXPERTOS E INSTITUCIONES

Un elemento fundamental es conocer la opinión de los profesionales y responsables institucionales respecto a los problemas de salud y sociales que inciden en la salud de la infancia en la actualidad y sus previsiones para los próximos años.

El informe recoge las valoraciones que han realizado diferentes responsables institucionales y expertos vinculados a la pediatría social y/o que desarrollan su actividad profesional en actividades relacionadas con aspectos psicosociales.

Se trataba, por tanto, de considerar, independientemente de las diferentes perspectivas, cuales son las circunstancias más valoradas por el conjunto de los profesionales encuestados.

Si bien el número de encuestas recibidas no es muy grande, 52, si es representativa si consideramos los diferentes ámbitos profesionales y territoriales de la muestra.

La recogida de esta información se realizó mediante la realización de preguntas abiertas y su posterior agrupación y presentación según el método de “reducción semántica”.

Se elaboró y envió a los responsables de salud pública de las Comunidades Autónomas y a expertos del campo de la pediatría, enfermería y trabajo social.

La encuesta se estructuró en siete áreas:

1. Influencia de los cambios demográficos en la salud infantil.
2. Repercusiones de los factores sociales y sanitarios en la salud infantil.
3. Problemas que identifican que incidirán en la asistencia sanitaria a la infancia.
4. Problemas y patologías que incidirán en la salud de la infancia y adolescencia.
5. Las líneas de investigación prioritarias en salud infantil.
6. Adecuación del sistema de asistencia sanitaria a las necesidades y problemas de salud de la infancia y adolescencia.

7. Sugerencias o comentarios que considerasen que se deberían tener en cuenta respecto a la salud de la infancia y la adolescencia.

Se solicitaba la valoración de estos aspectos priorizando y valorando los objetivos y las líneas de actuaciones estratégicas.

Se recibieron 52 encuestas correspondiendo a 13 Comunidades Autónomas / 17 provincias: Extremadura (Badajoz 1); Baleares (3), Cataluña (Barcelona 7; Gerona 1, Lérida 1), País Vasco (Bilbao 1; Vitoria 1); Andalucía (Sevilla 3, Granada 1), Galicia (La Coruña 2); La Rioja (1), Madrid (19), Murcia (1), Navarra (1), Canarias (Tenerife 1); País Valenciano (Valencia 2), Castilla León (Valladolid 1) y dos de otros países (México, Argentina):

Respecto a los ámbito de trabajo / instituciones corresponden a:

- 5 Direcciones Generales de Salud Pública.
- 9 Atención Primaria de Salud.
- 11 Hospitales (Cuidados Intensivos Pediátricos, Oncología, Pediatría Social,...).
- 2 Salud mental.
- 4 Médicos atención a niños riesgo social: Centros de Acogida (3), Salud Municipal (1).
- 4 Catedráticos de Pediatría.
- 4 Centros de investigación (enfermedades raras, enfermedades tropicales, promoción y cooperación internacional, desarrollo infantil).
- 3 Médicos en formación (MIR).1 Defensor del menor.
- 7 Diplomados Universitarios Enfermería.
- 1 Trabajador Social.

A continuación exponemos las respuestas que los expertos e instituciones han enviado agrupadas utilizando el método de reducción semántica sin que se haya realizado por parte del Equipo investigador ninguna otra modificación.

1. Influencia de los cambios demográficos en la salud

En nuestro país en los últimos años se están produciendo cambios sociales, sanitarios y demográficos (disminución de la natalidad, aumento de la edad de la madres primíparas, inmigración, disminución de la mortalidad infantil, aumento de la esperanza de vida, etc.) que tienen consecuencias para la infancia, sus necesidades y la atención sanitaria.

Los encuestados fueron preguntados sobre las consecuencias que los diferentes aspectos de los cambios demográficos consideraban que iban a tener para la infancia y su salud.

Consideraron 131 ítems diferentes que se presentan de forma agrupada en la Tabla I.

TABLA I. Consecuencias de los cambios demográficos en la infancia

Tema	Frec	%
• Modificación en la atención a la salud al niño en la familia	28	21.42
• Incremento de problemas por riesgos gestacionales y perinatales	21	18.03
• Aumento de los niños de origen extranjero	20	15.27
• Mayor preocupación por la Tercera edad que por la infancia e infravaloración relativa del niño que afectará a las políticas sanitarias	13	9.94
• Sobreprotección de la infancia	7	5.34
• Menor presión asistencial contribuirá a la mejora de la asistencia	7	5.34
• Incremento de los problemas psicosociales y de la Pediatría social	5	3.80
• Niños cuidados por sus abuelos por necesidad laboral de los padres	4	3.05
• Formación continuada y en nuevas patologías y problemáticas	4	3.05
• Mejora en la calidad de la educación al disminuir el número de niños	4	3.05
• Favorecerá el individualismo, el aislamiento y la competitividad	4	3.05
• Mayor y mejor atención a la adolescencia	3	2.29
• Incremento de problemas de salud mental	3	2.29
• Necesidad de Educación para la salud e incremento de la participación	3	2.29
• Accidentes	1	0.76
• Alimentación	1	0.76
• Drogas. Aumento del hábito alcohólico	1	0.76
• Atención al niño con <i>enfermedades raras</i>	1	0.76
• Mejora de la inmunoprotección (Vacunas)	1	0.76
Total	131	100

La asistencia sanitaria es el aspecto que más consideran que va a afectar los cambios demográficos (21.42%). La disminución de la población infantil debería suponer una menor presión asistencial que debería contribuir a mejorar la calidad de la atención sanitaria a la infancia (5.34%) y a la magnificación de patologías leves (1.53%).

La disminución de la población también puede condicionar una infravaloración relativa del menor con cambios negativos en las políticas sanitarias de atención infantil.

El aumento de embarazos y partos de riesgo por aumento de la prematuridad, recién nacidos de bajo peso, partos múltiples, madres primíparas “*añosas*” y enfermedades genéticas que condicionarán un aumento de la demanda de diagnósticos prenatales (18,03%).

Relacionado con el aumento de la edad de la madre a tener un hijo se considera que habrá un aumento de niños con alteraciones cromosómicas, haciendo mención expresa del síndrome de Down (1.53%).

El aumento de la población de origen extranjero conllevará un incremento de la natalidad y de patologías propias de la inmigración, aumento de la pluralidad cultural y social (15.27%).

El envejecimiento poblacional puede condicionar que se priorice más la atención a la población envejecida que a la población infantil y que la planificación sanitaria se realice en función de la población adulta (9,94%).

La sobreprotección se considera que será una de las consecuencias de los cambios demográficos que afectará a las relaciones parentales (5.34%), la educación,..., y que ocasionara una falta de autoridad que favorece el autoritarismo infantil y, por otra parte, producirá un aumento de la demanda sanitaria.

Los problemas psicosociales, de desarrollo humano y la denominada “*patología social*” experimentarán un incremento en parte atribuible a los cambios demográficos (3.8%).

El trabajo de los padres puede conllevar el cuidado de sus hijos por los abuelos lo que condicionar una mayor convivencia abuelos / nietos, desarrollo de valores,..., que también puede llevar aparejado una ausencia de normas y límites (3.05%).

La presencia de nuevas patologías, y en virtud de que las tradicionales prácticamente se han controlado, obliga a potenciar la formación continuada (3.05%).

La educación por la disminución del número de niños podría contribuir a una mejora en la calidad de la enseñanza, pero también se considera que afectará a la infancia y su salud un exceso de actividades extraescolares, la escolarización precoz (aumento de viriasis), falta de comunicación y corresponsabilidad,... (3.05%)

El niño se desarrollará en un ambiente psicológicamente más aislado que puede llevar a actitudes menos solidarias y favorecer el individualismo y la competitividad (3.05%).

Una mayor y mejor atención a la adolescencia se producirá como consecuencia de una mayor visibilidad de sus problemas y de la creación de servicios más adecuados para su atención según sus necesidades (2.29%).

La patología psicológica y psiquiátrica también se considera que se incrementará por influencia de los cambios demográficos (2.29%).

Referente a las drogas se estima que habrá un incremento del hábito alcohólico (0.76%). Junto con los accidentes (0.76%), la alimentación (0.76%), el aumento de las denominadas “*enfermedades raras*” a las que no se daba importancia por su baja prevalencia (0.76%) y la mejora de la inmunoprotección ampliando la oferta vacunal (0.76%) fueron los aspectos considerados que se plantearon con una menor frecuencia.

2. Repercusión que los factores sociales y sanitarios sobre la salud infantil

La repercusión, positiva o negativa, que los factores sociales y sanitarios van a atener sobre la salud infantil se recogieron 144 ítems que se presentan de forma agregada en la Tabla II.

TABLA II. Factores sociales y sanitarios y su repercusión en la salud infantil

Tema	Frec	%
• Mejora de la asistencia por un mejor conocimiento etiopatogénico junto con problemas por sobrecarga asistencial y de comunicación	27	17.40
• Cambios en las relaciones familiares	15	9.60
• Inmigración hecho potencial positivo con dificultades	12	7.69
• Alimentación y sedentarismo como causa de problemas de salud	12	7.69
• Mejora de las condiciones socioeconómicas junto con aumento de las desigualdades	11	7.05
• Mejora en la inmunoprotección (vacunas)	9	5.77
• Educación en valores y límites	9	5.77
• Educación para la salud	9	5.77
• Influencia negativa de la televisión, internet, móviles,...	8	5.13
• Necesidad de especialización en la atención al adolescentes	7	4.49
• Valoración negativa respecto al consumo de drogas y su evolución	7	4.49
• Maltrato infantil y violencia domestica, escolar,...	6	3.84
• Mayor utilización de las Escuelas Infantiles (Guarderías)	4	2.56
• Efectos negativos por la exposición a contaminantes ambientales y por falta de contacto con la naturaleza	3	1.92
• Accidentes	2	1.28
• Riesgo	2	1.28
• Incremento de la presentación de procesos alérgicos	1	0.64
Total	144	100

Se considera que la mayor repercusión será en los aspectos asistenciales (17.4%).

La consideración del niño como paciente ocasiona un trato más deferente por parte de los profesionales que o a un mayor conocimiento de la etiopatogenia de las distintas enfermedades supondrán una consecuente mejoría en su prevención y tratamiento que proporcionan mejores cuidados prenatales y postnatales.

Negativamente se aprecia una sobrecarga asistencial (queme profesional, *burnt out*), actuaciones terapéuticas que medicalizan situaciones normales de la infancia junto con un mayor consumo de medicamentos innecesarios y/o perjudiciales y problemas de comunicación derivados de problemas de comunicación.

La familia y los cambios que se están produciendo (relaciones familiares, organización del hogar, disminución del tiempo de relación paterno-filial, familias monoparentales,...) y la desestructuración familiar (2.56%) (aumento de separaciones y divorcios que en muchos casos conlleva la competencia por el cariño del niño, problemas por la custodia,..).

La menor atención a los hijos por las necesidades laborales de los padres afecta a su educación y atención (crianza por los abuelos) y a su salud, ocasionando una modificación en el uso de los recursos asistenciales con un mayor índice de frecuentación de los servicios de urgencias.

El hecho migratorio se valora como un potencial elemento positivo, pero con dificultades derivadas de la falta de planificación, falta de preparación intercultural del personal sanitario (7.69%).

Se considera que los programas de vacunación han favorecido el control y la erradicación de enfermedades infectocontagiosas y negativamente se refieren a la negativa por parte de los padres a la vacunación y la necesidad de programas racionales.

La alimentación con dietas hipercalóricas, comida basura, malos hábitos alimentarios, etc, que junto con el sedentarismo están en la génesis de la obesidad (7.69%) y, por otra parte, la anorexia nerviosa por la moda de estar delgada.

Se destaca la falta de espacios libres y abiertos para practicar deportes los niños y adolescentes, junto con el ocio ligado al consumo (1.28%).

La adolescencia tiene una escasa incidencia y participación en la configuración de la sociedad, destacando la importancia de considerar a la infancia y la juventud como una edad de atención preferente con problemas de salud mental y de educación sexual y prevención de embarazos, IVE y ETS en el adolescente, lo que supone una necesidad de especialización en la atención a los adolescentes (4.47%).

La influencia de la televisión, internet, los móviles, etc, se valora desde los efectos negativos por exceso de horas de televisión, menor convivencia, disminución del desarrollo cognitivo, déficit de atención, etc. (5.13%).

Se considera que se está produciendo un incremento de la violencia familiar y social y una mejoría en la detección del maltrato infantil debido a una mayor sensibilización de los médicos y de la población en general (3.14%).

Las carencias en educación sanitaria de los padres provoca un desconocimiento de las necesidades del niño, y se destaca la importancia de la educación para la salud escolar adecuada, normalizada y generalizada (4.49%) junto con la mejoría de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (1.28%).

Un modelo educativo infantil de tolerancia absoluta (*todo vale*), que no se corresponde con la realidad de la sociedad en la que luego tienen que vivir como adultos junto con demasiada tolerancia por parte de los padres con falta de normas y de límites (5.77%).

El aumento de la edad de inicio y el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas apreciándose una falta de educación sanitaria en los colegios (4.48%).

La mayor utilización de las Escuelas Infantiles (Guarderías) supondrán un aumento de enfermedades infecciosas en edades más tempranas y cuadros más graves (1.92%).

El desarrollo en el ámbito urbano y la falta de contacto con la naturaleza tendrá efectos negativos por la exposición a contaminantes ambientales y por la falta de contacto con animales, campo, etc. (1.92%).

La detección precoz de factores de riesgo, la mejor prevención pediátrica, el aumento del nivel sociocultural contribuirán positivamente en la atención del niño de ries-

go, pero la pertenencia a determinados grupos de riesgo afectara negativamente (1.28%).

Los procesos alérgicos aumentarán su presentación en la edad pediátrica lo que tendrá repercusiones en la salud infantil y su atención sanitaria (0.64%)

3. Problemas y patologías que incidirán en la salud de la infancia y adolescencia

Las previsiones esperables sobre la evolución de las patologías conocidas y sobre los problemas que identifican que incidirán en la atención sanitaria de la infancia y la adolescencia en los próximos años se presentan de forma agrupada en la Tabla III.

TABLA III. Patología y problemas de salud que incidirán en la infancia y adolescencia

Tema	Frec	%
• Problemas relacionados con la salud mental infantil	21	14.79
• Enfermedades infecciosas y vacunación	21	14.79
• Enfermedades crónicas, discapacitados y enfermedades raras	15	10.56
• Emergencia de una nueva morbilidad	11	7.75
• Problemas psicosociales y relacionados con marginalidad y desigualdades	11	7.75
• Obesidad y otros factores de riesgo cardiovasculares	10	7.05
• Problemas relacionados con la inmigración	8	5.63
• Enfermedades alérgicas	8	5.63
• Problemas nutricionales y hábitos alimentarios	6	4.23
• Drogas	6	4.23
• Prematuros	5	3.52
• Accidentes	4	2.82
• Oncología	4	2.82
• Familia y educación para la salud.	4	2.82
• Adolescentes y sus necesidades	3	2.11
• Medioambiente	3	2.11
• Desarrollo de problemas derivados de la utilización de las nuevas tecnologías: <i>ciberpatologías</i>	2	1.41
Total	142	100

Los problemas relacionados con la salud mental son el grupo de enfermedades que se piensa que incidirán en la salud infantil en los próximos años con aumento de los problemas psicológicos y deficits afectivos, trastornos de conducta y comportamientos violentos y de riesgo (adicciones, accidentes) junto con trastornos del comportamiento alimentario (anorexia, bulimia) (14.79%).

Las enfermedades infecciosas y prevenibles (14.79%) disminuirán, en parte gracias a la extensión de los programas de vacunación y a las nuevas vacunas (5.6%) aunque hay que considerar un aumento de patología viral y/o gérmenes resistentes a antibióticos. La infección por el VIH en la infancia disminuirá en los países desarrollados.

El aumento de enfermedades crónicas (diabetes, etc.) y sus secuelas (discapacidad) y la necesidad de un mayor conocimiento de enfermedades raras o de baja prevalencia (10.56%) y en la prevención y tratamiento genético de las enfermedades hereditarias (1.41%).

La emergencia de una nueva morbilidad con mejor pronóstico para enfermedades hoy graves, disminución de patologías clásicas y aumento de la demanda sanitaria a base patologías consideradas banales (7.75%).

El aumento de problemas psicosociales y relacionados con la marginalidad, la pobreza y las desigualdades (7.75%), entre ellos, el maltrato infantil y la violencia.

La inmigración conlleva una reaparición de patologías olvidadas (nutrición, carenciales, endocrinológicas, infecciosas,..) y enfermedades infecciosas tropicales (5.63%).

La obesidad y los problemas derivados del sedentarismo (5.63%) que junto con los problemas derivados de la alimentación (4.2%) y otros factores de riesgo cardiovascular como las hiperlipidemias (0.7%) y la hipertensión arterial (0.7%) representan una preocupación respecto a la salud infantil.

Las enfermedades inmunoalérgicas aumentarán destacando las alergias alimentarias y el asma.

La disminución de problemas nutricionales graves, aumento de los malos hábitos alimentarios e incremento de trastornos de la conducta alimentaria (4.23%).

Se prevé un aumento del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas e incremento de patologías relacionadas con estas adiciones (4.23%).

Los problemas derivados de la prematuridad (3.52%), los accidentes (2.82%), la oncología (2.82%), la familia y la educación para la salud (2.82%), los adolescentes y sus necesidades (2.11%), los problemas medioambientales (2.11%) junto con el aumento de los juegos que estimulan la reacción sobre la elaboración y la aparición de las “*ciberpatologías*” y por adición a móviles, internet, etc. (1.41%) son otros aspectos que se consideran que incidirán en la salud de niños y adolescentes.

4. Problemas y patologías que incidirán en la atención a la salud de la infancia y adolescencia

La atención a la salud de la infancia y la adolescencia deberá adaptarse en función de los problemas y patologías que se recogen según el criterio de los problemas que se identifican que incidirán en la asistencia sanitaria.

TABLA IV. Problemas que se identifican que incidirán en la asistencia sanitaria

Tema	Frec	%
• Problemas asistenciales: recursos, no seguimiento tratamientos,...	15	11.73
• Aumento de los problemas derivados de las adicciones a sustancias	10	7.81
• Abordaje de los problemas de salud de los adolescentes	10	7.81
• Aumento de los problemas de salud mental y vacío asistencial	9	7.03
• Alimentación y riesgos cardiovasculares	8	6.24
• Salud de los niños de origen extranjero	7	5.47
• Pediatría	6	4.69
• Problemas psicosociales y de relación familiar	5	3.91
• Aumento de procesos alérgicos	5	3.91
• Necesidad de formación en aspectos psicosociales y necesidades	5	3.91
• Planificación	5	3.91
• Educación para la salud, valores, consumo	5	3.91
• Calidad	4	3.13
• Gasto sanitario	4	3.13
• Infecciosas y vacunas	4	3.13
• Falta de educación y formación en la utilización del ocio	4	3.13
• Crónicos y problemas de crecimiento y desarrollo	4	3.13
• Prematuros e importancia de la Atención Temprana	3	2.34
• Accidentes	3	2.34
• Maltrato infantil y violencia domestica	3	2.34
• Medioambiente y problemas de salud derivados	3	2.34
• Mayor demanda asistencial en áreas de Pediatría Social	3	2.34
• Oncología	2	1.56
• Problemas éticos y derivados de nuevas legislaciones.	1	0.78
Total	128	100

En primer lugar destacan temas relacionados con la práctica diaria como:

- La mejoría en la calidad del Programa del Niño Sano con atención a problemas psicológicos y sociales que requerirá de una necesidad de mayor formación de médicos, más tiempo de consultas y/o equipo psicológico en atención primaria.
- La atención sanitaria deberá considerar una probable masificación de la Atención Primaria y de urgencias hospitalarias.
- Se requiere una acción interdisciplinaria e interinstitucional para enfrentar patologías de reciente aparición y de la disponibilidad de los recursos económicos, profesionales, gubernamentales o civiles que se precisen.
- Los problemas por el no cumplimiento de las prescripciones y de los controles de salud se considera que tendrán repercusión en la atención a la salud de la infancia y la adolescencia.(0.78%).

En segundo lugar consideran el consumo de sustancias tóxicas y adictivas y los problemas de salud que conllevan es otro de los aspectos a considerar, no sólo por el proble-

ma del consumo en los menores sino también por la problemática familiar que supone el consumo en padres y hermanos y por los conocimientos escasos de los sanitarios para el control de toxicomanías (7.81%).

El desconocimiento sobre como influir en los adolescentes y de los factores que influyen en las conductas inadecuadas y de riesgo, como los problemas derivados de la iniciación precoz de la actividad sexual y su abordaje (7.81%).

El aumento de los trastornos psicológicos y falta de especialización en ellos con conocimientos escasos de los sanitarios para el control de patología psíquica. Seguirá el vacío asistencial en la atención a la salud mental del niño y adolescente (7.03%).

Los trastornos de la conducta alimentaria (por defecto o por exceso), las transgresiones alimentarias, los problemas nutricionales por falta de educación nutricional y la obesidad junto con el sedentarismo, riesgo cardiovascular (6.24%).

El importante aumento de la inmigración sin adecuadas previsiones (5.47%).

La organización de la asistencia junto con otros problemas como *“se sabe mas de menos lo que conlleva la pérdida en la calidad de la atención médica como consecuencia de la mayor especialización del médico”* se consideran como aspectos que afectarán en la atención en pediatría (4.69%).

Los problemas psico-afectivos derivados de la desestructuración familiar con cambios de los modelos de *“familias”* y el papel de la familia en relación a sus hijos y el grado de protección familiar que ofrezca la sociedad (3.91%).

El aumento de la incidencia de los procesos alérgicos (3.91%).

La falta de formación de profesionales en problemas psicosociales y formación médica adaptada a las necesidades (3.91%).

La descoordinación entre servicios sanitarios, educativos y sociales junto con una falta de programas adaptados a la realidad cambiante implican la necesidad de planificación (3.91%).

Falta de educación y formación en la utilización del ocio (3.13%)

Las patologías crónicas y las derivadas de enfermedades conocidas (3,13%).

Los trastornos del desarrollo y el vacío asistencial en la atención temprana al niño se considera que tendrán repercusión en la salud infanto-juvenil (2.34%).

El maltrato infantil en sus diferentes formas y específicamente el abuso sexual infantil y otras formas de violencia como la violencia entre iguales y la doméstica se presentan como problemas que requerirán atención sanitaria (2.34%).

Los problemas medioambientales y sus repercusiones en salud (2.34%).

Una mayor demanda asistencial de áreas específicas en pediatría social y adolescencia por patología social propia (dificultades de relación, etc.) u ocasionada por el entorno (maltrato, hijos de padres divorciados) (2.34%).

La patología oncológica en la infancia seguirá en la misma dimensión como un problema sanitario habitual (1.56%)

Los problemas éticos con adolescentes, crónicos y derivados de nuevas legislaciones, como es la Ley de Autonomía del paciente (0.78%).

5. Líneas de investigación prioritarias

La investigación es uno de los aspectos que se consideraron dentro de las estrategias para la mejora de la atención en pediatría

Las líneas de investigación que deberían ser prioritarias en pediatría se han agrupado en 24 aspectos diferentes (Tabla V).

TABLA V. Líneas de investigación en pediatría

Tema	Frec	%
• Nueva morbilidad en pediatría y calidad asistencial.	14	9.72
• Familia, relaciones y conflictos familiares (separación)	12	8.33
• Promoción de la salud y prevención de la enfermedad	11	7.63
• Niños de origen extranjero	10	6.94
• Salud mental infantil	10	6.94
• Enfermedades infecciosas y su prevención	8	5.56
• Discapacidad, enfermedades crónicas y raras	8	5.56
• Participación comunitaria	8	5.56
• Aspectos psicosociales de la atención pediátrica	8	5,56
• Maltrato infantil	6	4.17
• Oncología	6	4.17
• Prematuros	6	4.17
• Alergias y enfermedades inmunológicas	6	4.17
• Alimentación	5	3.47
• Genética	5	3.47
• Prevención de enfermedades y accidentes	5	3.47
• Adolescentes	4	2.78
• Medioambiente	4	2.78
• Medicamentos	3	2.08
• Formación	2	1.39
• Influencia de los medios de comunicación social en la salud infantil	2	1.39
Total	143	100

Se consideran las líneas de investigación prioritarias respecto a la salud infantil:

- La morbilidad pediátrica sobre enfermedades prevalentes y patologías emergentes y reemergentes, la calidad de los servicios y la efectividad de las tecnologías (9.72%).

- La influencia en la salud infantil por aspectos relacionados con la familia y los nuevos modelos familiares (monoparentales, homoparentales, etc.), familias desestructuradas, niños procedentes de la fecundación *in vitro* se considera (8.33%).
- La promoción de la salud mediante la educación para la salud dirigida a padres y niños, educación de hábitos de vida saludables, la implicación de la escuela y la prevención de enfermedades relacionadas con los hábitos de vida como las enfermedades cardiovasculares (7.63%).
- Los problemas de salud relacionados con los niños de origen extranjero (adopción internacional, inmigración), las enfermedades importadas seguimiento de los problemas de adaptación y el intercambio cultural (6.94%).
- Las necesidades en salud mental de niños, jóvenes y familias y la formación de profesionales de la infancia en aspectos de salud mental y el desarrollo psicoevolutivo (6.94%).
- Las discapacidades y la calidad de vida, el conocimiento y utilización de los recursos actuales para los niños discapacitados y con enfermedades crónicas, la integración de la asistencia que incluye las “enfermedades raras” y problemas crónicos como la diabetes (5.56%).
- Los aspectos psicosociales en la atención pediátrica (0,69%) como el seguimiento y el tratamiento de los niños con fracaso escolar, la identificación y manejo y prevención de menores toxicómanos (2.78%), potenciar las consultas del adolescente, prevención del embarazo y conductas de riesgo (2.78%) y el desarrollo de los derechos del niño y en especial la Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado y la Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas y su aplicación en la práctica diaria (0.69%).
- La detección y actuación en el maltrato infantil, la importancia de los factores de protección y resiliencia, la prevención del maltrato y promoción del buen trato (4.17%).
- El análisis de las bases genéticas y epidemiológicas del cáncer infantil y el diagnóstico precoz y tratamiento del cáncer en la infancia (4.17%).
- La investigación en genética y especialmente en genética molecular y su relación con el cáncer se consideran líneas prioritarias (3.47%).
- El control durante el embarazo (evitar malformaciones, prematuridad), la mejor atención neonatal y la prevención de secuelas ocasionadas por prematuridad o en niños de bajo peso (4.17%).
- Asma infantil, enfermedades alérgicas e inmunorreumatológicas naturaleza autoinmune (4.17%).
- Elaboración de respuestas a los problemas de salud prevalentes, mediante planes integrales, programas y procesos homologados en eficacia y calidad adaptados a las necesidades (3.47%).

- Potenciar la salud comunitaria, la continuidad de la atención y la participación de los padres, ciudadanos y asociaciones implicadas en los planes procesos y programas (5,56%).
- El control de medios de comunicación, publicidad, adicciones (videojuegos,...) (1,39%).
- La cooperación internacional en un mundo global.
- Alimentación y nutrición infantil y los trastornos alimentarios que originan problemas extremos como obesidad, anorexia o bulimia (3.47%).
- La repercusión de los aspectos medioambientales y la prevención de la contaminación ambiental, atmosférica, ruidos, productos de deshecho (2.78%).
- El uso de fármacos en edad infantil, el uso racional de antibióticos en Pediatría y su relación con resistencias bacterianas, y la evaluación de los patrones de incumplimiento de las recomendaciones sanitarias (2.08%).
- La prevención en general (1.39%) y de los accidentes infantiles en particular (1.39%).
- El incremento de la formación de los profesionales por áreas y necesidades(1,39%).

6. Adecuación del sistema de asistencia sanitaria a las necesidades y problemas de salud de la infancia y adolescencia

Las líneas básicas sobre las que debe estructurarse el sistema de asistencia sanitaria, la atención a la salud de la infancia y la adolescencia, según sus necesidades y problemas.

La Educación para la salud orientada a la mejora de la convivencia y la salud relacional, para una correcta utilización de los recursos por parte del paciente e incrementar la investigación en los determinantes de la salud infanto-juvenil como la alimentación correcta y los hábitos saludables (11.65%).

La Promoción de una asistencia de calidad con respaldo presupuestarios de los programas y adecuación de recursos con claridad de las políticas públicas que facilite las tomas de decisiones por los sujetos implicados, el uso racional de los servicios sanitarios, cuidar al cuidador (familias y profesionales) y que haga emerger el orgullo de pertenecer a un sistema sanitario que atiende a todos y que valore que no siempre lo de fuera es mejor (10.92%).

Una mayor implicación del pediatra en el cuidado del niño en su globalidad biopsicosocial con disminución de programas hacia el niño sano y aumento de programas al niño con patologías que requiere de un análisis de necesidades y de un mayor conocimiento de los pediatras de los recursos disponibles para una mejor atención de sus pacientes con problemas. También se considera que se deber mejorar el nivel social y económico del pediatra (10.14%).

TABLA VI. Sistema de asistencia sanitaria estructurado según las necesidades y problemas de la infancia y adolescencia

Tema	Frec	%
• Educación para la salud	15	11.65
• Calidad asistencial y económicas	14	10.92
• Mejora en la atención pediátrica	13	10.14
• Prevención de enfermedades y problemas de salud considerando las diferentes áreas urbanas o rurales de residencia.	13	10.14
• Coordinación	10	7.75
• Salud Mental	9	6.98
• Prevención de las toxicomanías y adicciones	8	6.20
• Participación Comunitaria Cultura	7	3.12
• Atención integral	4	3.12
• Adolescentes	3	2.33
• Familia	3	2.33
• Formación	3	2.33
• Inmigración	3	2.33
• Investigación	3	2.33
• Pediatría Social	3	2.33
• Planificación según las características demográficas de la población	3	2.33
• Atención multiprofesional (enfermería, trabajo social, psicólogo, etc.).	3	2.33
• Genética	2	1.55
• Alimentación	2	1.55
• Prematuridad	2	1.55
• Salud ambiental	2	1.55
• Discapacitados y problemas crónicos	2	1.55
• Derechos	1	0.78
Total	129	100

La prevención de enfermedades, malformaciones y los accidentes en la infancia y adolescencia reduciendo la exposición de niños susceptibles y promoción de la salud considerando las áreas urbana, suburbana y rural (10.14%).

La coordinación de recursos socio sanitarios, el trabajo en equipo multidisciplinar y la relación entre primaria-especializada y considerando la relación salud-educación-entorno social, mejorando la coordinación y evitando la sobrecarga asistencial (7.75%).

El aumento de los recursos de salud mental infanto – juvenil, considerando aspectos relacionados con la psicología del niño y del adolescente, la atención psiquiátrica (bulimias, anorexias, trastornos psicóticos, suicidios adolescentes,...) (6,98%).

La prevención del abuso de drogas, alcohol y tabaco y campañas institucionales para una diversión saludable: no alcohol, no tabaquismo, etc (6,20%).

La colaboración de los sanitarios y las asociaciones de familias afectadas y capaz de dar un papel directo a la participación de las organizaciones civiles y no gubernamentales

en temas de salud potenciando la salud comunitaria, estimulación temprana, salud escolar, ludotecas, actividades de ocio y tiempo libre, etc., valorando el entorno social, económico y familiar (del niño, adolescente) (6,20%).

La atención integral (aspectos físicos, psicológicos, y sociales) sobre las necesidades reales actuales (3,12%) valorando la necesidad de aumentar los profesionales sociosanitarios (asistentes sociales, psicólogos, psiquiatras,..) y coordinación de salud, educación y servicios sociales (2,33%).

Los programas de prevención para la adolescencia incrementando el apoyo al adolescente potenciando las denominadas “consultas del adolescente”(2,33%).

El conocimiento del medio familiar, la información a las familias.

La formación pre y post grado actualizada y orientada a los nuevos problemas médicos y epidemiológicos observados en la población infantil y juvenil (2,33%) que incluya la pediatría social que debe ser conocida desde la carrera / MIR (2,33%).

La Planificación de la asistencia sanitaria debe considerar las características demográficas de la población, la disminución del número de niños adscritos al Pediatra dentro del Programa del niño sano, la reestructuración de los pediatras y su distribución considerando que existen muchos pediatras de Atención especializada con poco trabajo y pocos pediatras de Atención primaria con mucho trabajo (2.33%).

La adecuación de la asistencia sanitaria a las necesidades y problemas de salud de los niños y adolescentes requiere del desarrollo de la investigación en estas áreas (2.33 %) insistiendo en la importancia que tiene aspectos relacionados con la planificación y la demografía (2.33%) y del papel de profesionales como la enfermería y los servicios sociales (2.33%)

La importancia que los aspectos relacionas con la Pediatría Social se considera que necesitaran de adaptar la atención a estos problemas (2.33%), uno de ellos, son lo relacionados con la inmigración (2.33 %).

Los aspectos que se consideran con una frecuencia menor son los relacionados con la genética (1.55%), alimentación (1.55 %), prematuridad (1.55%), medioambientales (1.55%), discapacitados y problemas crónicos (1.55%) y aquellos relacionados con la infancia y sus derechos (0.78%).

7. Sugerencias o comentarios de importancia en la realización del informe técnico

Por último se solicitó que realizaran las sugerencias que consideraran de interés para la realización del Informe técnico y que no hubieran sido contempladas en las preguntas realizadas o que estimaran que requerían matizaciones o incidir en ellas destacando, por tanto su importancia.

TABLA VII. Sugerencias o comentarios de importancia en la realización del informe técnico

Tema	Frec	%
• Pediatría Social	11	31,43
• Coordinación	11	31,43
• Pediatría	6	17,14
• Estilos y educación para la salud	4	11,42
• Mental	2	5,72
• Prematuros	1	2,86
Total	35	100,0

Se considera la importancia de la creación de centros de referencia de pediatría social y el desarrollo de unidades de adolescencia, con la incorporación de equipos multidisciplinares y reforzar los aspectos como la educación en valores, la salud mental, la interculturalidad, los programas integrales, la inserción laboral de personas “especialmente frágiles”, los problemas del 4º Mundo o que los problemas son diferentes en las zonas urbana, suburbana y rural (31,43%).

La gran asignatura pendiente es la coordinación demandada por profesionales y sectores potenciando el trabajo interdisciplinar (interprofesional e intersectorial: sanitario, educativo, social) (31,43%).

La Pediatría, actualmente está orientada al tratamiento de enfermedades y problemas orgánicos sobre todo, es necesario considerar la salud de una forma integral (aspectos físicos, psicológicos, emocionales y sociales). Igualmente es necesario ofrecer una atención adecuada a la población adolescente, mediante programas adaptados a sus necesidades y problemas, que actualmente no existe en nuestro país (17,14%).

Es necesario trabajar desde la perspectiva de la promoción de la salud no sólo de la atención sanitaria. Y tener en cuenta que la salud del adulto y del anciano, se fraguan en la adquisición de hábitos saludables (alimentación; actividad física; educación sanitaria; prevención de tabaquismo, alcohol, drogas; prevención de accidentes de tráfico y laborales; vacunaciones; prevención del sobrepeso, etc.) (11,42%).

Muestran su preocupación por aspectos de la psicología del niño y del adolescente y temas como la falta de creatividad de los niños de ahora, la poca faceta artística, el escaso contacto con la naturaleza, el pobre lenguaje cada vez más escueto (5,72%).

Aumento de la prematuridad por embarazos poco atendidos socialmente (2,86%).

CONCLUSIONES

A continuación se exponen algunas las líneas básicas sobre las que se considera que debe estructurarse la atención a la salud de la infancia y adolescencia:

- Interés superior del niño** Los programas y actividades que se desarrollen en el campo de la atención sanitaria a la infancia deben considerar como principio rector contemplar “*siempre el interés superior del niño*”, según establece la Convención de Derechos del Niño de Naciones Unidas
- Demografía. Cambios demográficos** La sociedad está experimentando cambios sociodemográficos que afectan al desarrollo y la salud del niño y que deben contemplarse en la atención a su salud.
- Niño y Familia**
- Atención centrada en la familia** La familia es el núcleo fundamental donde se desarrolla el niño y donde son satisfechas sus necesidades físicas, psicoafectivas y psicosociales, especialmente en la primera infancia, por lo que, se debe favorecer que las familias cumplan con su “*rol*”.
- Niño y sociedad** El niño se desarrolla en una sociedad que debe favorecer su crecimiento y desarrollo.
- Ambiente saludable** El ambiente debe ser entendido en su sentido más amplio, incluyendo no sólo las condiciones físicas de vida, sino también el ambiente sociopolítico y socio-cultural. Las bases para unos estilos de vida saludables para niños y niñas son el *desarrollo sostenible, la igualdad económica y social, y la justicia y libertad política*.
- Para formular e implementar estrategias de salud efectivas relacionadas con el ambiente, es necesaria la *cooperación con todos los sectores relevantes* (industria, empleo, urbanismo, vivienda, etc.).
- Se debería *profundizar en la investigación* sobre la influencia de los determinantes micro y macroambientales en la salud y calidad de vida de la infancia y en el análisis de su salud según el género y la clase social.

Etapas evolutivas

Edades de atención prioritarias: etapas perinatal, escolar y primera adolescencia

Los avances en la atención médica se han concretado en las edades que aglutinaban más problemas y, por lo tanto, una mayor concentración de la morbilidad. La etapa perinatal y primer año de vida exigieron las mayores atenciones y los primeros programas de salud; vacunaciones sistemáticas, diagnóstico precoz de metabopatías, etc.

La edad escolar y la primera adolescencia (10-14 años), constituyen también edades clave, *edades de atención prioritarias*, para dar instrumentos de educación para la salud y transmitir hábitos y conductas saludables en términos de promoción.

Adolescencia: etapa clave

En este sentido es como si hubiera un desplazamiento de las prioridades desde los riesgos derivados de la etapa perinatal, alrededor del nacimiento, hacia los riesgos derivados del *despertar a la vida autónoma*, alrededor de la *adolescencia*, etapa clave para afrontar los riesgos y mensajes contradictorios de una sociedad que concentra amenazas sin precedentes, para las edades inmediatas de jóvenes y jóvenes adultos, que presentan indicadores de mortalidad y morbilidad realmente destacables respecto a enfermedades y problemas de salud, siempre bajo el denominador común de los hábitos de vida: accidentes de tráfico, suicidios, muertes por el uso de drogas, SIDA, violencia entre iguales y malos tratos.

Atención a la salud

Atención a la salud adecuada

Todos los niños tienen derecho a servicios de calidad, a ser protegidos de productos y procesos dañinos, a ser informados sobre su salud y la manera de mejorarla, a tomar decisiones, elegir y a participar y a que su voz sea escuchada en los procesos que afecten a su salud. Los servicios de salud y todos sus procesos (asistencia, vigilancia y protección de la salud, promoción de salud, formación, investigación, etc.) deberán ser accesibles, orientados a las necesidades de los pacientes menores y tener enfoque de género.

Adecuación de servicios

La *Adecuación de servicios* a los cambios de los problemas de salud, que incorporen la actualización del perfil de morbilidad y la adaptación de la demanda de un

Problemas emergentes	<p>usuario más informado y formado, con la intención de participar activamente en los aspectos y cuidados que atañen a su salud y a la de los suyos.</p> <p>Los <i>problemas emergentes</i>, reclaman una atención cualificada como son los malos tratos en general, el abuso sexual y la violencia entre iguales (entre niños y adolescentes) en particular.</p>
Programas de Seguimiento y Adaptación Social y al Medio	<p>La supervivencia de situaciones que recientemente conducían a una alta mortalidad y la compatibilidad de una alta calidad de vida con problemas de salud crónicos, exigen priorizar un tipo de atención basado en controles sucesivos a la vez que se estimula la autonomía de niños y padres en los cuidados (autocuidados); los <i>Programas de Seguimiento y Adaptación Social y al Medio</i>, superan y engloban la idea de rehabilitación y <i>la familia se convierte en un espacio clave</i> para su desarrollo, por lo que precisa de todos los apoyos disponibles de los recursos profesionales, sociales y sanitarios.</p>
Coordinación profesional y continuidad de la atención	<p>La coordinación de los profesionales y la familia la <i>continuidad</i> en la atención prestada a sus problemas son elementos importantes para la calidad y hacen necesario ofertar programas basados en el seguimiento. Coordinación y continuidad están entre las estrategias, que a más bajo coste, obtienen altas cotas de satisfacción y calidad entre los usuarios.</p>
Trato y tratamiento	<p>El <i>trato y el tratamiento</i> son dos aspectos sumatorios en la valoración que se realiza del trabajo en salud, y no es infrecuente que su evaluación pueda ser divergente en ocasiones de la atención actual a la infancia. La importancia que el trato tiene para cualquier paciente o usuario de los servicios es indiscutible, adquiriendo especial importancia en los problemas crónicos y en aquellos procesos, que aunque atendidos por los servicios de salud no son necesariamente patológicos, como el embarazo y el parto, las disfunciones conductuales y relacionales en determinadas edades, procesos donde la sensibilidad de los padres y de la familia marcan decisivamente el nivel de calidad que atribuyen de los servicios que reciben.</p>
Medicina basada en la evidencia	<p>Los cambios plantean una necesidad de adecuación y puesta al día, tienen su correlación respecto al coste;</p>

por que los procesos de adecuación deben de argumentarse en el terreno del coste-oportunidad y basando cada decisión en la evidencia de su eficacia y de su eficiencia. En este sentido utilizar las premisas de la *medicina basada en la evidencia*, de los resultados obtenidos con la incorporación de los cambios necesarios de los protocolos de actividades, tecnológicos y organizativos para responder a la morbilidad del momento.

Participación comunitaria

Fomentar la participación de los niños, su desarrollo y capacidad de discusión en las acciones dirigidas a conocer su salud, necesidades y problemas, a la hora de planificar, implementar y evaluar su atención.

Comunicación y respuesta social

Todos los niveles de atención tienen en la *comunicación* una estrategia común e indispensable para la implicación de la sociedad en la solución de los problemas de salud, y la implicación de los padres en los problemas de salud de los niños y adolescentes. Es necesario establecer unos *niveles de información y divulgación* importantes con los afectados directamente y con la población. Es preciso mantener unos niveles de comunicación fluidos sobre los factores que inciden en cada problema, su evolución y sobre los elementos necesarios para su prevención y las conductas a promocionar.

La *comunicación* de los expertos y la autoridad sanitaria *con la población* se convierte en una prioridad inevitable para el desarrollo de programas de salud en una comunidad. No se trata de fomentar los procesos de delegación de los conflictos de salud en los técnicos y profesionales por sistema, sino todo lo contrario, se trata de cada uno, cada familia, asuma y participe en la respuesta a los problemas que le ocurren o puedan ocurrirle.

Desigualdades sociales y salud

En nuestra sociedad de economía social de mercado se producen situaciones de desigualdad que tienen repercusiones en la salud infantil. Se debe contribuir a que el impacto negativo se reduzca.

Atención perinatal

La atención perinatal debe contemplar no sólo los aspectos clínicos, sino también las situaciones de riesgo social y aquellas otras que pueden tener repercusiones en la salud infantil.

Atención Primaria de Salud – Programa del Niño Sano

El Programa del Niño Sano ha demostrado ser una herramienta eficaz para el seguimiento de la salud del niño que debería desarrollar más los aspectos psicosociales y sus implicaciones en salud.

La atención pediátrica es imprescindible que esté sustentada en programas y protocolos que deban ser consensuados entre todos los profesionales que tienen responsabilidad en la atención al niño y al adolescente.

Atención Hospitalaria

Los hospitales, independientemente de los aspectos clínicos – asistenciales, deben avanzar en el cumplimiento de la Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado y en crear las condiciones que aseguren un buen trato desde el ámbito sanitario

Importancia de los avances tecnológicos

Los avances tecnológicos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades están contribuyendo de forma notable a la mejora de la atención sanitaria de la infancia.

Utilización adecuada de las nuevas tecnologías

Estos avances de la técnica deben utilizarse según el interés superior del niño, evitando la iatrogenia y el uso inadecuado de los mismos estando limitado su uso a aquellas circunstancias en que exista una indicación precisa.

Salud Mental

La salud mental una necesidad más de la infancia

La salud mental infantil debe contemplarse dentro de la atención a los niños según sus necesidades como una cuestión más.

Atención preventiva y no solo ante problemas

La atención a la salud mental infantil debe realizarse desde criterios de prevención y no solo ante la aparición de problemas.

Salud Publica – Pediatría Social

Necesidad de redefinir la propia práctica

La incorporación de la dimensión social en la práctica pediátrica abre un campo ilimitado hacia el conocimiento en profundidad sobre los determinantes de la salud.

Atención pediátrica en el contexto de la Pediatría Social

En tiempos en que la superespecialización y la fragmentación de las ciencias ha sido la nota dominante de nuestra dedicación profesional y en otras profe-

siones implicadas en la atención infantil, la *pediatría social*, como salud pública infantil contraponen, con su enfoque intersectorial y multidisciplinario, un acento en la globalidad de la salud; que pretende dar respuesta a los problemas de nuestros niños no aislados de su contexto familiar, comunitario, económico y social.

Promoción de la salud – Educación sanitaria

Atención Integral

La atención a los problemas de salud ha ido incorporando progresivamente otros niveles distintos a la acción de curar, es decir, al plano estrictamente asistencial; de forma que hoy es inconcebible reducirse a tratar un problema de salud determinado, sin considerar aspectos tan importantes como la prevención y los estilos de vida que puedan conducir a un riesgo elevado de padecerlo. Se han ido incorporando aspectos preventivos, y de promoción de la salud con relación a la motivación de determinados comportamientos saludables.

Es lo que denominamos: *Atención Integral*. En la actualidad ante cualquier problema de salud, no sólo hay que contemplar su curación, su tratamiento, es necesario ver como se previene o incluso que hábitos son perjudiciales al respecto y cuales, al contrario, son protectores y mejoran la calidad de vida.

Estilos de vida saludables

Es necesario ser conscientes del amplio rango de aspectos que componen los estilos de vida, que incluyen conductas, actitudes, creencias, factores personales y condiciones sociales. Las acciones dirigidas a hacerlos más saludables deberán capacitar a las niñas y niños para desarrollar y utilizar su propio potencial de salud y a crear condiciones sociales que hagan que “la opción saludable sea la más fácil de elegir”.

Salud y centros escolares

Los centros escolares deben considerar la importancia de la educación para la salud y el desarrollo de “*estilos de vida saludables*”.

Riesgo social

Equidad frente a desigualdades sociales

Para mejorar la salud de la infancia es necesario disminuir las desigualdades sociales y de género en salud, mejorando la salud de los más desfavoreci-

	<p>dos. El enfoque de género deberá incluirse en la formulación e implementación de las políticas y programas.</p>
Maltrato infantil	<p>La atención del maltrato infantil en sus diferentes formas (físico, negligencia, emocional, abuso sexual) y de los problemas familiares requiere de una mayor implicación de los profesionales sanitarios.</p>
Violencia entre iguales	<p>El desarrollo de comportamientos violentos contra los compañeros y profesores y favorecer una educación en valores de tolerancia, no racista, no discriminación en razón del sexo, etc.</p>
Violencia doméstica	<p>Los programas contra la violencia doméstica debe contemplar la atención de los niños que viven en ese núcleo familiar.</p>
Adicciones	<p>Las adicciones, toxicomanías, representan uno de los problemas más graves de la infancia-adolescencia por su frecuencia y consecuencias, por lo que, sin caer en el alarmismo, se debería prestar mayor atención a este problema.</p> <p>Vemos con preocupación no sólo la permisividad referente a la publicidad de las bebidas alcohólicas de baja graduación (vino, cerveza), sino que además su utilización publicitaria y de promoción se realiza en programas de audiencia mayoritaria juvenil y cuyo contenido se considera con un valor positivo como es el caso de las actividades deportivas (fútbol), ya que precisamente la iniciación al consumo en la mayoría de los casos de las toxicomanías se produce a través de estas sustancias (adictivas), siendo el alcoholismo uno de los problemas de salud más importantes en la edad adulta.</p>
Delincuencia	<p>Los menores con problemas de conducta social que implican la intervención de la Justicia y en aplicación de la Ley de responsabilidad penal de menores requiere de medios para su desarrollo que deben considerar los aspectos relativos a la salud y las conductas de riesgo de esta población menor de 18 años.</p>
Fracaso escolar y sus implicaciones médicas	<p>El fracaso escolar debe valorarse también desde los aspectos pediátricos y psicosociales y no sólo plante-</p>

ándose desde las dificultades de aprendizaje referidas al ámbito escolar con soluciones exclusivamente de “*clases de apoyo*” (profesores particulares).

Infección por el VIH. SIDA

La infección por el VIH no representa un problema de la infancia en nuestro país pero debería considerarse a los adolescentes y las prácticas de riesgo de los adolescentes desconociéndose el número de seropositivos que se producen en estas edades.

Niño de origen extranjero

Niños de origen extranjero

La atención a los problemas pediátricos deberá contemplar las particularidades de la población inmigrante y en especial de aquellos que lo hacen de forma irregular y sin adultos responsables de ellos.

Menores extranjeros no acompañados

Si bien la atención sanitaria está reconocida como un derecho de todos los menores de 18 años debe garantizarse el ejercicio de este derecho considerando, las circunstancias por la que estos menores se encuentran en nuestro país.

Adopción internacional

La adopción de niños de otros países, adopción internacional, debe hacerse con las mayores garantías para el menor y atender a los problemas de salud que presentan de formas específicas por su origen y circunstancias de vida.

Niño con necesidades especiales

Niños de alto riesgo y/o con necesidades especiales

Los niños con necesidades especiales son un grupo numeroso que requiere de una mayor preocupación, no sólo en sus aspectos clínicos sino también en los aspectos psicosociales.

Prematuridad y nacidos de alto riesgo

La acumulación de problemas derivados de los avances en el área perinatal y en la atención a los niños de *alto riesgo* psiconeurosensorial y otros niños con *necesidades especiales*, plantean la necesidad de consensuar orientaciones a través de los comités bioéticos perinatales incrementando la humanización y la participación en las tomas de decisiones por parte de las familias.

Discapacidad

La prevención y la atención a los niños con discapacidad no solo en sus formas más graves debe ser otra de las prioridades en la atención a la salud infantil.

Enfermedades crónicas	Las enfermedades crónicas en la mayoría de los casos suponen limitaciones importantes en la vida de los niños no siempre contempladas en su atención y en las necesidades de apoyo para el desarrollo de las actividades de la vida cotidiana.
Enfermedades de baja prevalencia - raras	Las enfermedades de baja prevalencia requieren de avances en su investigación y atención clínica y, fundamentalmente, en los aspectos psicosociales y de apoyo social y emocional-psicológico tanto para el niño afectado como para sus familiares.
Detección precoz de las metabolopatías	Los programas de detección precoz y cribado de metabolopatías se han demostrado como de gran utilidad en la prevención de problemas graves que afectan no sólo en la infancia sino a lo largo de toda la vida de la persona, de ahí el interés de su continuidad y potenciación.
Atención temprana	La potenciación de las unidades de atención temprana como un recurso de gran utilidad para aquellos niños y familias que requieren estimulación precoz y apoyos psicosociales.
Niño con problemas de salud mental	
Salud mental infanto -juvenil	<i>La salud mental infanto-juvenil</i> requiere una especial atención, ya que debe responder al incremento de consultas por alteraciones conductuales, e implicarse en los programas de seguimiento de situaciones especiales. Sin dejar de atender a los grandes síndromes psiquiátricos infantiles, debe concretar su apoyo directo a la atención infantil integral que se pretende articular en nuestros servicios. En este sentido, adquieren especial preponderancia las terapias familiares y relacionales, cuando asistimos a un cambio importante en las referencias familiares.
Trastornos del Comportamiento Alimentario	Es recomendable intensificar y mejorar la vigilancia de los Trastornos del Comportamiento Alimentario (Anorexia y Bulimia Nerviosa) y adoptar cuantas medidas educativas y asistenciales sean necesarias para evitar su aparición.
Falta de recursos	Existe una falta en general de recursos para la atención a los problemas de salud mental de la infancia y

la adolescencia y, específicamente, de unidades de hospitalización de adolescentes.

Niño oncológico

Atención al niño oncológico

Los pacientes infantiles con cáncer deben ser referidos para su tratamiento a Centros que dispongan de los medios humanos y materiales debidamente especializados dada la complejidad de los actuales procedimientos terapéuticos.

En las unidades especializadas en Oncología pediátrica se ha podido demostrar estadísticamente la superioridad de los resultados obtenidos, respecto a los que se consiguen en servicios pediátricos generales.

Las Unidades de Cuidados Paliativos, que se han comenzado a desarrollar en estos últimos años, son fundamentales para garantizar que la fase terminal de la enfermedad, transcurra con las medidas de apoyo médico y emocional oportunas, para que el fallecimiento se produzca con el mayor confort posible.

Sexualidad

Importancia de la educación sexual

La sexualidad en la infancia y la adolescencia no debe plantearse solamente por las posibles consecuencias del acto sexual en si, como son el embarazo y la enfermedades de transmisión sexual, sino mediante una educación afectivo sexual de los niños.

Embarazos en adolescentes

La situación referente a los embarazos en adolescentes indica que una parte importante de esta población mantiene relaciones sexuales sin la utilización adecuada de métodos anticonceptivos.

Interrupciones Voluntarias del Embarazo

Como consecuencia existe un aumento de las Interrupciones Voluntarias del Embarazo, abortos, que debería prevenirse.

Enfermedades de transmisión sexual

La prevención de las enfermedades de transmisión sexual en la adolescencia requiere de un mayor conocimiento acerca de la situación respecto a este problema y de potenciar programas preventivos respecto a las consecuencias de mantener una vida sexual activa sin las necesarias garantías.

Vacunación

Eficacia de los programas de vacunación

El desarrollo de los programas de vacunación a contribuido a la eliminación de determinadas enfermedades y al no padecimiento de enfermedades infecciosas potencialmente peligrosas en la infancia

Desarrollo de nuevas vacunas

Los programas de inmunización deberían desarrollarse forma racional

Déficit de yodo

Prevención de trastornos derivados del déficit de yodo Accidentes

La gran cantidad de trabajos objetivan que muchas zonas de España padecen deficiencia de yodo y prevenir los Trastornos por déficit de Yodo mediante la promoción del consumo de sal yodada, recomendar la ingesta de otros alimentos enriquecidos con yodo y usar únicamente la sal yodada en los comedores escolares de todas las Comunidades Autónomas, así como, informar especialmente a las mujeres embarazadas y a los profesionales sanitarios que las atienden, y a los responsables de la salud infantil y recomendar no utilizar antisépticos yodados en la madre durante el embarazo y el período perinatal, lo mismo que en el recién nacido.

Accidentes

La prevención de los accidentes, primera causa de mortalidad infantil, debe ser una prioridad en el campo de la atención a la infancia, tanto por la mortalidad como por sus consecuencias sociales.

Accidentes de tráfico

Es imprescindible el incremento de la utilización de los sistemas de seguridad y la elevación de la calidad media.

• Ética

Bioética

La situación actual y la evolución prevista conlleva que se identifiquen conflictos de intereses y valores que afectan la práctica clínica y la investigación biomédica y su evolución como:

- Las irregularidades en la donación de órganos y tejidos.
- El consentimiento informado de padres y tutores para la utilización de embriones y tejido fetal.
- Las limitaciones éticas en manipulaciones genéticas y terapias génicas.

- La licitud de concebir un segundo hijo como donante.
- La opinión paterna versus criterio profesional en situaciones de discrepancia en pediatría paliativa, situaciones de resucitación y/o mantenimiento artificial de las funciones vitales del paciente.
- El criterio paterno versus opinión del niño y adolescente ante decisiones clínicas y asistenciales.
- El respeto íntegro a los derechos del niño en el proceso de investigación y experimentación biomédica con niños y adolescentes.
- El cumplimiento del derecho al consentimiento informado y a la confidencialidad de los datos clínicos.
- La intervención del pediatra en situaciones que involucren niños presuntamente maltratados o bajo sospecha de abuso sexual.

Formación

La formación continuada debe convertirse en una prioridad indispensable tanto para el profesional como para la administración sanitaria.

La formación debe incluir obligatoriamente aspectos psicosociales relacionados con la salud infantil.

En resumen, otras edades, otros riesgos, otros sectores han de concretar las líneas de trabajo para el avance en la atención infantil y de los adolescentes. La atención es preciso se abra a otros profesionales, explore otras edades y reflexione sobre estrategias que, si bien fortalecen en primera instancia el plano asistencial, también lo desbordan y complementan para colocar el acento en cuestiones como la prevención y la promoción; mostrando una inquietud especial con los niños ya afectados. El futuro debe estar en la convergencia de los esfuerzos, en la sintonía de profesionales de distintas disciplinas y de todos los sectores implicados.

Promoción
de la Salud y
Epidemiología

Salud Pública



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO