

¿Quién cuida nuestros niños?

Who care our children?

Los datos y opiniones vertidos por Diego van Esso y col. en un trabajo colaborativo reciente¹ avalan la creciente preocupación existente sobre la evolución que están teniendo los programas de atención primaria de la salud de niños y adolescentes en algunos países europeos.

Creo que el dato más preocupante es el desplazamiento progresivo del pediatra por médicos generalistas o de familia en la atención primaria de ese grupo etario, dada la insuficiente formación pediátrica de esos profesionales (la media del tiempo dedicado a entrenamiento pediátrico es de 4 meses).

Asimismo enfatizan la necesidad de promover investigaciones sobre el impacto que esta situación tiene sobre los resultados en términos de calidad de atención de salud en la población.

Como lo manifiestan los autores, este fenómeno es explicable por los diferentes desarrollos históricos en los sistemas de atención médica entre países pero también por motivaciones políticas en la toma de decisiones sobre la organización y financiamiento de esos sistemas.

La atención primaria de la salud es una tarea de mucha complejidad (diferente en muchos aspectos de la dependiente de equipamiento de alta tecnología), que requiere una sólida formación en los aspectos biológicos, emocionales y sociales determinantes de la salud. Cuando esto se aplica a las etapas sensibles y críticas del desarrollo humano, propias de la infancia y la adolescencia, adquiere además una importancia fundamental para la calidad de vida presente y futura de una comunidad, pues en ellas se potencian tanto los riesgos como los beneficios en función de la calidad del cuidado.²

Parece una obviedad, pero creo necesario enfatizar que ese cuidado tiene que ser realizado por los profesionales más capacitados disponibles en el medio.

Transitar otro camino significa un retroceso en los progresos logrados a lo largo del siglo pasado tanto en los aspectos científicos como humanísticos del cuidado pediátrico de la salud.

La problemática en que nos instala el artículo comentado no es propia de Europa, da testimonio de ello su presencia permanente durante los últimos 15 años en la agenda de reuniones de las Sociedades de Pediatría del Cono Sur.

La Argentina tiene el privilegio de contar para el cuidado de la salud infanto-juvenil con profesionales suficientes en número y formación en la mayor parte de su territorio. Ese recurso está vo-

cionalmente instalado desde siempre en la estrategia de atención primaria de la salud, con la humildad de los que reconocen la complejidad de su tarea y participan mayoritariamente en programas de educación continua para adaptarse a las cambiantes necesidades de sus pacientes y familias y del sistema médico.

Ellos son los pediatras y en ellos reconocen las familias al médico de confianza de sus hijos. Ello fue reconocido por el Ministerio de Salud cuando en el año 1997 emitió la norma complementaria del Programa Médico Obligatorio (PMO) estableciendo que "debe considerarse al Médico Pediatra como el Médico Generalista de la etapa de la vida que incluye el período neonatal, la niñez y la adolescencia".³

Pero en este escenario favorable no faltan los problemas. Uno de ellos es que inmerso en un contexto en permanente cambio no sea siempre el profesional más competente quien esté a cargo de los problemas a resolver. Otro sumamente importante es el creciente deterioro de la relación médico-paciente en determinados ámbitos de atención, carga ocasionalmente de agresión y violencia. En ello hay responsabilidades compartidas, pues la génesis y la solución de estos problemas dependen tanto de decisiones propias de la comunidad médica como de caminos y políticas determinados por los valores prevalentes en nuestra sociedad.

En lo que nos concierne como profesionales, no siempre reconocemos ni ejercemos nuestra responsabilidad de modelar el perfil de las instituciones a las que pertenecemos y que nos pertenecen. Universidades, servicios de salud y sociedades científicas requieren nuestro permanente apoyo y crítica en la programación tanto de la calidad como de la cantidad de los profesionales que necesitamos en el equipo de salud, severamente desequilibrado en la proporción de sus integrantes. También hay mucho por aportar a nuestro sistema de residencias defendiendo en su espíritu y su práctica el sistema de formación que tanto ha contribuido al crecimiento y desarrollo de la Pediatría argentina.

Pero no alcanza sólo con contar con profesionales con vocación, empatía, habilidades de comunicación y sólida formación científica. Es necesario que existan programas que permitan su aprovechamiento metódico y planificado con el objetivo de mejorar su impacto en la realidad, por lo que es prioritario que influyamos en nuestros servicios de salud exigiendo el desarrollo de esos programas y contribuyendo a su vigencia.

Resulta frustrante e injusto percibir que un deterioro creciente de las condiciones del ejercicio profesional dificulta y a veces impide lograr que el recurso acumulado por este perfeccionamiento de programas y profesionales llegue efectivamente a la comunidad.

Para enfrentar este problema es esencial un fuerte compromiso en la defensa de la mejoría de las condiciones de trabajo de los pediatras, deterioradas tanto en los aspectos remunerativos como de calidad de relación médico-paciente. Felizmente este tema está en estos momentos fuertemente instalado en la agenda de la Sociedad Argentina de Pediatría y hay puentes tendidos con el resto de la comunidad médica con la que compartimos la esencia del problema.

Debemos asumir la responsabilidad de convocar a toda la comunidad al análisis y elección de alternativas para enfrentar esta crisis en su doble vertiente, la del derecho de sus niños a un sistema de salud eficiente y la de sus médicos, a condiciones dignas para su ejercicio profesional. En ambos

casos se juega la calidad de la medicina a la que tendrá acceso la comunidad.

Es importante instalar el conocimiento y la preocupación por estos temas en la agenda social, para que cada ciudadano esté adecuadamente informado y pueda influir en la determinación de los caminos que deberá transitar en la atención de su salud. En éste como en todos los temas ligados a la vida los proyectos con base solidaria son los únicos que cuidan el presente y permiten enfrentar esperanzados el futuro. ■

Oswaldo Agustín Blanco
Médico Pediatra

REFERENCIAS

- van Ezzo D, del Torso S, Hadjipanayis A, Biver A, et al. Paediatric primary care in Europe: variation between countries. *Arch Dis Child* 2010; 95(10):791-795.
- Blanco O. Ser pediatra hoy. *Arch Argent Pediatr* 1999; 97(5):289-290.
- Blanco O. Papel del pediatra general. *Arch Argent Pediatr* 2003; 101(2):106-112.

Conductores mayores de 16 años involucrados en choques fatales

Drivers older than 16 years involved in fatal crashes

Las lesiones por tránsito causan elevadas cifras de mortalidad en los jóvenes. Se considera que los riesgos más altos de que se produzcan colisiones están asociados en forma independiente con los primeros años de manejo. Se discute si este aspecto se debe a la inexperiencia o a la juventud¹ pero muy probablemente sea una combinación de ambos factores. Los adolescentes tienen como característica la inmadurez emocional y con frecuencia presentan comportamientos riesgosos. Por otra parte, el tráfico constituye una red muy compleja de interacciones que requiere conocimientos teóricos y prácticos, y especialmente experiencia.

Al respecto resulta interesante un estudio que documenta los cambios ocurridos luego de la caída del muro de Berlín, y en los primeros años de la reunificación de Alemania. Al analizar los accidentes de tránsito ocurridos entre 1985 y 1996 en Alemania Oriental, se encontró un aumento desmesurado de su ocurrencia. Este aumento fue especialmente importante en la población de 18 a 20 años, donde la tasa de accidentes aumentó 11 veces entre 1989 y 1991. Lamentablemente, los cambios económicos y la prosperidad trajeron aparejada una verdadera

“matanza” de jóvenes conductores.²

En un reciente artículo del Centro de Control de Enfermedades y Prevención de EE.UU.³ (CDC en sus siglas en inglés) publicado en su reporte semanal de morbilidad y mortalidad, se hace referencia al descenso de las cifras de mortalidad en conductores adolescentes de 16 y 17 años, destacando que en un período de 4 años (2004-2008) descendieron un 36%, aunque se observan importantes diferencias entre los distintos estados de los EE.UU.

Si bien existen varios motivos que pueden explicar este descenso, hay un consenso en que los sistemas adecuadamente controlados para el otorgamiento de la primera licencia de conducir han contribuido en forma muy importante al mismo. En varios países⁴ son obligatorias las licencias graduales para conducir (*Graduated Driving License*, GDL según sus siglas en inglés), que comprenden varios pasos: los jóvenes, con el consentimiento de sus padres, deberán aprobar un exigente examen teórico-práctico. Después, podrán conducir solamente bajo la supervisión de un adulto y con restricciones: no pueden conducir de noche y no pueden llevar pasajeros adolescentes. Este período de práctica dura

6 meses y les permite acceder, luego de aprobar un examen práctico, a una licencia provisional. Mediante ésta podrán conducir sin supervisión, pero manteniendo las restricciones señaladas por un año, antes de acceder a la conducción independiente.⁵

En varios estados de los EE.UU. se promueve además la participación activa de los padres, incluso mediante un contrato legal por el cual ellos se hacen responsables del nuevo conductor.

En otros países este modelo, u otros muy similares, han funcionado con éxito, logrando reducciones importantes de la siniestralidad juvenil: Francia, Reino Unido, Suecia, Bélgica, Noruega, Australia.

En alguno de ellos se aplica desde hace varias décadas. A través de una reforma implementada en Suecia en 1993, se bajó el límite de edad para practicar la conducción de automóviles, de los 17 años 6 meses a los 16 años. El período que va de los 16 a los 18 años permite a los jóvenes conducir siempre acompañados, y les da a los conductores principiantes la oportunidad de adquirir mayor experiencia antes de permitirles el manejo independiente.⁶

En otros países europeos, como es el caso de España, se están implementando políticas de licencias para conducir en varias fases, que incluyen componentes tales como conducción acompañada, medidas de restricción y períodos de prueba.

En la mayor parte de Latinoamérica se considera culturalmente que la licencia de conducir debe ser entregada a partir de una determinada edad por el Estado en la forma más rápida y económica posible. Se valora a aquellos municipios que otorgan la licencia con celeridad y con la menor cantidad de requisitos y exigencias. Se considera que la licencia de conducir es un derecho de los ciudadanos, y no una habilitación o permiso.⁷

La diferencia con las experiencias antes relatadas es evidente: en los países mencionados, mucho más avanzados en materia de seguridad vial, se observa una rigurosidad singular para otorgar permisos de conducción: los exámenes son exhaustivos y demandan una preparación exigente, y la tasa de reprobaciones es alta.

En Argentina la ley de tránsito 24 449, ha sido actualizada recientemente, con el objeto de mejorar la seguridad vial en todo el país. No todas las provincias han adherido. Hasta el momento de su actualización, funcionaban, y aún funcionan, en el país 2000 bocas de expendio: cada provincia y la mayoría de los municipios emiten sus propias licencias, cada uno con sus propios formatos, exigencias de idoneidad y con diferentes sistemas de multas por faltas, sin una coordinación centralizada.

La ley establece una nueva licencia única de conducir para todo el país, que se implementará gradualmente. Las licencias pueden obtenerse a partir de los 17 años para automóviles y camionetas, a par-

tir de los 16 para ciclomotores pequeños, y a partir de los 21 para vehículos de mayor porte.

Existen algunas restricciones en la ley argentina para los conductores que obtienen la licencia por primera vez: deberán llevar un distintivo que los identifique claramente, no pueden circular por autopistas o semiautopistas y la primera habilitación es por un año.⁸

La ley no contempla períodos de adaptación ni aprendizaje, no otorga responsabilidad a los padres y no prevé cómo se harán los controles. Por otra parte, en la Argentina solamente contamos con cifras globales de personas fallecidas en accidentes de tránsito (1017 entre 15 y 24 años en el año 2008) pero sin discriminar la edad del conductor. Este dato tiene una importancia fundamental para evaluar la efectividad de implementación de las medidas de prevención.⁹

Parece indudable que una política seria y sostenida en el tiempo, de aplicación y cumplimiento efectivos en todo el país respecto a los conductores novatos, sería de gran utilidad en la reducción de la inadmisiblemente alta tasa de morbilidad y mortalidad que producen las lesiones por tránsito en los jóvenes. ■

Dra. Ingrid Waisman

Instituto Privado de Neonatología y Pediatría

1. Gálvez-Vargas R, Jiménez-Moleón JJ, Lardelli-Claret P, Luna del Castillo J, et al. Efecto de la edad, el sexo y la experiencia de los conductores de 18 a 24 años sobre el riesgo de provocar colisiones entre turistas. *Gac Sanit* 2004;18(3):166-176.
2. Winston FK, Rineer C, Menon R, Baker SP. The carnage wrought by major economic change: ecological study of traffic related mortality and the reunification of Germany. *BMJ* 1999;318(7199):1647-50.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Drivers aged 16 or 17 years involved in fatal crashes. United States, 2004-2008. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2010;59(41):1329-1334.
4. Hartling L, Wiebe N, Russell K, Petruk J, et al. Graduated driver licensing for reducing motor vehicle crashes among young drivers. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(2)CD003300.
5. State of New Jersey. Motor Vehicle Commission. Licencia de conducir progresiva. En: Motor Vehicle Commission. Manual del conductor de New Jersey. pág: 13-14. [citado 4-1-2011]. Disponible en: http://www.state.nj.us/mvc/pdf/Manuals/Chapter1_esp.pdf.
6. Gregersen NP, Berg HY, Engström I, Nolen S, et al. Sixteen years age limit for learner drivers in Sweden. An evaluation of safety effects. *Accid Anal Prev* 2000; 32(1):25-35.
7. Bertotti, E. Exijo mi licencia. En: Instituto de Seguridad y Educación Vial. El siniestro vial latinoamericano. Buenos Aires: ISEV, 2009. [Citado 4-1-2011]. Disponible en: <http://en.calameo.com/read/000004809f48b79b6f323>.
8. Argentina. Ley 24449. Ley de Tránsito (Dic 23, 1994). [Citado 4-1-2011]. Disponible en: www.inti.gov.ar/chas/pdf/ley24449.pdf.
9. Argentina. Ministerio de Salud. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales: Información básica-2008. [Citado 4-1-2011]. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/Serie5Nro52.pdf>.