

## Aspectos sociosanitarios y salud de la población infantil preescolar

C GARCIA CABALLERO\*, M<sup>a</sup> R LOPEZ JIMENEZ\*\*, C BONET DE LUNA\*\*\*, M<sup>a</sup> T MUÑOZ CALVO\*\*\*\*, A MUÑOZ HOYOS\*\*\*\*\*, M LOPEZ RIVAS\*\*\*\*\*, M ALAEZ, E CORTIZO, S ENRECH SALAZAR, A FERREIRO, I HOYAS DE SALAS, R MARTIN SALDAÑA, J MARTINEZ ROMERO, C MATEOS, J A MOLINA FONT, C MONEREO GONZALEZ, J ORBE CANO, M POMBO ARIAS, M PUMAREGA, P RINCON VICTOR, T RODRIGUEZ CABEZAS y J UBEROS

\* Unidad de Pediatría Social. Hospital Infantil «La Paz». Madrid. \*\* Profesor titular de Bioestadística. Universidad Autónoma de Madrid. \*\*\* Pediatra de Atención Primaria. Madrid. \*\*\*\* Hospital del «Niño Jesús». Madrid. \*\*\*\*\* Profesor titular de Pediatría. Universidad de Granada. \*\*\*\*\* Hospital Universitario de Santiago de Compostela.

### INTRODUCCION

Se ha comentado con demasiada frivolidad y con excesiva frecuencia que la infancia nunca ha gozado de tanta salud como en la actualidad. Es cierto. Pero también podría ponerse en entredicho esta afirmación. Muchos millones de niños del mundo entero mueren, cada día, de hambre, de miseria, de enfermedades infecciosas. Para atestiguarlo no basta con acercarse a los países menos desarrollados. Aunque parezca un gran contrasentido, también en las naciones más ricas y poderosas existen importantes bolsas de población infantil con elevado riesgo, que precisan mejorar su salud, su grado de bienestar y su nivel educativo (1).

Ya nadie pone en tela de juicio que la enfermedad y la salud presentan una distribución desequilibrada. Ello responde, en gran medida, a las desigualdades socioeconómicas y culturales apreciadas entre los individuos y entre las comunidades. A pesar de los importantes avances tecnológicos y científicos acaecidos en los últimos lustros se siguen observando grandes diferencias en las tasas de morbimortalidad y en otros indicadores de salud de la población infantil, dependiendo de la clase social a la que pertenezcan los niños (1-7).

Se ha hecho clásica ya la aportación de LALONDE (8) en la que afirma que el nivel de salud alcanzado por una comunidad depende de cuatro grandes variables: la biología humana, el medio ambiente (físico y so-

cial), el estilo de vida (conductas de salud) y el sistema de asistencia sanitaria. De acuerdo con SALLERAS (9), excluyendo los aspectos relacionados con la biología humana, los tres restantes factores pueden modificarse de manera favorable. A ellos, por tanto, deberían prestarse una especial y prioritaria atención y destinarse los recursos precisos.

Este trabajo, correspondiente a la segunda Ponencia de la XXI Reunión Anual de la AEP, pretende conocer algunos índices e indicadores de salud de una muestra de población preescolar española y sus relaciones con diversos aspectos sociosanitarios que concurren en el entorno de los mencionados niños.

En esta ocasión, como en tantas otras, lo mejor ha sido enemigo de lo bueno. El ideal, que hemos señalado repetidas veces, recurso habitual que debería estar al alcance de cualquier país desarrollado, hubiera sido analizar el material aportado por bancos de datos sociosanitarios (locales, autonómicos y estatales), cuya información debería proceder, rutinariamente, de fichas epidemiológicas (informatizadas e incorporadas al obligatorio carnet de salud infantil), de los diagnósticos de salud de la comunidad (a realizar sistemáticamente en los centros de atención primaria y análogos) y de diversos datos aportados por otros centros sociales y asistenciales. Sólo así se podrán confeccionar, desarrollar, evaluar, corregir y reelaborar, adecuadamente, los necesarios programas pediátricos de promoción de la salud.

En ausencia de esta información y ante la imposibilidad de conocer la gran mayoría de los índices e indicadores de salud de nuestros preescolares —hacemos excepción de diversos datos demográficos, enfermedades de declaración obligatoria, algunas tasas de mortalidad y poco más—, creemos que puede resultar muy interesante y útil repasar y analizar los resultados del presente trabajo, el cual debe considerarse como un boceto o diseño de un proyecto mucho más ambicioso y representativo, capaz de ofrecer a los Organismos

### Correspondencia:

C García Caballero.  
Jefe de la Unidad de Pediatría Social.  
Hospital Infantil «La Paz».  
Paseo de la Castellana, 261.  
28046 Madrid.

Recibido: marzo, 1990.  
Aceptado: julio, 1990.

interesados —incluida la AEP— el conocimiento puntual de la situación sociosanitaria de nuestros niños.

Antes de pasar al desarrollo del trabajo es preciso dar una somera respuesta a dos hechos concretos: 1.) ¿qué concepto de salud vamos a adoptar?, 2.) ¿qué unidades de medida se van a aplicar para valorar la salud de nuestros preescolares?

Partiendo del análisis crítico de la clásica definición de salud de la OMS (10) —declaración de buenas intenciones e hito importante en su época debido a sus aspectos innovadores, a su terminología y a la referencia que hace, por vez primera, a las áreas somática, mental y social, pero que es, al mismo tiempo, utópica, estática, subjetiva e ignora la capacidad funcional—, Terris elaboró otra (11) más operativa, cimentada en aspectos subjetivos (bienestar) y en aspectos objetivos (funcionamiento). Esta definición de Terris adolece, en cambio, de la capacidad de diferenciar y deslindar la salud de la enfermedad en diversos momentos y circunstancias. Esta circunstancia negativa se obvia con el concepto de salud ofrecido por SALLERAS (12): «el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento permitidos por los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad». Para este autor se trata de un «continuo salud-enfermedad» y no, de un estado de salud. Nosotros creemos que es más apropiado hablar de un proceso dinámico salud-enfermedad, constantemente influenciado por los diversos condicionantes de la salud de LALONDE (fig. 1).

Siguiendo las directrices de la Organización Mundial de la Salud y de diversos autores (13-19) hemos utilizado como unidades de medida para valorar este proceso dinámico en nuestros preescolares diversos índices e indicadores de salud, que para una mejor operatividad se han clasificado en positivos, negativos, de medios, de resultados, de funcionamiento y sociales.

Como en otras circunstancias, se contempla, por desgracia, que los gastos destinados al sector sanitario no siempre guardan relación con las prioridades en el campo de la salud (8) que los conocimientos y las actitudes de los padres, así como los modelos de asistencia, repercuten en la salud de los niños y que sin una adecuada promoción social resultará muy difícil modificar y mejorar el nivel de salud de los individuos y de las comunidades.

## MATERIAL Y METODOS

### A. Material

#### 1. Población

La población objetivo del estudio han sido los niños de aproximadamente dos años de edad que habitan en la mitad occidental de España.

Nuestra forma de acceso a esta unidad de muestreo fue a través de pediatras pertenecientes a diferentes sociedades de pediatría que constituyen la Asociación Española de Pediatría (AEP). Este es el motivo por el que optamos a realizar

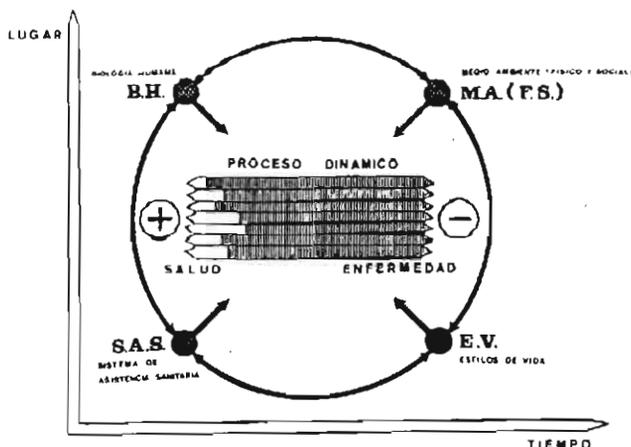


FIG. 1.

un esquema de muestreo estratificado, que es el más operativo en este tipo de estudios y que lleva a una mayor precisión en las estimaciones realizadas.

Las variables seleccionadas para las sucesivas estratificaciones fueron: a) área geográfica, b) hábitat del niño, c) tipo de asistencia sanitaria recibida.

A través del Anuario Estadístico de España (20) pudimos conocer los datos sobre nacimientos en el año 1986 en España, que nos sirvieron como base de referencia para estimar la población infantil de dos años perteneciente a cada una de las distintas áreas geográficas. Una vez conocido el tamaño poblacional de las citadas áreas decidimos elegir un tamaño muestral que, aun para la menor de aquellas, permitiera realizar estimaciones de las proporciones sin recurrir a cálculos especiales para muestras pequeñas. Esto se conseguía tomando como cuota de muestreo un 5 por 1.000 (5 por cada 1.000 niños de dos años de edad).

#### 2. Hábitat

La siguiente variable de estratificación fue el tamaño del hábitat, de modo que el total de encuestas a recoger en cada área geográfica se repartiera proporcionalmente al tamaño de la población de nacimientos en municipios de más de 20.000 habitantes o de menos de esta cantidad (21), incluyendo, lógicamente, en el primer estrato a las capitales de provincia.

#### 3. Tipo de asistencia sanitaria

Finalmente se introdujo como variable de estratificación el tipo de asistencia sanitaria puesto que, aunque la Seguridad Social cubre prácticamente el total de la población, también existen datos sobre el número de habitantes de los seguros privados o que acuden a la asistencia privada (22, 23).

Fijamos una cuota igual para todas las áreas geográficas y sólo para poblaciones de más de 20.000 habitantes hemos seleccionado un 75 por 100 de los niños a través de la Seguridad Social, un 20 por 100 a través de los Seguros Privados y un 5 por 100, de consultas privadas.

#### 4. Muestra seleccionada

Por diversas razones de operatividad sólo se han podido recoger y procesar las encuestas de tres zonas geográficas:

Andalucía Oriental, Galicia y Comunidad de Madrid. Para ellas exponemos el diseño muestral seguido (fig. 2). En estas tres áreas geográficas se recogieron un total de 554 encuestas, que puede considerarse como una muestra por conglomerados, dentro de las diversas áreas geográficas definidas en la mitad occidental de España.

5. Recogida de información

Ha respetado básicamente el diseño realizado, lo que hace validar los resultados obtenidos. Se han recogido 540 encuestas válidas (la pérdida ha sido de un 2,5 por 100)

En base a los tamaños muestrales obtenidos, el máximo error de muestreo para la proporción estimada en cada uno de los estratos es de 3,5, 4,4 y 3,35 por 100, respectivamente, mientras que en la muestra global es de un 2,3 por 100.

6. Encuesta

El cuestionario en el que se basa este estudio ha sido diseñado para obtener información de muchos aspectos sanitarios y sociales de la población de niños de dos años, españoles.

En general, podemos agrupar los resultados en siete bloques:

- Filiación y aspectos generales: sexo, Sociedad de Pediatría, autonomía, provincia, núcleo de población (mayor o menor de 20.000 habitantes, capital de provincia).
- Nivel socioeconómico (según el grupo ESOMAR): instrucción del padre y de la madre, profesión, clasificación social.
- Tipo de sanidad utilizada preferentemente: pública, seguros privados, privada.
- Índices positivos de salud: crecimiento [según las tablas del prof. M Hernández, desarrollo (test de Denver)].
- Índices negativos de salud: accidentes (clasificación según el Comité de Accidentes de la AEP) hospitalizaciones, caries, infecciones respiratorias de repetición.
- Índices de resultados: alimentación (lactancia materna, introducción de alimentación complementaria, glu-

ten y leche entera de vaca), vacunas (calendario vacunal vigente en cada autonomía).

- Índices de medios y de funcionamiento: control de embarazo (características y contenido), exámenes pediátricos de salud, consultas habituales de pediatría (cronología y contenido). En los exámenes de salud se ha valorado la adecuada cronología (al menos, recién nacidos, primera semana, un mes, tres, seis, nueve, doce y dieciocho meses y dos años) y el contenido de los mismos (historia clínica, carnet de salud, crecimiento con gráficas, test de desarrollo, calendario vacunal, exploración completa desnudando al niño, consejos sobre puericultura y educación para la salud).

B. Método

Con las encuestas recogidas hemos creado una base de datos flexibles y manejables, en el sentido que puede ser ampliada o modificada, pudiendo aprovechar la información recogida. Para ello se ha diseñado una ficha que contiene la información de la encuesta preparada para ser archivada y procesada automáticamente en un ordenador personal compatible. Las preguntas de la encuesta han dado lugar a 58 variables, unas numéricas y otras categorizadas con el diseño que presentamos.

Constituida la base de datos con las 540 fichas, hemos procedido a su exploración estadística. En ella hemos realizado una parte descriptiva, donde obtenemos la distribución de frecuencias de todas las variables de interés y las correspondientes proporciones de aparición de las categorías. Asimismo, hemos calculado los valores de referencia, básicos para las variables cuantitativas (media, desviación típica, etc.). Posteriormente se obtuvieron las posibles asociaciones de las variables más llamativas y significativas, utilizando el criterio de la chi-cuadrado para tablas de contingencia (24), realizando las agrupaciones necesarias (tanto para la muestra global como para cada una de los núcleos de población antes citados, dado que se observaron diferencias entre ellos en la distribución de algunas de las variables).

RESULTADOS

A. Descriptiva

Se realizaron un total de 540 encuestas. El 50,3 por 100 eran varones y el 49,6 por 100, hembras. El 65,6 por 100 pertenecían a la clase social media y media baja; el 13,0 por 100, a la media alta y alta, el 19,8 por 100, a la baja.

El 65,7 por 100 de los encuestados acudió preferentemente a la Seguridad Social para exámenes de salud; el 15,6 por 100, a entidades privadas, y el 18,6 por 100, a médicos privados. Porcentajes similares se obtuvieron al encuestar sobre el tipo de sanidad escogido en enfermedad banal e importante. Cuando se precisó tratamiento quirúrgico aumentó la utilización de la Seguridad Social (77,4 por 100) y disminuyó la de la medicina privada (3,8 por 100).

Tuvieron un peso del p 10 el 15,9 por 100 de los niños y mayor del p 90, el 17,2 por 100. Talla menor del p 10, el 14 por 100 y mayor del p 90, el 23,8 por 100. Perímetros cefálicos menores del p 10, el 12 por 100 y

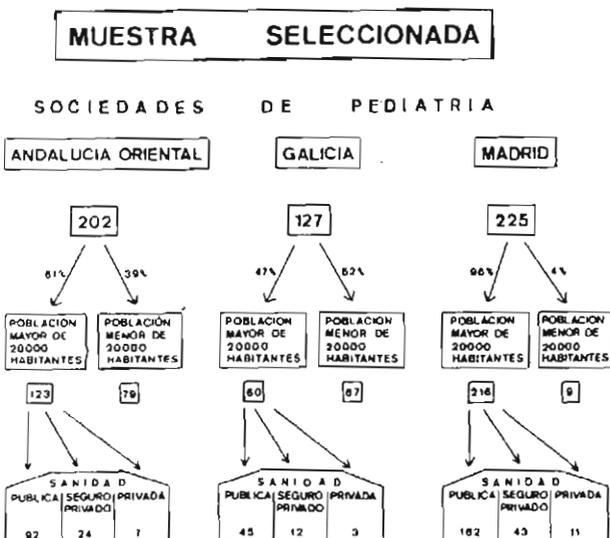


FIG. 2.

mayores del p 90, el 12,7 por 100. La relación peso/talla se encontró por debajo del p 10 en el 18,3 por 100 y por encima del p 90 en el 16,3 por 100.

El test de Denver fue normal en el 89 por 100 de los encuestados, dudoso en el 7,5 por 100 y retrasado en el 3,3 por 100.

El 39,4 por 100 de los niños encuestados presentó más de seis infecciones respiratorias/año y el 12,2 por 100, caries. El 37,9 por 100 ha sufrido un accidente durante los dos años de vida (con o sin tratamiento médico), siendo las caídas la causa más frecuente de los mismos. El 14,4 por 100 ha tenido dos accidentes y el 5,5 por 100, tres.

El 8,6 de los niños está inadecuadamente vacunado, no encontrándose niños sin vacunar.

Han recibido lactancia materna durante más de tres meses el 26,1 por 100; entre uno-tres meses, el 42,2 por 100; menos de un mes, el 7,1 por 100 menos; de tres semanas, el 1,3 por 100, y lactancia artificial, desde un principio, el 24,2 por 100. El 44,5 por 100 de los niños recibió leche entera de vaca antes de los doce meses; el 28,6 por 100, gluten antes de los seis meses, y el 21,1 por 100, alimentación complementaria antes de los tres meses.

Un 10,5 por 100 de las madres efectuaron menos de cuatro controles durante su embarazo y el 43,5 por 100, entre siete y nueve controles. Durante la gestación, a un 17 por 100 no se les pesó mensualmente a partir del quinto mes; a un 16,7 por 100 no se les controló adecuadamente la tensión arterial; a un 34 por 100 no se les realizó ningún tipo de screening de enfermedades infecciosas (TORCH), a un 37,7 por 100 no se les efectuó analítica urinaria mensualmente, a partir del quinto mes y a la mayoría de las madres (77,5 por 100) no se les hizo marcadores de virus de la hepatitis B en el tercer trimestre de su embarazo. No fueron realizadas ecografías a las dieciséis y veintiocho semanas de gestación en el 30 por 100 de las madres gestantes. El 65 por 100 de éstas no se preparó para el parto y el 70,8 por 100 no recibió ningún tipo de educación pediátrica para la salud durante su embarazo.

El 61,6 por 100 de los partos tuvieron lugar en maternidades de hospitales terciarios, mientras que el 23,6 por 100, en hospitales primarios. Del total de estos partos, el 79,75 por 100 fueron eutócicos; el 9,8 por 100, por cesárea, y el 4,85 por 100, instrumentales.

La mayoría de los exámenes pediátricos de salud — el 87,8 por 100 — fueron realizados por pediatras. De los restantes, el 4,8 por 100 por médicos generales o de familia y el 5,9 por 100, por enfermeras. La cronología de la realización de estos exámenes no fue la idónea en el 22,6 por 100 de los casos y el contenido de los mismos se consideró inadecuado en el 22,8 por 100 de los casos (en un 30,7 por 100 no se escribe la historia clínica, en un 49,5 por 100 no se cumplimenta el carnet de salud, etc.). El 20,5 por 100 de los niños no son desnudados para explorarles y a un 32,15 por 100 se les dedica menos de diez minutos, de manera habitual, por consulta.

## B. Analítica

En relación con las asociaciones, el mayor interés se ha centrado en investigar las existencias entre clase social, instrucción materna, núcleos de población, educación para la salud y tipo de sanidad con los índices de resultados, índices positivos e índices de funcionamiento.

### 1. Clase social (fig. 3, 4 y 5)

a) **Alimentación.** Las clases sociales bajas ( $p < 0,001$ ) introdujeron antes la leche entera de la vaca en la alimentación de sus hijos. Las madres de clases más acomodadas dieron el pecho durante más tiempo ( $p < 0,01$ ) y administraron más tardíamente el gluten ( $p < 0,001$ )

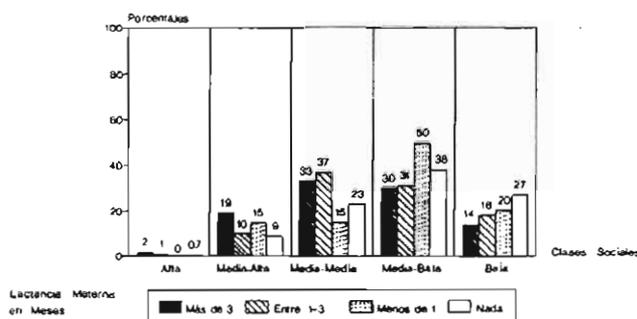


FIG. 3.

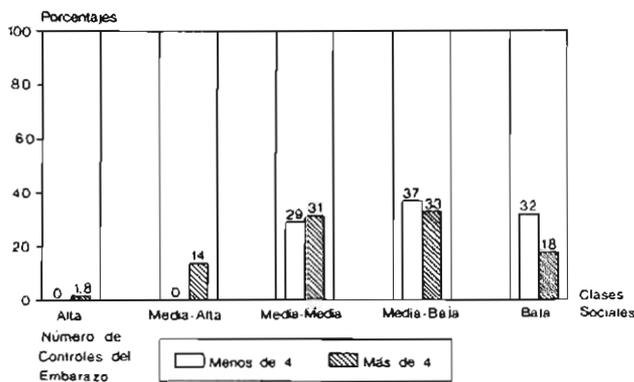


FIG. 4.

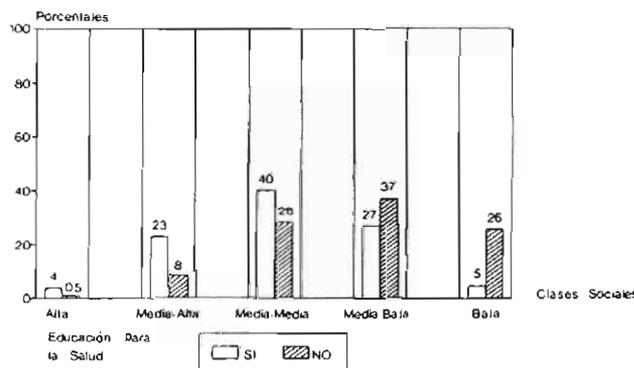


FIG. 5.

- b) *Control de embarazo.* Las mujeres pertenecientes a las clases alta y media-alta realizaron más exámenes durante el embarazo ( $p < 0,01$ ), un mejor control ecográfico ( $p < 0,001$ ), recibieron una más adecuada educación para la salud ( $p < 0,001$ ) y se prepararon mejor para el parto ( $p < 0,001$ ).
- c) *Exámenes pediátricos de salud.* A los niños pertenecientes a las clases más elevadas se les realizaron mejores exámenes de salud ( $p < 0,001$ ).
- d) *Tipo de sanidad.* Sólo se obtuvieron diferencias significativas, dependiendo del tipo de sanidad elegido, en los exámenes de salud. En relación con los tipos de asistencia privada, las clases más bajas utilizan más las sociedades médicas y las más altas, al pediatra privado.

2. *Instrucción materna*

- a) *Calendario vacunal.* Casi de forma significativa ( $p < 0,1$ ) los hijos de las madres más preparadas están mejor vacunados.
- b) *Alimentación.* A los hijos de madres más instruidas se les introdujo más tardíamente la leche entera de vaca ( $p < 0,001$ ) y el gluten ( $p < 0,001$ ). En estas madres el porcentaje de las que dan el pecho y su duración es mayor.
- c) *Relación peso/talla.* Es más normal en los hijos de las madres con mayor nivel de instrucción ( $p < 0,01$ ).
- d) *Control de embarazo.* Las madres más instruidas controlaron mejor su embarazo ( $p < 0,001$ ), se prepararon para el parto más adecuadamente y recibieron más y mejor educación sanitaria ( $p < 0,001$ ).
- e) *Exámenes pediátricos de salud.* El contenido de estos exámenes es más adecuado en los hijos de madres más instruidas ( $p < 0,05$ ).
- f) *Tipo de sanidad.* Las madres de mejor nivel acudieron a consultas de sociedades de seguros y a pediatras privados con mayor frecuencia de lo esperado ( $p < 0,001$ ).

3. *Población* (fig. 6)

- a) *Crecimiento y desarrollo.* Los niños que habitan en poblaciones de menos de 20.000 habitantes presentaron peor relación peso/talla ( $p < 0,01$ ) y mayor porcentaje de retraso en el desarrollo ( $p < 0,01$ ).
- b) *Alimentación.* A los niños que viven en núcleos menores de población se les introdujo antes la leche entera de vaca, la alimentación complementaria y el gluten ( $p < 0,001$ ). Sin alcanzar significación estadística, la lactancia materna fue menos duradera.
- c) *Socioeconomía.* En las capitales se agrupan las familias con mejores condiciones socioeconómicas ( $p < 0,001$ ).
- d) *Control de embarazo.* En el medio rural se observa con más frecuencia ( $p < 0,001$ ) insuficientes

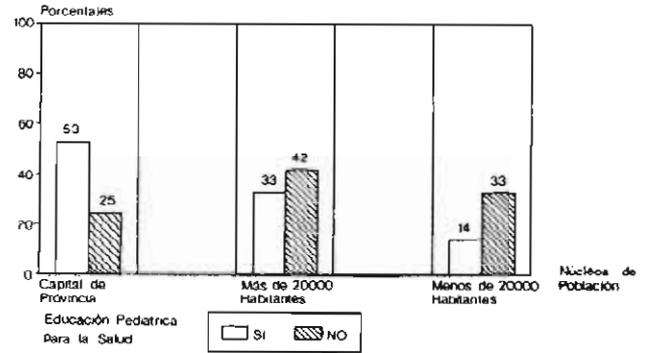


FIG. 6.

- controles del embarazo e inadecuación de los controles analíticos y ecográficos. En estos lugares las mujeres recibieron menos preparación para el parto y educación para la salud ( $p < 0,001$ ).
- e) *Exámenes pediátricos de salud.* Tienen peor contenido ( $p < 0,001$ ) en las zonas rurales menos pobladas.
- f) *Tipo de sanidad.* La población que habita en las capitales de provincia acude más con sus hijos a las consultas de las sociedades médicas y de los pediatras privados, mientras que la de los restantes núcleos va más a la Seguridad Social ( $p < 0,001$ ).

4. *Educación para la salud* (figs. 7 y 8)

La recepción de educación sanitaria redujo significativamente la presencia de caries ( $p < 0,05$ ) disminuyó la introducción precoz de leche entera de vaca ( $p < 0,001$ ), la de gluten ( $p < 0,001$ ) y favoreció una mayor duración de la lactancia materna ( $p < 0,01$ ).

5. *Tipo de sanidad* (figs. 9 y 10)

Los niños que utilizaron seguros privados tienen menor alteración, por defecto, de la relación peso/talla. Entre los que acuden a la Seguridad Social esta relación se halla en mayor cuantía por encima de lo normal ( $p < 0,05$ ). Las madres que acuden preferente-

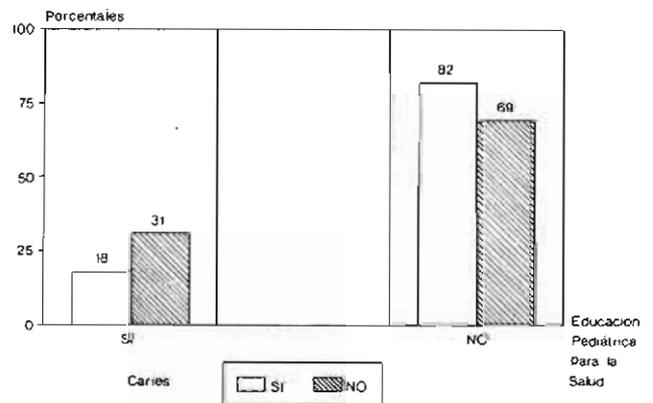


FIG. 7.

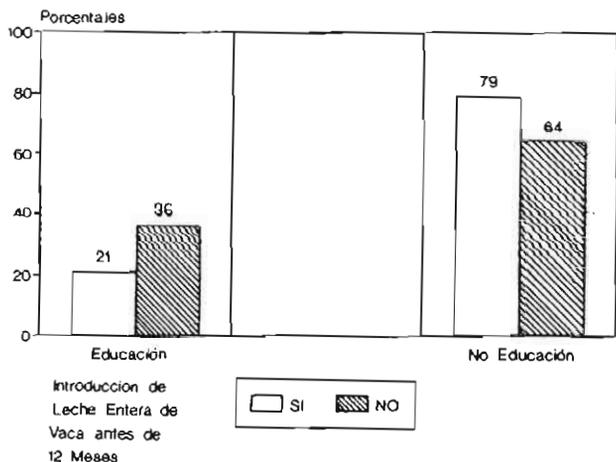


FIG. 8.

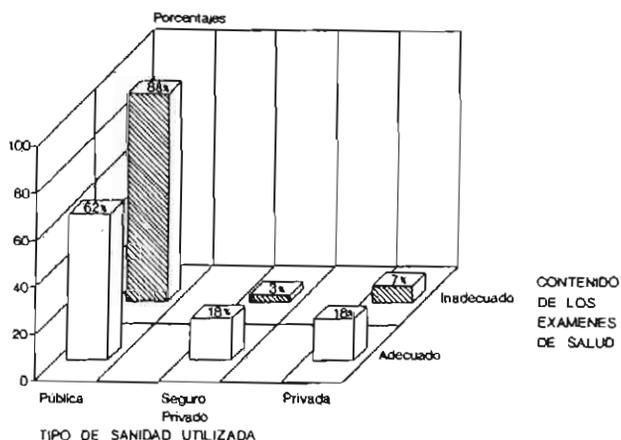


FIG. 9.

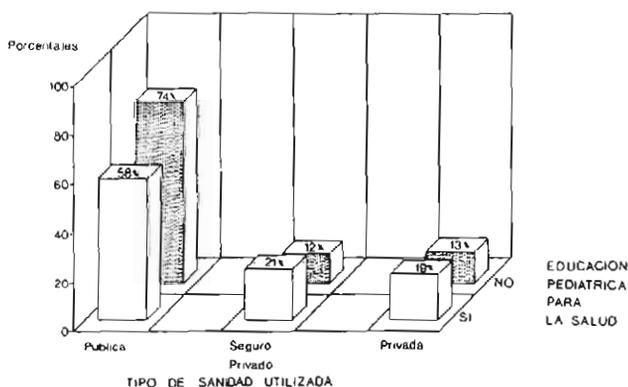


FIG. 10.

mente a la Seguridad Social introducen antes la leche entera de vaca ( $p < 0,01$ ) y el gluten ( $p < 0,01$ ) y aunque no de forma significativa ( $p < 0,1$ ) diversifican antes de la alimentación que las que acuden a consultas privadas. Los exámenes de salud realizados en las sociedades y en las medicina privada ( $p < 0,001$ ) presentan un mejor contenido, y las madres que acuden a las mismas reciben más educación sanitaria ( $p < 0,05$ ).

## COMENTARIOS

Hemos elegido, entre los preescolares, a los niños de dos años porque, pensamos, a esta edad la madre ha tenido tiempo suficiente para establecer contacto con el pediatra, instaurar una pauta alimenticia y administrar una serie de cuidados sanitarios importantes (vacunas, etc.) Además, no ha pasado excesivo tiempo desde el nacimiento y el recuerdo del control del embarazo no supone un esfuerzo importante de memoria y los datos ofrecidos por la madre son fiables.

En cuanto al niño, a esta edad es capaz de colaborar suficientemente para asegurar un buen test de Denver, ha pasado tiempo para padecer enfermedades y accidentes y ha debido recibir, completas, las primeras dosis del calendario vacunal, muy importantes.

La encuesta-cuestionario es amplia. Nuestra intención inicial no fue profundizar en un determinado aspecto, sino hacer un screening de facetas sanitarias que se consideran prioritarias en la actualidad. Para diseñar estudios y programas es necesario, en primer lugar, hacer un diagnóstico de salud. Sería presuntuoso afirmar que este trabajo representa un diagnóstico de salud de los niños españoles de dos años o de los que viven en las comunidades estudiadas. Pero constituye una primera aproximación, lo cual es importante. Es de resaltar que, como se describe en material y métodos, la informatización del trabajo es flexible: pueden añadirse nuevos datos y, lo que es más importante, nuevos niños de dos años de otras comunidades —ójala que fuera de todas—, lo que completaría el estudio. Este primer contacto nos va a proporcionar resultados claves, sobre los que sería interesante profundizar.

Para diseñar la encuesta nos hemos basado en actitudes médicas que deberían estar bien asentadas. También nos ha interesado, simplemente, conocer la situación y la forma de manejar determinadas situaciones por parte de tocólogos y de pediatras. Tal es el caso de la alimentación. Todos sabemos que, por desgracia, los médicos, en general, y los pediatras, en particular, carecemos de pautas homogéneas de actuación. Las recomendaciones de la EPSGAN (25) no son compartidas, en su conjunto, por todos, por lo que decidimos bajar el límite a edades discretamente inferiores a las aceptadas en la literatura universal (26-28). Consideramos inadecuado, sin paliativos, introducir alimentación complementaria antes de los tres meses de edad (aún cuando la EPSGAN recomienda no hacerlo antes de los seis meses); gluten antes de los seis meses y leche entera de vaca, antes del año, ya que, dada la fisiología renal e intestinal del lactante, ello supone una sobrecarga de solutos.

En relación a las enfermedades respiratorias, las más frecuentes en la consulta pediátrica, se ha puesto el límite de lo normal en lo que consideran los libros de texto más utilizados (29); es decir, seis o menos infecciones al año.

En cuanto a los accidentes se refiere, su cifra no se ajusta a la que recoge la experiencia de las urgencias hospitalarias (30, 31) pensándose que se producen 600 por cada accidente que precisa tratamiento hospitala-

rio (31). La presencia de accidentes de repetición se considera como una llamada de atención por parte del niño (32). Determinar la frecuencia con la que este tipo de conducta aparece en niños de dos años tiene gran importancia, ya que se ha demostrado reiteradamente que son niños de riesgo que precisan un cuidado y seguimiento especial (33). La clasificación de los mismos se ha hecho en base a los datos aportados por el Comité de Accidentes de la AEP (34).

La presencia de ingresos hospitalarios y su duración han sido motivo de atención. En condiciones normales no son muchos los niños de dos años que requieren ingresos frecuentes y/o prolongados más allá de cuarenta y ocho horas de duración. La determinación de su número y de su posible asociación con otras variables han sido también objetivos del estudio.

Los parámetros que han sido ennumerados pueden estar influidos por el nivel socioeconómico y por la instrucción de la madre. Es interesante investigar la existencia de posibles asociaciones en todos ellos, ya que sobre algunos —la instrucción de la madre, por ejemplo— es posible actuar positivamente mediante la educación para la salud.

También se ha contemplado la posibilidad de que muchas de las variables estudiadas actúen como factores de confusión (nivel socioeconómico, instrucción materna, educación sanitaria, tamaño del núcleo de población, tipo de sanidad), pero habría que realizar un estudio multivariante y ver el papel que juega cada una de ellas. Dadas las limitaciones de la Ponencia, ello podría ser objeto de investigaciones posteriores.

En cuanto al control de la embarazada, se han recogido hechos considerados como básicos para la adecuación de aquel número mínimo igual o superior a cuatro (35); dos ecografías al menos (a las dieciséis y veintiocho semanas de gestación) para despistar posibles malformaciones; tensión arterial y control de peso (no requiere grandes esfuerzos ni elevados presupuestos); analítica de enfermedades infecciosas que, adquiridas durante el embarazo, pueden repercutir negativamente sobre el feto cuando no son detectadas a tiempo (TORCH), etcétera.

En cuanto al virus de la hepatitis B, se sabe que entre un 1-2 por 100 de la población sin riesgo es portadora (36), que la mayoría de las veces el diagnóstico de esta situación es casual y que la repercusión en el recién nacido es grande e importante, sobre todo cuando existe una prevención eficaz. En nuestro trabajo sólo ha interesado conocer en qué porcentaje se controla rutinariamente esta serología.

Un control periódico y sistemático de la salud, realizado en los niños, es necesario. El número de estos exámenes de salud es objeto de numerosas publicaciones (37, 38). Sin embargo, el mayor interés de los mismos se centra en la adecuación de su cronología y, sobre todo, de su contenido. Obviamente, debería historiar a cada niño, aunque, a veces, por diversas circunstancias, sucedió de distinta forma en nuestra muestra. También debería desnudarse a los niños para explorarlos después, pero tampoco es escaso el porcen-

taje de niños de nuestro trabajo a los que no les ha ocurrido esto. Estos aspectos y otros, comentados con anterioridad, deberían ser objeto de valoración en orden a mejorar la calidad de la atención pediátrica o a modificar los modelos asistenciales.

No abundan los trabajos, al menos en la literatura pediátrica, que comparan ciertas facetas relacionadas con la salud según el tipo de asistencia, pública o privada. Según los resultados obtenidos en nuestra muestra, los controles efectuados a niños y a embarazadas en asistencia privada presentan más indicadores de calidad, lo que debe conducir a posteriores estudios analíticos y críticos.

Finalmente, unos breves comentarios sobre la educación para la salud, que, en la práctica diaria, sigue siendo más teórica que real, pese a su importancia en la promoción de la salud. No obstante, y aunque puedan presentarse en nuestro trabajo ciertos factores de confusión, parece que cuando existe una adecuada educación sanitaria el control del embarazo y de la salud infantil son mejores.

## CITAS BIBLIOGRAFICAS

1. WISE, P H, y MEYER, A: «Influencia de la pobreza en la salud infantil». *Ci Pediat Nort* (ed. esp.), 1988, 6: 1265-1267.
2. CARTER, C O, y PEARL, J: «Equalites and inequalites in health». London: Acad. Pres. 1976.
3. KLEFN, S: «Class culture and health». Public Health and Preventive Medicine, 11 eds. New York: Appleton-Century-Cro, 1980.
4. GARCIA CABALLERO, C: «Desarrollo de la pediatría social en el primer nivel asistencial». Libro de Actas del V Simp. Esp. de Ped. Social, 1981.
5. MC INTOSH GRAY, A: «Inequalites in health. The black report: a summary and comment». *Inter. J. Health Serv.*, 1982, 12: 349-380.
6. GARCIA CABALLERO, C, y LUENGO PEREZ, J M: «Indicadores de salud en la población infantil del medio rural español». Libro de Actas del VIII Simp. Esp. Ped. Social., 1985.
7. BUENO, M; SARRIA, A, y cols.: Paidós 84-II, 1988.
8. LALONDE, M: «A new perspective on Health of Canadian Office of Canadian Minister of National Health and Welfare», 1974.
9. SALLERAS SANMARTI, L: «Principios y métodos de educación sanitaria». Programas de Educación Sanitaria del Instituto Municipal de Higiene. Publicaciones de Salud Pública. Instituto Municipal de Higiene. Barcelona, 1979.
10. OMS Barcelona: Instituto Municipal de Higiene, 1979.
11. TERRIS, M: «La revolución epidemiológica y la medicina social». Ed. Siglo XXI, S. A., Méjico, 1980.
12. SALLERAS SANMARTI, L: «Educación Sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones». Madrid Ed. Diaz de Santos, S. A. Primera reimpresión, 1988.
13. OMS «Índices estadísticos de la salud de la familia». *Serv. Inf. Técn.*, 1976, 587.
14. OMS: «Nuevas tendencias y métodos de asistencia materno-infantil en los servicios de salud». *Serv. Inf. Técn.*, 1976, 600.
15. OMS: «Preparación de indicadores para vigilar los programas realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000». Serie de salud para todos, 1978, núm. 1.

16. MANCIAUX, M, y DESCHAMPS, J P: «Santé de la Mère et de l'enfant». París Flammarion Medicine Sciences, 1978.
17. MANCIAUX, M; DESCHAMPS, J P, y FRITZ, M T: «Santé de la mère et de l'enfant». Nouveaux concepts en Pédiatrie Sciale». Flammarion Medicine Sciences. París, 1984.
18. GARCIA CABALLERO, C: «Salud infantil. su promoción e indicadores de salud». «Medicine», 4.ª 85, 1987, 16.
19. GARCIA CABALLERO, C: «Indicadores de salud en atención primaria. Primer curso de formación continuada y asistencia primaria en pediatría». Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid, 1987, pp 1-5.
20. INE: Avance del anuario estadístico de España, 1988, Madrid.
21. AZORIN POCH, F: «Curso de muestreo y aplicaciones». Editorial Aguilar, 1972.
22. AZORIN, F, y SANCHEZ CRESPO, J L: «Métodos y aplicaciones del muestreo». Alianza Editorial, 1986.
23. SANCHEZ CRESPO, J L: «Diseño de encuestas por muestreo probabilístico». INE, 1967, Madrid.
24. SIGMA: Horus Hardware, S. A., Madrid.
25. Comité sobre nutrición-EPSGAN. *Acta Ped. Scand.* (suppl.), 1981: 287.
26. HERNANDEZ RODRIGUEZ, M: «Alimentación infantil». Ed. CEA, 1985: 31-69.
27. DWYER, J: «Promoting good nutrition for today and the year 2000». *Ped. Clin. N. Am.*, 1986: 33: 799-822.
28. Committee on nutrition: «Toward a prudent diet for a children». *Pediatrics*, 1983, 71: 78-79.
29. BEHRMAN, R E; VAUGHMAN, V C, y NELSON: «Tratado de pediatría», 9.ª ed., 1985 Ed. Interamericana, 1050.
30. ESCORIHUELA, R; MESTRE RICOTE, J L, y ESCRIBANO, M J: «Accidentes infantiles y asistencia hospitalaria». XVII Congreso español de Pediatría, 1988.
31. EURO reports and studies: «Psychosocial factors related to accidents in childhood and adolescence». 1980, 46.
32. FINE, P; MC INTIVE MS, y FAM, PR: «Indicadores precoces de autodestrucción en niños y adolescentes. Una revisión de pediatras y psiquiatras». *Pediatrics*. (ed. esp.), 1986, 21: 271.
33. GARCIA CABALLERO, C; MOLINA, M A, y MONEREO, C: «Accidentes en la infancia. Otros aspectos». Libro de actas del XVI Congreso Español de Pediatría, 1985.
34. «Plan español para la prevención de accidentes en la infancia». *An. Esp. Ped.*, 1979, 12: 1-29.
35. OMS: «Atención primaria de salud». Alma-Ata, 1978.
36. LSSEN, N, y SANCHEZ QUIJANO: «Hepatitis víricas». *Med. Clin.*, 1984, 82: 552-559.
37. GARCIA CABALLERO C: «Exámenes sistemáticos de salud en la infancia». *Medicine*, 4.ª ed, 1987, 85: 3570-3576.
38. Committee on practice and ambulatory medicine: «Recommendations for preventive pediatric health care». *Pediatrics*, 1988, 81: 466.