

Identificación y actualización pediátrica sobre población de riesgo social (experiencia de 15 años)

I. Peñalver*, R. Santana**, N. Cuevas***, A. Olmos*

*Pediatras de Atención Primaria. CS de Cartuja, Granada.

**MIR de Pediatría. Hospital Clínico San Cecilio, Granada.

***MIR de Medicina de Familia. CS de Cartuja, Granada.

Resumen

Presentamos un estudio realizado en el Centro de Salud de Cartuja de Granada. El trabajo lo hemos dividido en dos grandes apartados; en el primero explicamos cómo identificamos a la población de riesgo social y exponemos la problemática que presentan. En el segundo apartado, se explican las estrategias de intervención realizadas de forma cronológica por parte de un equipo multidisciplinar, para mejorar el estado de salud y la situación social de esta población.

Palabras clave: *Riesgo Social, Estrategias de Intervención.*

Abstract

We present the study we did in the Cartuja Health Centre (Granada). This study has been divided in two large parts; in the first one, we show the way in which the social risk population was identified and the problems they have. In the second one we explain the intervention strategies which a team made up of doctors, nurses and social workers have carried out in a chronological order to improve the health and the social status of such population.

Key words: *Social Risk, Intervention Strategy.*

Introducción

El Centro de Salud de Cartuja¹, en el que realizamos el estudio, está localizado en un barrio marginal de la periferia de Granada, con una población aproximada de 17.300 habitantes, pirámide poblacional de base ancha, con una media de hijos superior a la del

resto de Granada, y con una proporción de etnia gitana del 10% aproximadamente.

El nivel cultural de su población es muy bajo: con un 9,9% de analfabetos y un 33,9% sin ningún tipo de estudios (estas cifras triplican las obtenidas en el resto de Granada capital).

Este barrio² es considerado por los granadinos como el más peligroso y es también el más rechazado como lugar de residencia.

Cuenta con un elevado porcentaje de población infantil de riesgo social = 20% como veremos posteriormente.

En 1980 comenzó a funcionar de manera experimental como uno de los primeros Centros de Salud de España, cambiando la filosofía de trabajo hasta entonces imperante en Atención Primaria e iniciando la formación de las primeras promociones de residentes de la nueva especialidad de Medicina de Familia.

A pesar de realizarse Educación Sanitaria de forma individual y en grupos, así como visitas domiciliarias por parte del personal sanitario y de los trabajadores sociales de la zona, vimos la necesidad de trabajar con una estrategia de riesgo al comprobar que dicha población acudía escasamente a los programas de salud (Control de niño sano, Control de embarazo, Planificación familiar...), y además tenían una cobertura vacunal muy deficiente.

A) Diagnóstico de la población infantil de riesgo social:

1- Identificación de niños de riesgo³:

Dado que no conocíamos nuestro cu-

po real (nº niños asignados a cada Peditra) decidimos realizar una ficha individual a todos los niños que acudieran a cualquier tipo de consulta (programada, asistencial, urgencias...). En cada caso realizamos una historia clínica completa (incluyendo los criterios de riesgo social –28 factores–) y una ficha individualizada (donde identificamos a la población de riesgo con una pegatina roja).

Hemos podido apreciar en las memorias anuales como en los últimos años el porcentaje de población de riesgo en nuestro barrio se ha estabilizado en torno al 18%, y por tanto consideramos que estas pueden ser las cifras reales. (Gráfica 1).

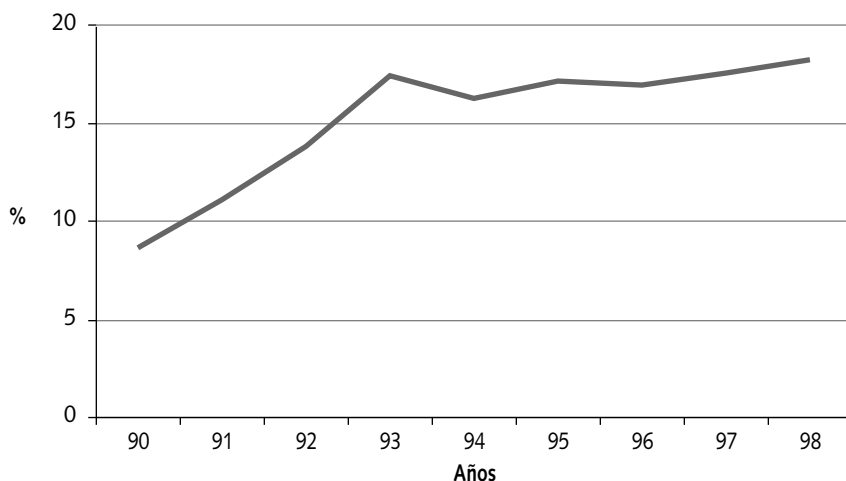
2- Elaboración de un mapa de riesgo:

En un barrio marginal, el tipo de población no es uniforme^{4,5}, las familias de riesgo se organizan en grupos dentro del barrio, con barreras invisibles de separación del resto de familias de clase baja o media-baja (sin otros factores de riesgo añadidos).

Utilizando las fichas individualizadas, donde se recogía la dirección de los niños, se confeccionó un mapa de riesgo, para conocer la distribución de esta población.

Tras la confección del mapa, se comprobó la sectorización de la población y

Gráfica 1. Evolución de la población de riesgo.



la existencia de bolsas de grupo de riesgo. Así mismo, apreciamos que en las zonas más cercanas al centro de Granada, la población de riesgo social era menor.

3- Dificultades y errores diagnósticos:

Confeccionar una lista de población de riesgo supone un gran trabajo sujeto a numerosas dificultades y posibles sesgos, algunos de los cuales enumeramos a continuación:

a) Son muchas las encuestas existentes como protocolo de diagnóstico y presentan notables diferencias entre ellas. No existe ninguna mayoritariamente aceptada y que agrupe los facto-

res de riesgo, de hecho nosotros también hemos modificado la nuestra.

b) Muchos factores son cualitativos y por este motivo es difícil establecer sus límites y unificar criterios (ej: bajo nivel de instrucción, higiene, vivienda, enfermedad física o psíquica...etc). Lo que puede modificar de forma manifiesta los resultados de cada autor, pues lo que para unos sería población de riesgo social por tener un bajo nivel de instrucción o de recursos económicos, para otros como nosotros, en un barrio marginal como éste, no podemos considerarlo así, pues esto supondría que todos serían de riesgo social.

c) Características y tipo de población donde la mentira, miedo a dar informa-

ción sobre su familia muchas veces es la norma e incluso forma parte de su bagaje cultural.

d) Personalidad y motivación del Pediatra y resto del personal sanitario que condiciona una mayor o menor empatía y conocimientos. Está claro que para trabajar bien con este tipo de población es necesario un cierto grado de voluntad e interés extra.

Para mejorar el diagnóstico de esta población, hemos adoptado las siguientes medidas:

A.- Actualización del listado de riesgo

De forma periódica (una vez al año), realizamos una actualización del listado de los niños de riesgo social, esto es necesario por sus características de movilidad geográfica, cambio de médico, modificación de los factores de riesgo.

En la última revisión efectuada encontramos que aproximadamente un 5% había cambiado de domicilio (fuera del barrio) y en otro 5% se detectó algún error diagnóstico o de identificación (cambio de apellidos, de pediatra, de situación de riesgo...etc)

B.- Coordinación con los Trabajadores Sociales.

Desde que comenzamos a trabajar en el Centro de Salud de Cartuja, las relaciones con los Trabajadores Sociales han

sido excelentes y con una comunicación fluida.

Al actualizar ambos listados pudimos comprobar que éstos no coincidían, y llamó nuestra atención el hecho de que en el listado "médico" se infrarregistran datos tales como: drogadicción, prostitución, vivienda...; mientras que en el listado de "trabajadores sociales" ocurre igual con: alcoholismo, enfermedades psiquiátricas...

A fin de evitar tales discrepancias, hemos unificado ambos listados y confeccionado una hoja para diagnóstico de riesgo social única y consensuada, estableciendo además una comunicación periódica. En la historia clínica hay un ejemplar que enumera los factores de riesgo.

C.- Informatización de estos registros

Hemos confeccionado una base de datos con los niños de riesgo para facilitar el trabajo con dicha población.

B) Intervenciones en población de riesgo

Una vez identificada esta población, el paso siguiente, fue actuar de forma preferente sobre la misma utilizando estrategias de intervención, con una mayor oferta de recursos humanos y materiales para mejorar su salud⁶ y disminuir los factores de riesgo.

Estas actuaciones para que sean útiles han de ser multidisciplinarias (contando con la participación de Pediatras, Médicos de Familia y Trabajadores Sociales, y de forma más o menos activa Enfermeros, Auxiliares de Clínica, Maestros, Agentes de salud, Voluntarios...) e interinstitucionales (Sanidad, Educación, Servicios Sociales...).

Algunas de las actuaciones que hemos realizado han sido de forma cronológica las siguientes:

1.- *Vacunación de niños gitanos*

Entre agosto de 1987 y marzo de 1988 se diagnosticaron 12 casos de Poliomiélitis en Andalucía⁷ (aunque ninguno de ellos en Granada), que se concentraban en población marginal no vacunada y en la mayoría de los casos de etnia gitana con un nivel socio-económico muy bajo.

En nuestra zona este tipo de población tenía una cobertura vacunal muy deficiente (42% en el 1988) y además una actitud muy negativa hacia la vacunación, con escaso nivel de conocimientos sobre el tema y una muy baja asistencia a los programas materno infantiles. Por las peculiaridades culturales de este grupo étnico y su elevada conciencia de ser un colectivo diferenciado, se pensó que la mejor estrategia de inter-

vención era utilizar agentes comunitarios⁸ de salud de similares características y que vivieran en el barrio.

Se realizó un curso de capacitación para la formación de los educadores; impartido por los Trabajadores Sociales, Enfermeros, Pediatras, Psicólogos, etc... Este curso estaba dirigido a 8 mujeres jóvenes gitanas del barrio previamente seleccionadas por la Trabajadora Social, la asistencia no estuvo remunerada y al finalizar el mismo fueron contratadas por un año las cuatro candidatas que mostraron un mayor interés, rendimiento y motivación, pagándoles el salario con una beca de Investigación de la Escuela Andaluza de Salud.

Los objetivos propuestos con esta intervención eran tres:

- 1) Aumentar el nivel de conocimientos sobre las vacunas.
- 2) Cambiar sus opiniones y actitudes.
- 3) Aumentar por tanto la cobertura vacunal.

Para conseguirlos se diseñó el siguiente plan de trabajo:

En primer lugar se dividió el barrio en cuatro zonas y se asignaron las familias gitanas de cada una de ellas a una educadora, que llevó a cabo su labor educativa mediante visitas domiciliarias individualizadas a las madres gitanas, rea-

lizando una encuesta al inicio y al final de la intervención.

También se informó y fomentó la participación de otras instituciones sociales del barrio tales como: Guarderías, Escuelas, Centro de Servicios Sociales, Asociación de Vecinos y Asociaciones Gitanas.

Al finalizar el año se evaluó la consecución de los objetivos, obteniendo los siguientes resultados:

Respecto al primer objetivo, de incrementar los conocimientos y opiniones sobre las vacunas, se produjo un cambio favorable, no obteniendo igual resultado con respecto a las actitudes (aunque se observó una discreta mejoría). Pensamos que en educación de adultos se ne-

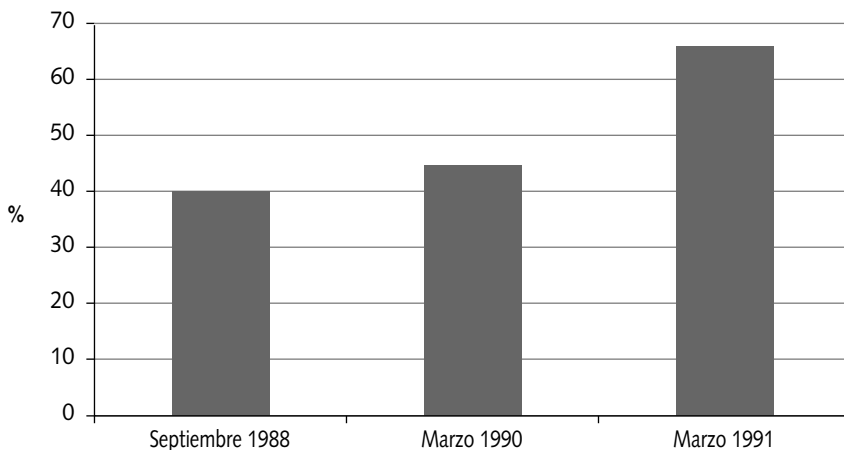
cesita un periodo de tiempo más largo para que los conocimientos se interioricen y generen actitudes positivas.

Respecto al tercer objetivo, la cobertura vacunal en menores de 14 años aumentó un 22% en un año, sin esta intervención específica sólo aumentaba un 4% al año. De esta forma alcanzamos una cobertura vacunal del 68% que, aunque satisfactoria, no cumplió nuestra expectativa inicial de cubrir a un 80% de la población gitana (Gráfica 2).

2.- Actuación en familias de riesgo

Al comprobar los buenos resultados obtenidos en la vacunación de niños gitanos, nos propusimos una actuación si-

Gráfica 2. Evolución calendario vacunal. Niños gitanos (0-14 años).



milar con las más de 500 familias de riesgo social previamente diagnosticadas⁹.

Para abordar este trabajo de investigación-acción se constituyó legalmente en 1990 el "Colectivo Salud Norte" que se encargó de formalizar, coordinar y gestionar los convenios y acuerdos con los distintos sectores participantes (Ministerio Asuntos Sociales, Junta de Andalucía, Sanidad, Educación...). A las que se solicitó ayudas de distintos tipos (económicas, materiales...etc) y por distintas vías (becas, subvenciones...etc).

Nuestro objetivo general era comprobar si se producía una modificación de los hábitos insalubres en el medio familiar tras la intervención directa de "agentes básicos de salud"¹⁰ o "educadores de familia", cuyos objetivos específicos eran los siguientes:

- Aumentar sus conocimientos de salud.
- Elevar la cobertura en los Programas Materno-Infantiles en funcionamiento: Planificación Familiar, Control de Embarazo, Control de Niño Sano y vacunas.
- Mejorar la higiene, tanto a nivel individual como en la vivienda.
- Modificar los hábitos alimenticios inadecuados.
- Conseguir la plena escolarización de la población infantil.

- Disminuir la tasa de absentismo escolar.

En primer lugar se seleccionaron 100 familias de riesgo a las que se les realizó la intervención (todas ellas con más de 5 factores de riesgo), y otras 50 familias más, de similares características, que nos sirvieron de control.

En segundo lugar se realizó contrato laboral a 6 educadoras de familia, previamente seleccionadas entre los miembros de esta comunidad, que recibieron un curso formativo. Estas "agentes de salud" efectuaron un seguimiento individualizado en el propio domicilio familiar, llevando el control de asistencia a los programas y actuando siempre de enlace entre el Centro de Salud y las familias¹¹.

Por otra parte, todo el personal del Centro de Salud, dimos preferencia a esta población con el fin de aumentar su captación y seguimiento en los programas materno-infantiles.

Tras la evaluación de resultados del plan de actuación se apreció una mejora sustancial en los siguientes objetivos:

- Incremento en sus conocimientos de salud, acompañado de modificación de hábitos insalubres.
- Mayor cobertura en los Programas Materno-Infantiles.
- Aumento de la escolarización en colegios y guarderías.

Cabe destacar la menor eficacia de este tipo de actuación en aquellas familias donde inciden las drogas¹² como factor de riesgo. También se evidenció la necesidad de incrementar las plazas en guarderías tuteladas para poder abarcar toda la población infantil.

Actualmente, y tras la evaluación altamente positiva de este tipo de actuaciones, seguimos trabajando con "educadores de familia" y es la Asociación de Adultos de Cartuja la encargada de gestionar recursos y coordinar los esfuerzos.

3.- Evolución del Programa de Control de Niños Sanos (CNS)

Inicialmente la asistencia de población de riesgo al programa era mínima pese a que, durante los primeros años, la enfermera realizaba visita domiciliaria a los

que no acudían para intentar su recaptación.

Trabajando con estrategias de intervención¹³ y en equipo multidisciplinar, conseguimos mejorar notablemente la captación y el seguimiento de los niños de riesgo en dicho programa.

Consideramos una correcta Captación sí los recién nacidos acuden a la primera visita y seguimiento, cuando realizan al menos tres visitas durante el primer año de vida.

Actualmente observamos, que la evolución del programa es favorable, consiguiendo en niños de riesgo una captación del 88,4% y un seguimiento correcto del 55,4%.

Sin embargo, estas cifras son inferiores a las globales de la población atendida, que sitúan la captación en un 90-94% y el seguimiento en un 75-78% (Tabla I).

Tabla I. Control del niño sano. Captación y seguimiento población de riesgo.

Totales	R.N.	Inician	Captación	+3 Visitas	Seguimiento
1993	56	44	75,6	27	48,2
1994	41	32	78	22	53,6
1995	45	36	80	24	53,3
1996	63	49	83	28	50,9
1997	53	46	86,8	28,4	53,7
1998	52	46	88,4	28,8	55,4

4.- Evolución del Programa de Vacunas

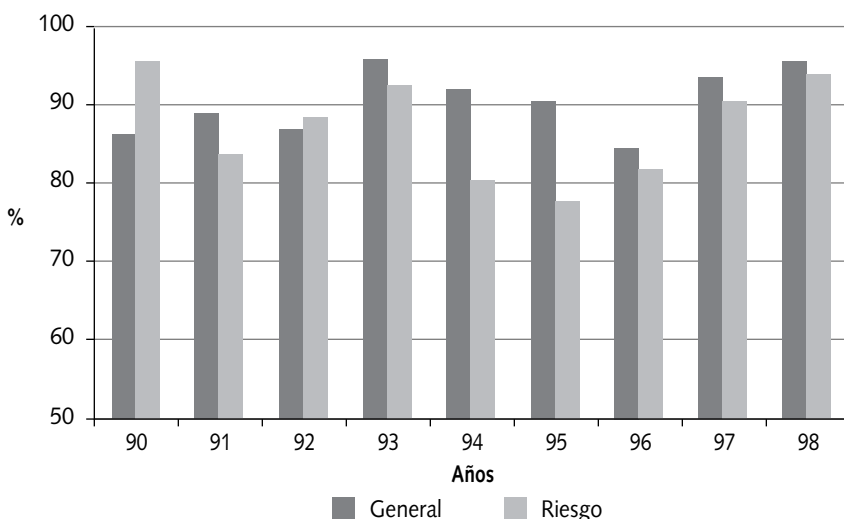
Después de la intervención realizada sobre niños gitanos la cobertura vacunal¹⁴ de nuestra población, ya sea ésta de riesgo social o no, ha sido similar (en torno al 85-90%). Incluso algunos años ha sido superior en población de riesgo, debido al interés y participación de todos los profesionales¹⁵, ya que hemos considerado y atendido a su vacunación como si se tratase de una urgencia médica; de tal forma que si acudían al centro a cualquier hora y por cualquier otro motivo se comprobaba su calendario vacunal y se completaba en caso necesario.

También se han puesto las vacunas en las guarderías tuteladas y se ha exigido una correcta vacunación para que los niños puedan ingresar en el resto de guarderías del barrio (Gráfica 3).

5.- Guarderías Tuteladas (CAF)

Una de las primeras conclusiones de este trabajo fue la necesidad manifiesta de más guarderías que funcionaran y colaboraran en esta línea, al inicio del trabajo sólo se contaba con una. Las Trabajadoras Sociales de nuestro centro han conseguido en la actualidad 2 nuevas guarderías "especiales", cuya función social^{16,17} es fundamental. Estas

Gráfica 3. Cobertura vacunal. Población general/riesgo.



guarderías se denominan C.A.F. o Centro de Atención Familiar ya que sus objetivos son:

- Educación de los niños más necesitados del barrio y que no pueden pagar para asistir a otras guarderías
- Atención a toda la familia^{18,19}, implicando a padres y madres en la realización de diversos cursos de: cocina, costura, educación sanitaria, prevención de accidentes...

Actualmente se atienden en estos CAF, por un precio simbólico, a 170 niños de 0-6 años de edad. Su jornada laboral es muy amplia, de 9 de la mañana a 5 de la tarde, y se incluyen tres comidas, lo que nos garantiza que al menos su alimentación es adecuada. Tampoco cierran en vacaciones de Navidad, Semana Santa o verano, organizando actividades tales como campamentos o colonias de recreo. Los niños reciben una atención individualizada, cariño, estimulación psicomotriz..., separando algunos de ellos de un ambiente familiar muy deteriorado y desfavorable.

Para su funcionamiento cuentan con personal contratado y con numerosos voluntarios de distintas ONG, siendo la Asociación Cultural de Adultos de Car tuja la responsable de su coordinación y de la obtención de los recursos humanos

o materiales necesarios para su buen funcionamiento.

Estas guarderías reciben semanalmente atención pediátrica por parte de nuestro Centro de Salud, atención que se incrementa en situaciones como cursos a educadores o padres, urgencias...etc.

Las funciones llevadas a cabo en estas guarderías son:

- a) Control y actualización de vacunas. Este último año el 85% de los niños tenían la vacunación correcta, al inicio del curso, consiguiendo un 100% al final.
- b) Seguimiento somatométrico de los niños de forma trimestral.
- c) Coordinación de enfermedades crónicas²⁰, con los distintos pediatras: los niños con posibles defectos orgánicos, han sido derivados a sus pediatras y especialistas (sordera, defectos de visión, retraso psicomotor...)
- d) Identificación y seguimiento de enfermedades contagiosas: ej. un caso de Meningitis Tuberculosa en un niño, motivó estudio de Mantoux en todo el personal de la guardería, así como reuniones con todos los padres y coordinación con su Pediatra y su Médico de Familia, para el estudio epidemiológico del foco.
- e) Formación sanitaria de educadoras y padres, mediante cursos, reuniones..

Bibliografía

1. Bosque Maurel J. *Geografía urbana de Granada*. Ed. Archivum, Universidad de Granada 1988.
2. Ayuntamiento de Granada. Bienestar social. *Plan municipal de infancia y adolescencia*. Edit. Imprenta Urania, Granada 1996.
3. Racine AD, Adam HM. "La Pobreza y la Salud". *Pediatrics in Review* 1996; 10: 18-20.
4. Fernández Sánchez A. "La mortalidad en Granada. Estudio sobre desigualdades geográficas intraurbanas de mortalidad (1985-1987)". *Cuadernos Geográficos* 1993; 94: 47-74.
5. García Caballero C. *Determinación del Entorno Social*. En: García Caballero C. *Pediatría Social*. Ed. Díaz de Santos S.A. 1995: 81-97.
6. Consejería de Salud Junta de Andalucía. *Guía de salud infantil y del adolescente*. Edit. Junta de Andalucía 1999.
7. Cruz Rojo C, Almisas Albéniz M. "Relación de la clase social con la cobertura vacunal contra tétanos y poliomelitis en una población infantil". *Pediatría* 1990; 10: 17-23.
8. Pérez García MA, Cámara Medina C, Quesada Lupiañez P. *Salud Materno-Infantil: Intervención sobre vacunaciones con agentes comunitarios en población marginal gitana*. Escuela Andaluza de Salud Pública. Serie de monografías nº 8, 1995.
9. Puerta Rodríguez F, Otazu Martínez J. *Intervención con familias en desventaja social: Proyecto de investigación-acción*. Asociación socio-cultural Adultos Cartuja. Edit. Ave María, Granada 1998.
10. Ofosu-Amaah V. "Experiencias nacionales en el empleo de trabajadores de salud de la comunidad. Examen de algunas cuestiones y problemas actuales". Publicación científica nº 459. Organización Panamericana de Salud. Washington 1984.
11. Toledo Ortiz F. *Humanización de los servicios de Atención Primaria*. En: García Caballero C. *Pediatría Social*. Ed. Díaz de Santos S.A. 1995: 263-275.
12. Durán de Vargas LE, Sobrino Toro M, Sáenz Requera C. *Problemática pediátrico-social de los hijos de madres drogadictas, infectadas con VIH y con hepatitis B y C*. En: García Caballero C. *Pediatría Social*. Ed. Díaz de Santos S.A. 1995: 347-355.
13. Burgos ML, Díaz M, Están P, Fernández ML, García E, García A et al. "Aplicación de la estrategia de riesgo al programa control de niño sano de la zona básica de El Palo". *Pediatrics* 1993; 13: 21-29.

14. Comité asesor de vacunas de la Asociación Española de Pediatría. Anales Españoles Pediatr 1999; 51: 120-126.

15. Pons Tubio A. *El profesional como mediador de la Salud infantil*. En: SIAS 2 (Salud, Infancia, Adolescencia y Sociedad). Sección 1 Pediatría Social. Asociación Española de Pediatría. Tecnographic 1999.

16. Allné X. *Pediatría Psicosocial*. Ed. Ergón; 2000.

17. Crespo M. *Docencia e investigación en pediatría social*. En: García Caballero C. *Pediatría Social*. Ed. Díaz de Santos S.A. 1995, 471-478.

18. Gutiérrez Muñiz JA, Rubí A. "Escolaridad de la madre y condiciones ambientales en la morbilidad, mortalidad, y el desarrollo del niño." Rev. Cuba. Pediatr 1998; 60: 974-92.

19. Martínez Olmos J. *Importancia del concepto de riesgo en salud materno-infantil*. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada 1990.

20. *Guía de atención a la infancia con problemas crónicos de salud*. Ed. Consejería de Salud Junta de Andalucía 1997.

