

Organización en la Atención Primaria

L. Rodríguez Molinero. Doctor en Medicina. Pediatra Acreditado por la AEP en Medicina de la adolescencia. Consulta de Adolescentes. Hospital Campo Grande (Valladolid).

Resumen

La salud integral de los adolescentes se contempla mal en los planes de salud y en las carteras de servicio de nuestro Servicio Nacional de Salud. Cuesta mucho entender si la normativa legal considera "niño" al menor de 18 años, no se incluye esta edad en la pediatría y se parcela entre esta especialidad y la Medicina de Familia, manteniendo todavía el límite en los 14 años en contra de la mayoría de las opiniones internacionales. Hay datos que sugieren que los modernos planes preventivos no pueden olvidar la importancia de la adolescencia, pues es ahí donde se adquieren y se fijan los hábitos, las costumbres y los valores determinantes de la salud de la persona. Nuestra idea es ayudar a diseñar y promover el conocimiento necesario para implementar consultas dirigidas a esta edad. Los profesionales sanitarios ocupados y preocupados por los datos macrosanitarios de la adolescencia en España tenemos muchos problemas cuando comparamos nuestra actividad con la que se realiza fuera de nuestras fronteras. Por eso insistimos en la necesidad de diseñar lugares y tiempos en beneficio no sólo de los adolescentes sino de toda la sociedad.

Palabras clave: *Adolescencia. Programas de salud. Prevención primaria*

Abstract

A generalist approach to the health needs of adolescents is poorly considered in the current plans and service portfolios of the Spanish National Health Service. It is difficult to understand if the legal regulations consider "child" those under the age of 18 years, and why this age is not allocated to pediatrics care but shared between the latter and general practitioners. Our country still maintains the limit of 14 years for pediatric care, against most international opinions. There is data suggesting that modern preventive plans cannot forget the importance of adolescence, as it is when the habits, customs and values that determine the health of the person are acquired and fixed. The aim of this article is to help design and promote the knowledge needed to implement targeted consultations at this age. Health professionals who are concerned about the macro sanitary data of adolescence in Spain encounter problems when comparing the internal activity with

that carried out outside our borders. That is why this article insists on the need to design places and times for the benefit of adolescents and of the society as a whole.

Keywords: Adolescence. Health programs. Primary prevention

Introducción

La vida en la ciudad, crea ambientes patológicos y terapéuticos. Ambos coexisten, pero en muchas ocasiones abundan los que destruyen más que los que curan.

Todos necesitamos de todos y cualquiera puede ser cuidador del otro. Son necesarios pues, espacios y tiempos, donde se puedan atender a los que "gritan"

(José Antonio Marina. Aprendiendo a vivir)

La atención al adolescente en nuestro sistema público de salud, como en el privado, es una laguna asistencial cada vez más patente

La atención al adolescente en nuestro sistema público de salud, como en el privado, es una laguna asistencial cada vez más patente. No se entiende cómo los problemas de salud prevalentes en la adolescencia se contemplan tan mal y se actúa tan poco con referencia a ellos. Por citar algunos de ellos: el fracaso escolar, los problemas de conducta, los embarazos no deseados, el inicio cada vez más precoz en el uso de tabaco y alcohol. Y la llamada patología emergente: relacionada con la salud mental, la obesidad, patología respiratoria, fatiga crónica y desmotivación, violencia, delincuencia, malos tratos, abusos, dependencias sin drogas, aislamiento social.

No se entiende que la edad pediátrica termine a los catorce años, dejando al adolescente desprotegido hasta llegar a la edad adulta

En nuestro país, ser médico y dedicarse a estas personas se convierte en una misión imposible. No se entiende que la edad pediátrica termine a los catorce años, dejando al adolescente desprotegido hasta llegar a la edad adulta. He planteado este tema en varias ocasiones a directivos, tanto de la Asociación Española de Pediatría (A.E.P.) como de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) y la respuesta ha sido la misma: hay otros asuntos prioritarios. Como colectivo, los que nos dedicamos a este tema siempre estaremos en desventaja en conocimientos y experiencias en los foros internacionales.

El método que usamos en el trabajo es la Historia Clínica (HC). A través de ella establecemos una relación humana-profesional tan profunda como cada uno quiera

Ser médico es una actitud en la vida, y un compromiso con la sociedad a través de la profesión. Es difícil definir al médico que decide atender a adolescentes. De la misma manera que hay tantas formas de vivir la adolescencia como adolescentes, los profesionales de la medicina dedicados a la adolescencia ejercemos la profesión de maneras muy diferentes. A todos nos caracteriza el querer ayudar a los pacientes. Esta relación de ayuda tiene una parte técnica y otra humanista. Pocas veces en el ejercicio de la medicina estas dos vertientes están tan ligadas como en el trato con los adolescentes y sus problemas de salud.

El método que usamos en el trabajo es la Historia Clínica (HC). A través de ella establecemos una relación humana-profesional tan profunda como cada uno quiera. El método que usamos en el trabajo es la Historia Clínica (HC). A través de ella establecemos una relación humana-profesional tan profunda como cada uno quiera. En la HC se descubren los problemas y las necesidades de salud de los pacientes, y se ponen a prueba los conocimientos y las habilidades clínicas, éticas y jurídicas del médico⁽¹⁾.

La salud integral de los jóvenes debe ser considerada como un elemento básico para el desarrollo social y económico de los países del mundo y así lo han manifestado los representantes de todos los países en las discusiones técnicas que sobre el tema fueron llevadas a cabo durante la Asamblea Mundial de la Salud No. 42, en mayo de 1989⁽²⁾.

Los médicos coincidimos en asegurar que el ser humano es una unidad biopsicosocial, pero en la práctica los programas de salud concentran los esfuerzos en la esfera biológica. Este sesgo, presente en la atención de todos los grupos de población, tiene especial relevancia en la atención de los jóvenes y adolescentes. Esto ya fue demostrado en los años 70 en Canadá por Lalonde⁽³⁾: "Los desafíos que se le presentan a las políticas de salud son pasar de un modelo basado en la curación de las enfermedades para llegar a un modelo basado en la promoción de la salud, siendo la mejor herramienta para enfrentarse a las mismas."

Algunas características de la salud del adolescente se pueden resumir en: necesidad de orientación activa, uso del Sistema Nacional de Salud, crear espacios, tiempos y profesionales motivados.

Importancia de la atención primaria

En cualquier lugar asistencial con adolescentes se puede practicar la educación para la salud, la promoción de la salud y la prevención primaria, pero especialmente desde la Atención Primaria (AP).

La encuesta del 2002 sobre salud escolar (HBSC) detecta⁽⁴⁾:

1. Menor frecuencia de conductas saludables: alimentación adecuada, aumento del sedentarismo.
2. Disminución de la autoestima, dificultad para comunicarse con los padres (especialmente el padre).
4. Hay algunas diferencias respecto al género: Las chicas dedican más tiempo a estudiar, tienen mejor rendimiento, llevan a cabo menos conducta antisocial y participan menos que los chicos en episodios de malos tratos a sus compañeros. También las chicas se perciben con peor salud que los chicos.
5. Si se compara respecto a 1990 se observa una tendencia negativa respecto a: se saltan más comidas que entonces, son más sedentarios, son más los que fuman a diario y consumen más hachís y coca.
6. Ha mejorado la salud buco dental.
7. La importancia de atender con mayor premura a aquella población adolescente en la que se produce una acumulación de factores de riesgo (baja actividad física, mala alimentación, sedentarismo y obesidad, relaciones familiares problemáticas, pertenencia a grupos de iguales promotores, a su vez, de conductas de riesgo, mal ajuste escolar y personal, etc.).

La salud integral de los jóvenes debe ser considerada como un elemento básico para el desarrollo social y económico de los países del mundo

En cualquier lugar asistencial con adolescentes se puede practicar la educación para la salud, la promoción de la salud y la prevención primaria, pero especialmente desde la Atención Primaria

Se destaca la importancia de la presión del grupo, de forma que los programas de promoción de la salud deberían ser dirigidos al grupo para intentar crear una moda de conductas más saludables que mejoren la eficacia

8. Se destaca la importancia de la presión del grupo, de forma que los programas de promoción de la salud deberían ser dirigidos al grupo para intentar crear una moda de conductas más saludables que mejoren la eficacia.
9. Nunca antes los padres se han sentido más necesitados de ayuda. Este apoyo debería ser dirigido a explicar que es la adolescencia, los cambios familiares que origina, ayudar a resolver los conflictos y a aprovechar esta etapa como oportunidad de mejora.
10. La escuela aparece como recurso indispensable de educación para la salud.

Epidemiología de la adolescencia

“La situación actual de la población mundial se caracteriza por una diversidad y un cambio sin precedentes, que se concretan en nuevos patrones de fertilidad, mortalidad, migración, urbanización y envejecimiento.”⁵

En 2009 había en el mundo 1.200 millones de adolescentes, con edades comprendidas entre los 10 y 19 años, constituían el 18% de la población mundial. Desde 1950, el número de adolescentes ha aumentado más del doble. La gran mayoría de adolescentes (el 88%) vive en países en desarrollo.

En términos generales, 1 de cada 6 adolescentes vive en los países menos adelantados. En el mundo industrializado, los adolescentes sólo representan el 12% de la población, lo que refleja el marcado envejecimiento de Europa y en particular del Japón. A nivel mundial, la proporción de adolescentes dentro de la población total alcanzó su punto más alto en la década de 1980 con algo más del 20%⁽⁶⁾. Vivimos en un mundo de economía industrial, de consumo, de producción e industrial y siguiendo el modelo de aprendizaje de Bandura, todo lo que impregna nuestra sociedad nos condiciona y enseña ⁽⁷⁾.

En España la población adolescente entre 10 y 21 años según el Instituto Nacional de Estadística a fecha de octubre de 2012 era de 5.286.706 (11,5% de la población total). La población adolescente va disminuyendo lenta y progresivamente desde el año 1988⁽⁸⁾ (Tabla I).

En España en el año 2011 murieron 732 jóvenes entre los 10 y 19 años (227 entre 10 y 14 años y 505 entre 15 y 19 años), lo que representaba el 0,3% de la mortalidad de la población total. Los accidentes y actos violentos constituyen la principal causa de muerte; van seguidos por los tumores, neoplasias, enfermedades del aparato circulatorio, del respiratorio y del sistema nervioso⁽⁹⁾.

En abril del 2011 nos sorprendió una publicación en The Lancet usando las bases de datos de la Organización Mundial de la Salud para analizar las tasas de mortalidad en 50 países entre 1995 y 2004. Este informe decía: “Las tasas de muerte en los jóvenes de 15 años ahora son más altas que en los menores de 10 años en países de altos, medianos y bajos ingresos”. En particular, los índices de mortalidad de varones de 15 años son ahora dos o tres veces más altas que las de niños varones menores de 10 años”. “La mayoría de los fallecimientos ahora son causados por lesiones” ⁽¹⁰⁾.

“Las tasas de muerte en los jóvenes de 15 años ahora son más altas que en los menores de 10 años en países de altos, medianos y bajos ingresos”

Existe otra patología menos estudiada relacionada con el estilo de vida, la imagen corporal, las carencias afectivas y alteraciones en los vínculos, las somatizaciones. Incluso podríamos hablar de una patología oculta relacionada con la misma intimidad que aflora en otros síntomas y signos físicos. Esta patología está menos estudiada y de ella se tienen menos evidencias pero está presente en la clínica a diario. Para la Organización Mundial de la Salud OMS: el 70% de la mortalidad del adulto se debe a conductas iniciadas en adolescencia⁽¹¹⁾.

Fundamentos para la atención integral de los adolescentes

a. Marco legal

La atención a adolescentes genera conflictos entre valores jurídicos relevantes, de modo que se nos plantean dilemas éticos y legales. Los valores enfrentados suelen ser la intimidad del menor, el derecho a ejercitar la patria potestad de los padres, el derecho del adolescente a recibir información y a tomar sus propias decisiones con plena autonomía (consentimiento informado) en el ámbito de su salud. La mayoría de edad legal se establece a los 18 años en la Constitución Española (Art. 12).

Según el artículo 2 de la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor, hace referencia al "MENOR MADURO": que establece "las limitaciones a la capacidad de obrar de los menores". Se trata de reconocer que no todos los menores de 18 años son inmaduros ni todos de más edad son maduros, sino aceptar en materia de salud la existencia de menores de 18 y mayores de 16 cierta capacidad de decisión. Esta categoría jurídica la otorga el profesional que una vez examinado considera que el menor es "capaz de entender el alcance de la intervención, intelectual y emocionalmente"⁽¹²⁾.

La atención a adolescentes genera conflictos entre valores jurídicos relevantes, de modo que se nos plantean dilemas éticos y legales

b. Adolescencia y derechos relativos a la salud

Algunas situaciones relacionadas con la salud, la intimidad, el derecho a la identidad, la nacionalidad, la desarrollo de la sexualidad etc., se han dado en llamar derechos personalísimos ya que son inalienables e irrenunciables. Otros derechos a la intimidad, el acceso a la Historia clínica, a la información sanitaria, a la autonomía y al consentimiento informado ⁽¹³⁾.

¿Quién atiende a los adolescentes en España?

En Europa los límites asistenciales son los 18 años. Hay tres tipos de países según el modelo de atención a los niños y adolescentes: países donde el niño es visto solamente por pediatras (Chequia, Eslovaquia, España, Eslovenia, Chipre, Grecia, Israel); países en que se atienden indistintamente por Pediatras y Médicos de Familia (Bélgica, Francia, Lituania, Suiza, Islandia, Luxemburgo, Hungría, Italia, Austria y Alemania) y países en que son los Médicos de Familia los responsables de la asistencia (Irlanda, Bulgaria, Noruega, Estonia, Dinamarca, Suecia, Holanda, Finlandia, Polonia, Reino Unido, Letonia y Portugal). Predomina el tipo de asistencia pública en más del 80% de la Unión Europea. El 40% de los pediatras trabajan en Atención Primaria. En 20 de los 29 países la formación profesional dura 5 años, 3 de los cuales son comunes y 2 de especialidad ⁽¹⁴⁾.

Cómo son nuestras consultas y como deberían ser

"...el pediatra es la puerta de entrada al sistema de salud de la población infantil y responsable de su atención integral." Real Decreto 137/1984 y La Ley General de Sanidad 14/1986."

La circunstancia más importante para atender a adolescentes, no es disponer de espacios bien diseñados, sino el dedicarles el tiempo suficiente

En nuestro sistema nacional de salud, los niños a partir de los 14 años son atendidos por los médicos de familia, y en los hospitales, en los servicios de medicina interna. Esta norma impide la asistencia integral al adolescente, sobre todo en la adolescencia media (14-16 años). Por parte de los pediatras, no existe un interés por esta edad, y prueba de ello es la escasa asistencia a los temas relacionados con la adolescencia.

La circunstancia más importante para atender a adolescentes, no es disponer de espacios bien diseñados, sino el dedicarles el tiempo suficiente. El adolescente entiende la incomodidad de algunos espacios, pero no entiende el poco tiempo que se le dedica, y que considera insuficiente para sentirse atendido. Cualquier espacio puede valer, siempre que se dedique tiempo a crear un ambiente de ayuda ⁽¹⁾.

Características físicas de una consulta de adolescencia

La red asistencial en España es suficiente y está infrautilizada en lo tocante a la asistencia a los adolescentes. En España el mapa asistencial está formado por Zonas Básicas de Salud y en cada una hay un Centro de Salud dotado de Médicos de familia, Pediatras, Enfermeras, Matronas, Trabajadores Sociales, Auxiliares de Clínica y Personal Administrativo. Cada varias Zonas Básicas de Salud existe un Hospital de 2º nivel.

En España se atienden adolescentes en la red asistencial convencional. No está reconocida la especialidad en Medicina de la Adolescencia y la edad está dividida entre la Medicina de Familia y la Pediatría en AP. En el hospital se sigue el modelo de las especialidades: menos de 14 años en los servicios de pediatría y mayores en Medicina Interna o las especialidades quirúrgicas.

A la hora de diseñar un modelo físico de infraestructura para atender a adolescentes creo interesante seguir el modelo publicado por Unicef en Argentina en colaboración con la Sociedad Argentina de Pediatría y Salud y Adolescencia, entre otras instituciones ¹⁵ ("Guía de recomendaciones para la Atención Integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad"). Estos espacios deben ser equitativos, accesibles, apropiados y efectivos y tendrán unas características:

Deben estar situados en lugares donde exista una mayor población de adolescentes. Garantizarán la privacidad. El espacio deberá estar separado de otras áreas de atención. Tendrán una señalización adecuada. En la sala de espera habrá la máxima información sobre los servicios al adolescente, incluidos horarios y consultas de urgencia.

a. Infraestructura

Recepción. Sala de espera para adolescentes, amigos y familiares donde se puedan realizar talleres sobre educación y promoción de la salud así como prevención primaria (vacunaciones pendientes, valoración del crecimiento, dinámicas familiares, valoración rendimiento escolar...)

Despacho de consultas individuales preparadas para personas con movilidad reducida.

Sala de reuniones. Servicios sanitarios próximos. Buzón para sugerencias.

b. Recursos humanos

Pediatras o Médicos de familia, personal de enfermería (dedicación exclusiva), auxiliar de clínica y trabajadora social (ambos con dedicación parcial). Los profesionales implicados en la atención clínica directa deberán tener una formación en el desarrollo biopsicosocial del adolescente, sobre el crecimiento, saber valorar las principales motivos de consulta y estar al corriente de la legislación que les afecta.

La ausencia de una infraestructura ideal, no es óbice para no procurar una atención de calidad. Por tanto se deberá buscar a los profesionales que por su perfil humano y académico sean los más idóneos para prestar la atención.

La ausencia de una infraestructura ideal, no es óbice para no procurar una atención de calidad

c. Objetivos de una consulta de Atención primaria para adolescentes

Organizar tareas de educación para la salud, de promoción de la salud y prevención primaria.

Identificar los problemas de salud prevalentes en la Zona Básica de salud.

Tener protocolos y guías escritas sobre los problemas identificados.

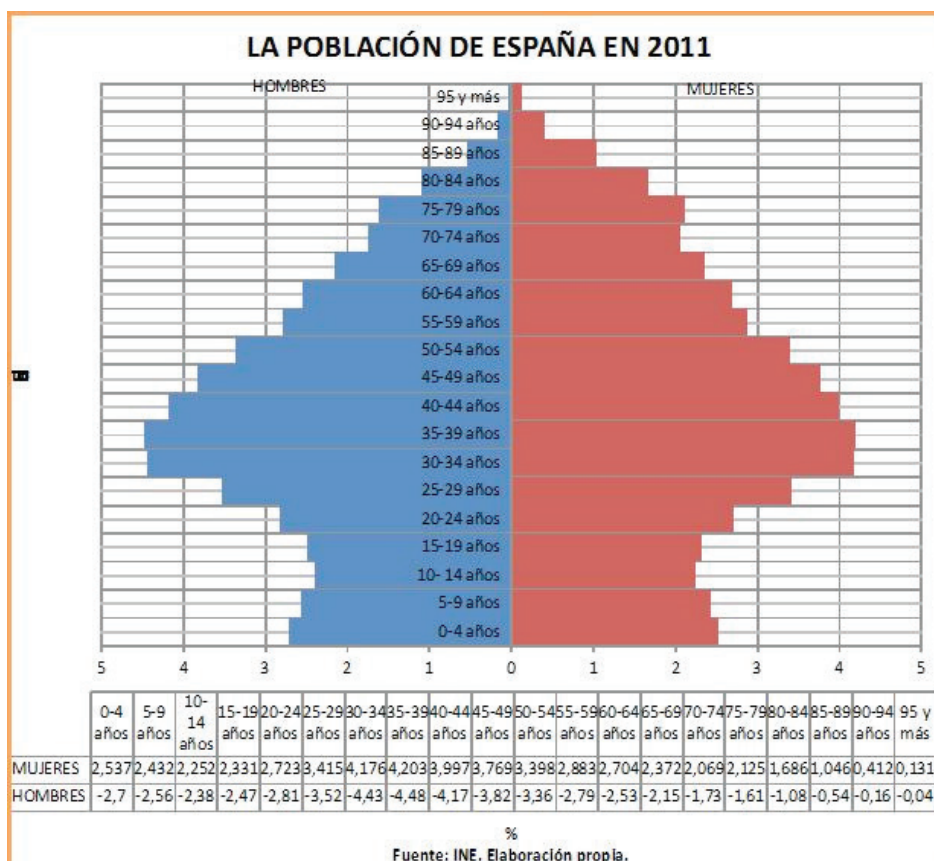
Organizar docencia a los MIR o EIR.

Participar en actividades comunitarias de divulgación.

Llevar un registro de actividades clínicas y asistenciales que puedan ser fuente de investigación y publicaciones.

Figuras

Figura 1



Preguntas tipo test

1. La característica más relevante en la atención al adolescente es:

- a) Disponibilidad.
- b) Satisfacción.
- c) Flexibilidad.
- d) Son ciertas a y b.
- e) Son ciertas todas las anteriores.

2. En la atención al adolescente en España ¿cuál no es cierta?

- a) Está muy poco desarrollada, no hay formación pregrado, postgrado ni MIR.
- b) Los profesionales sanitarios al no encontrarse preparados ni formados, rechazan al adolescente, la atención es más deficiente que en otras edades.
- c) Al adolescente lo atienden diferentes especialistas y no se le da una atención integral a su salud.
- d) Existen barreras para la atención del joven y se pierde en el sistema sanitario.
- e) Todas son ciertas.

3. ¿Qué es lo más importante en la entrevista con el adolescente?

- a) Un lugar adecuado y hacerse amigo del adolescente.
- b) Buen conocimiento técnico del desarrollo puberal.
- c) Conocer el lenguaje de moda entre los adolescentes.
- d) Conocer a la familia.
- e) Tratar al adolescente con respeto a su intimidad y no juzgar sus actos.

Respuestas en la página 116

Bibliografía

1. Rodríguez Molinero L. ¿Cómo atender al adolescente? *Adolescere* 2013; 1 (2): 15-21 <http://www.adolescenciaesema.org/como-atender-al-adolescente-luis-rodriguez-molinero-revista-adolescere-2013-i-2-15-21/>
2. Organización Mundial de la Salud. Documento Básico para las Discusiones Técnicas sobre la Salud de los Jóvenes. 42ª. Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, 1989.
3. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Government of Canada. 1974. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
4. Los adolescentes españoles y su salud. Ministerio de Sanidad y consumo. <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/adolesResumen.pdf>
5. La situación demográfica en el mundo 2014. Prefacio. <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es.pdf>
6. Naciones Unidas, Departamento de Economía y de Asuntos Sociales, División de Población, Perspectivas de Población en el Mundo: Revisión de 2008, www.esa.un.org/unpd/wpp2008/index.htm. <https://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/Las-tendencias-demograficas.pdf>
7. Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. A Bandura y R Walters. Alianza Editorial. 1990
8. Instituto Nacional de Estadística. Censo de población de 1998. Tomo 1. Resultados Nacionales. Características generales de la población. Madrid; 2011.
9. Instituto Nacional de Estadística. Censo de población de 2011. Tomo 1. Resultados Nacionales. Características generales de la población. Madrid, 2012.
10. 50-year mortality trends in children and young people: a study of 50 low-income, middle-income, and high-income countries Russell M Viner, Carolyn Coffey, Colin Mathers, Paul Bloem, Anthony Costello, John Santelli, George C Patton Russell M Viner, Carolyn Coffey, Colin Mathers, Paul Bloem, Anthony Costello, John Santelli, George C Patton *The Lancet* V 377 Issue 9772 pages 1162-1174, 2 april 2011
11. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. Matilde Magdalena, MD, MPH; Paola Morello, MD, MPH; Francisca Infante-Espínola, Ed M Salud pública Méx vol.45 supl.1 Cuernavaca ene. 2003
12. Aspectos legales de la atención al adolescente. F. León Vázquez. 9º Curso AEPap. Madrid. 2012. http://cursosaeapap.exlibrisediciones.com/files/49-89-fichero/9º%20Curso_Aspectos%20legales%20de%20la%20atención.pdf
13. R. Molinero L y Jääkeläinen F. La atención al adolescente y los aspectos legales. *An Pediatr Contin*. 2014; 12:152-5 - Vol. 12 Núm.03 <http://www.apcontinuada.com/es/la-atencion-al-adolescente-los/articulo/90332762/>
14. Domínguez, B. y Valdivia, C.: La pediatría de atención primaria en el sistema público de salud del siglo XXI. Informe SESPAS 2012. *Gac. Sanit.* 2012; 26(S):82-87
15. Guía de recomendaciones para la Atención Integral de adolescentes en espacios amigables y de calidad https://www.unicef.org/argentina/spanish/2012_Guia_Clinica_Sap_Unicef.pdf