

# Percepción de las enfermeras pediátricas de atención primaria sobre el Programa Infancia con Salud

---

Maria, Arévalo-Garzón<sup>1</sup> (RN); David, Cámara Liébana<sup>1</sup> (RN, PhD); Susanna, Trèmols Iglesias<sup>2</sup> (RN); Glòria, Reig Garcia<sup>1,3</sup> (RN, PhD)

<sup>1</sup> Departamento de Enfermería. Universidad de Girona. Carrer Emili Grahit, 77, 17003 Girona.

<sup>2</sup> Centro de Salut Breda-Hostalric. Instituto de Asistencia Sanitaria. Carrer Major, 32, 17450 Hostalric, Girona

<sup>3</sup> Grupo de investigación Salud y Atención Sanitaria. Universidad de Girona. Carrer Emili Grahit, 77, 17003 Girona.

Contacto: [david.camaradg.edu](mailto:david.camaradg.edu)

---

Manuscrito recibido: 19/07/2022

Manuscrito aceptado: 19/10/2022

## Cómo citar este documento

Arévalo-Garzón M, Cámara Liébana D, Trèmols Iglesias S, Reig Garcia G. Percepción de las enfermeras pediátricas de atención primaria sobre el Programa Infancia con Salud. Quantitative and Qualitative Community Research RqR. 2022 Nov; 10 (4): 8-21.

---

# Original

## Resumen

**Objetivo:** Conocer la percepción de las enfermeras pediátricas de atención primaria en relación con el liderazgo enfermero del Programa Infancia con Salud, así como identificar propuestas de mejora del mismo.

**Metodología:** Estudio cualitativo a través de entrevistas semiestructuradas a cinco enfermeras pediátricas de Atención Primaria de la región sanitaria de Girona (España). Se realizó un análisis temático del contenido de las entrevistas.

**Resultados:** Los resultados del estudio proporcionaron tres temas relacionados con la percepción de las enfermeras sobre el programa: (1) rol autónomo de la enfermera (aumentar el rol autónomo de la enfermera proporciona beneficios para los niños/as, sus familias y para el resto de profesionales de la salud); (2) dificultades y aspectos de mejora (se identifican las barreras idiomáticas y culturales junto al manejo de situaciones de no normalidad como las principales

dificultades, y el aumento de las actividades grupales, la formación enfermera en auscultación y exploración abdominal y una mayor atención psicológica como aspectos de mejora); y (3) nuevas necesidades de la población infantil y su entorno (especialmente relacionadas con la complejidad durante la adolescencia y la diversidad cultural).

**Conclusiones:** Las enfermeras pediátricas consideran necesario potenciar el rol autónomo de la enfermera en el Programa Infancia con Salud. Las principales dificultades en el desarrollo del programa son la barrera idiomática con algunas familias y la falta de formación de las enfermeras en diversidad cultural, auscultación y exploración abdominal. Asimismo, el programa debería incluir más visitas grupales, mejorar los circuitos asistenciales para la atención psicológica de los niños y adolescentes y adecuarse a las necesidades de una población culturalmente más diversa y con una población adolescente más compleja.

## Palabras clave:

*Atención Primaria de Salud; Atención Ambulatoria; Enfermería en Salud Comunitaria; Niño; Salud; Pediatría.*

# Perception of primary care pediatric nurses about the Healthy Childhood Program

## Abstract:

**Objective:** To know the perception of pediatric nurses of primary care regarding the nursing leadership of the Childhood with Health Program, as well as to identify proposals for its improvement.

**Methodology:** Qualitative study through semi-structured interviews with five primary care pediatric nurses in the health region of Girona (Spain). A thematic analysis of the content of the interviews was carried out.

**Results:** The results of the study provided three themes related to nurses' perception of the program: (1) autonomous role of nurses (increasing the autonomous role of nurses provides benefits for children, their families and other health professionals); (2) difficulties and aspects of improvement (Idiomatic cases and cultural barriers are identified along with the management of situations of non-normality as the main difficulties, and the increase in group activities,

nursing training in auscultation and abdominal examination, and greater psychological care as aspects of improvement); and (3) new needs of the child population and their environment (especially related to complexity during adolescence and cultural diversity).

**Conclusions:** Pediatric nurses consider it necessary to enhance the autonomous role of nurses in the Healthy Childhood Program. The main difficulties in the development of the program are the language barrier with some families and the lack of training of nurses in cultural diversity, auscultation and abdominal exploration. The program should also include more group visits, improve care channels for psychological care for children and adolescents, and be adapted to the needs of a culturally more diverse population with a more complex adolescent population.

## Introducción

La salud infantil es altamente dependiente de los cambios socioeconómicos y de las actuaciones sanitarias asistenciales y preventivas (1). Aunque la reforma de la Atención Primaria en España en los años ochenta supuso una gran transformación de la atención pediátrica, alcanzando grandes resultados en pediatría preventiva, actualmente la población infantil continúa siendo uno de los grupos poblacionales más vulnerables sobre el que actuar (1). Para ello, la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria pone a disposición de las diferentes instituciones el Programa Salud Infantil, que incluye actividades de promoción y prevención desde el nacimiento hasta los 18 años. La elaboración de este documento pretendía sistematizar y reducir las diferencias entre los cuidados de la población infantil y adolescente en el territorio español (1). No obstante, las intervenciones de prevención y promoción de la salud en pediatría entre las distintas comunidades autónomas españolas siguen siendo variables (2-4).

En Cataluña, la atención primaria de salud a niños y adolescentes sanos se proporciona a través del Programa Infancia con Salud. Este programa propone un conjunto de actividades preventivas y de promoción de la salud, e implica al ciudadano en la gestión de su propia salud, reforzando las actuaciones de prevención y promoción de la salud en el ámbito de la Atención Primaria y Comunitaria como eje vertebrador del sistema. Las recomendaciones contenidas en el programa permiten combinar de forma eficiente las diferentes actividades preventivas y de promoción de la salud con las actuaciones asistenciales a la edad pediátrica (5).

El Programa Infancia con Salud engloba la atención desde el nacimiento hasta los catorce años y consta de diecinueve revisiones de salud, algunas realizadas de forma autónoma por la enfermera y otras en colaboración con el o la pediatra. Los dos profesionales del equipo de pediatría tienen una

actividad propia y relevante en las visitas a la edad pediátrica, aunque la enfermera tiene un mayor peso específico en las actividades y tiempo dedicado. Las actividades desarrolladas por el pediatra o la pediatra son: la exploración física por aparatos, lo que complementa los cribados hechos por la enfermera, la valoración integral del niño o niña y su familia (situación psicosocial, controles de enfermedad, seguimiento por especialistas y tratamientos) y el diagnóstico y seguimiento de las alteraciones detectadas. Asimismo, las enfermeras se ocupan de la valoración integral del menor y de su familia, de las actividades de cribado (somatometría, test de desarrollo psicomotor, alimentación, tensión arterial, cribado visual e auditivo, cribado metabólico y valoración psicosocial), de la gestión del programa de actividades preventivas y de promoción de la salud así como del programa de vacunas, de la elaboración del plan terapéutico para el seguimiento de las alteraciones detectadas y de la educación y promoción del autocuidado. Actualmente, las enfermeras desarrollan con rol autónomo seis de las diecinueve revisiones del programa (6).

El Plan estratégico de Ordenación de la Atención de Pediatría en la Atención Primaria, elaborado por el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña en 2007, con el fin de dar respuesta a los problemas organizativos y a la carencia de pediatras en Cataluña, ya proponía una mayor competencia y responsabilidad de las enfermeras en los cuidados de la población infantil y adolescente, asumiendo que cada profesional puede incrementar sus competencias adecuadamente teniendo en cuenta sus posibilidades (humanas, científicas y técnicas) y la realidad económica, sanitaria y social del país (7). En esta línea, en los últimos años, los equipos de salud pediátricos apuestan por la redistribución de competencias, potenciando la autonomía de la enfermera en las revisiones de salud en esta etapa (8).

Además, la atención sanitaria en general, y la atención pediátrica en particular,

se enfrenta a un escenario cambiante, con más diversidad cultural y social (1, 2), y con una población infantil y especialmente adolescente, con problemas de salud más complejos (9). Esto constituye un reto para los profesionales de la salud y para las enfermeras, los que tienen que dar una respuesta desde una mirada holística e integral (2).

El rol y el liderazgo de la enfermera en la atención de la población infantil y adolescente es fundamental para asegurar una atención de calidad, pero este liderazgo enfermero no siempre se visualiza del mismo modo en todas las áreas básicas de salud del territorio (10, 11). En este sentido, conocer la opinión de las enfermeras es clave para evaluar la adecuación del programa y garantizar una atención segura y de calidad a la población infantil y a sus familias

## Objetivo

Conocer la percepción de las enfermeras pediátricas de Atención Primaria en relación con el liderazgo enfermero del Programa Infancia con Salud e identificar propuestas de mejora.

## Método

Se realizó un estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas durante el año 2022. La población de estudio estaba formada por enfermeras del servicio de pediatría de 3 áreas básicas de Atención Primaria de la región sanitaria de Girona. Los participantes se seleccionaron según un muestreo intencionado y homogéneo, todas eran profesionales de atención primaria y del servicio de pediatría, y heterogéneo seleccionando participantes de rangos de edad y centros de trabajo diferentes. El tamaño de la muestra final fue guiado por el concepto de "poder de la información", el que nos indica que cuanto más información relevante para el estudio contenga la

muestra, menor será la cantidad de participantes que se necesita (12). Asimismo, este tamaño de la muestra dependerá del objetivo de estudio, la especificidad de la muestra, el uso de la teoría establecida, la calidad del diálogo y la estrategia de análisis. Inicialmente, nos planteamos cinco entrevistas semiestructuradas, así que el poder la información, que proporciona validez interna a la investigación, sería el criterio para determinar el tamaño de la muestra final, si es necesario, ampliando el número de entrevistas (12,13).

Se elaboró un guión de entrevista semiestructurada para la recogida de datos (Figura 1). Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 45-60 minutos y se realizaron de forma virtual mediante la plataforma de videoconferencias de la Universidad de Girona. Los primeros minutos sirvieron para crear un ambiente confortable. Las entrevistas se iniciaron con una pregunta general relacionada con el Programa Infancia con Salud, facilitando así el inicio del relato de las participantes. Estas fueron grabadas para posteriormente ser transcritas y analizadas (14). Para garantizar el rigor metodológico se utilizó un diario de campo, donde se registraron las motivaciones personales, las presunciones sobre el tema, la posición teórica y la historia personal. Además, durante el proceso de investigación, se realizó un ejercicio de reflexión respecto a la aproximación y los métodos elegidos para el proyecto (15,16).

Tres miembros del equipo de investigación analizaron de forma independiente las entrevistas transcritas para establecer previamente los temas a analizar. Posteriormente se siguieron las seis fases del análisis temático de Braun y Clarke (17). El análisis temático es un método con una fase descriptiva en la cual se organiza la información para realizar una descripción de los datos. Se procede a leer línea por línea y holísticamente para de esta forma generar códigos abiertos que posteriormente se agrupan por criterios de similitud

y configurar las categorías de análisis. La codificación se realizó de forma manual. En una segunda fase interpretativa se teorizó sobre el significado de los patrones de respuesta, el significado que había detrás de los temas y cómo estos significados se alineaban en el contexto del fenómeno de investigación que se pretendía explicar (16). Para aumentar la validez de todos los resultados, los temas fueron discutidos y aclarados hasta que se llegó a un consenso (18). Finalmente, para garantizar el rigor de la investigación se usó la lista de comprobación de SRQR (Standards for Reporting Qualitative Research) (19).

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del IDIAP Jordi Gol i Gurina (22/007-P) y por la dirección de atención primaria de la región sanitaria de Girona.

## Resultados

Se realizaron un total de cinco entrevistas semiestructuradas a enfermeras pediátricas del ámbito de Atención Primaria. Todas las participantes fueron mujeres ya que el 100% de enfermeras pediátricas que trabajaban en las áreas básicas participantes eran mujeres. La media de edad fue de 46 años y la experiencia profesional como enfermeras pediátricas de atención primaria de 18 años (tabla 1).

El análisis destacó tres temas relacionados con la percepción de las participantes sobre el Programa Infancia con Salud: (a) Rol de la enfermera en el Programa Infancia con Salud; (b) Dificultades y aspectos de mejora del Programa Infancia con Salud; y (c) Nuevas necesidades de la población y Programa Infancia con Salud. En la tabla 2 se describen los temas y las categorías que emergieron después de analizar las entrevistas.

Tabla 1. Características demográficas y laborales de las participantes

ID	Género	Edad (años)	Situación Laboral	Años de experiencia profesional	Área Básica de Salud
1	Mujer	44	Permanente	16	1
2	Mujer	33	Interina	8	1
3	Mujer	58	Permanente	29	3
4	Mujer	47	Permanente	18	2
5	Mujer	45	Permanente	17	2

Tabla 2. Percepciones de las enfermeras pediátricas de atención primaria en relación al Programa Infancia con Salud

	Tema 1 Rol de la enfermera en el Programa Infancia con Salud	Tema 2 Dificultades y aspectos de mejora del Programa Infancia con Salud	Tema 3 Nuevas necesidades de la población y Programa Infancia con Salud
Categorías	Revisiones que la enfermera puede asumir con rol autónomo. Beneficios para los niños/as y las familias. Beneficios para las enfermeras.	Principales dificultades. Aspectos de mejora.	Abordaje de las situaciones complejas durante la adolescencia. Diversidad cultural.

## Rol de la enfermera en el Programa Infancia con Salud

### Revisiones que la enfermera puede asumir con un rol autónomo

Actualmente, las enfermeras pediátricas asumen de forma autónoma seis de las diecinueve revisiones del Programa Infancia con Salud, y en general, las participantes manifestaban que enfermería podría desarrollar un rol autónomo en las revisiones del Programa Infancia con Salud: «No hace falta tantas visitas conjuntas. Enfermería tiene competencias y formación para desarrollar estos controles de forma autónoma.» (P\_2)

Durante las entrevistas se destacó que el rol autónomo de las enfermeras a menudo es consecuencia de las dificultades en la gestión de las agendas de los pediatras, sin que las participantes percibiesen una actitud de empoderamiento real de las enfermeras pediátricas en el Programa Infancia con Salud por parte de los gestores de los centros de atención primaria: «A menudo se delegan revisiones a enfermería porque el pediatra no tiene tiempo.» (P\_1); «...pero yo pienso que fue por presiones de falta de pediatras que la dirección creyó que nosotras (refiriéndose a las enfermeras) podíamos hacer más en las revisiones.» (P\_1).

En todas las entrevistas se habló de las visitas que las enfermeras pediátricas podían asumir de forma autónoma, y las participantes coincidieron en que la primera visita, la de después del nacimiento, se podían realizar autónomamente por la enfermera. En esta visita se tratan cuestiones como la lactancia, la higiene del sueño y las vacunas. Las enfermeras referían tener los conocimientos, habilidades y aptitudes para ello. Además, definían esta visita como una oportunidad para establecer una relación de confianza con las familias, considerándose que, al finalizar esta visita, las enfermeras se convertían en referentes en salud para las familias: «En la acogida del neonato los padres y las madres exponen las dudas y las inquietudes y la enfermería está capacitada para dar respuesta.» (P\_3); «...después las

enfermeras somos un referente comunitario que tienen las familias y esto les genera mucha seguridad y tranquilidad.» (P\_1).

Las participantes opinaban que la visita a los seis meses, con la alimentación como tema principal, también es una revisión para asumir con un rol enfermero autónomo. Sin embargo, actualmente esta revisión se realizaba de forma conjunta con pediatría: «La revisión de los seis meses es una visita donde se empiezan a introducir alimentos y enfermería se encarga de proporcionar mucha información. Esta la podríamos hacer solas.» (P\_3).

Todas las participantes, independientemente de su experiencia profesional, expusieron que la colaboración con el o la pediatra en la revisión de los ocho meses era adecuada. No obstante, manifestaron que, con más formación en exploración abdominal, auscultación cardíaca y auscultación pulmonar, podrían realizar esta revisión de forma autónoma, especialmente aquellas enfermeras con más experiencia profesional: «Enfermería puede asumir la revisión de los ocho meses, pero cuando nos encontramos algo anormal consultamos con pediatría por más tranquilidad.» (P\_4); «El tema de la auscultación se tendría que reforzar... y también tendríamos que formarnos en explorar abdómenes.» (P\_5).

### Beneficios del rol autónomo de la enfermera para los niños/as y las familias

Uno de los principales beneficios del rol autónomo de las enfermeras en el Programa Infancia en Salud es que a menudo estas disponen de más tiempo para abordar la educación en salud. Las participantes explicaban que las familias, especialmente primerizas, tienen muchas dudas en relación a diferentes temas (alimentación y sueño entre otros) y la enfermera que asume la visita de forma autónoma puede trabajar estos aspectos con más profundidad: «Las enfermeras disponemos de más tiempo para poder hacer educación para la salud. Esto las familias lo notan y lo agradecen.» (P\_3).

También surgieron las vacunas como tema a tratar. Todas las participantes coincidieron en el hecho de que la visita enfermera aporta beneficios en relación con la información y conocimiento que se da a la familia sobre las vacunas, tanto de las que están establecidas en el calendario sistemático como las no financiadas: «Los padres tienen muchas preguntas en relación con las vacunas.» (P\_4).

Las enfermeras también manifestaron que a menudo los y las pediatras tenían que atender diferentes visitas urgentes, lo que les colapsaba la agenda y consecuentemente retrasaba la programación prevista. En cambio, esta situación no era tan frecuente entre las enfermeras. Por lo tanto, según las participantes, las visitas autónomas programadas en las agendas de enfermería aseguraban la puntualidad de la visita: «...desde que se delegaron algunas revisiones a enfermería no se acumula tanta gente en la sala de espera.» (P\_4).

Además, la relación de confianza que se establece entre la familia y la enfermera durante las visitas en rol autónomo es un hecho que las enfermeras percibían como muy satisfactorio por parte de las familias: «Como puedes dedicar algo más de tiempo a las visitas, las familias cogen confianza y se establece un vínculo.» (P\_1).

### Beneficios del rol autónomo de la enfermera para los profesionales

Todas las participantes estaban de acuerdo en que el rol autónomo de la enfermera en el Programa Infancia con Salud suponía un progreso y una oportunidad para la profesión: «Los conocimientos los tenemos, solo nos falta dar el paso y avanzar como enfermeras.» (P\_1).

Además, según las participantes, el rol autónomo de enfermería suponía una mejora en la gestión de los recursos asistenciales y humanos, puesto que evitaba duplicidades y mejoraba la gestión del tiempo: «Enfermería tiene suficientes competencias

y formación para llevar a cabo estos controles de forma autónoma. Esto permitiría una mejor gestión de los recursos y del tiempo.» (P\_2).

### Dificultades y aspectos de mejora del Programa Infancia con Salud

#### Dificultades del Programa Infancia con Salud

La mayoría de enfermeras manifestaban que la barrera idiomática con algunas de las familias era una de las principales dificultades en la atención. También explicaban que, con frecuencia, las familias acudían a la consulta acompañadas de otros hijos/as menores de edad, para que les ayudaran en la traducción, lo cual comportaba un absentismo escolar. En este punto las participantes consideraban la necesidad de incorporar el apoyo de un traductor en los casos que fuera necesario: «Muchas veces vienen con los hijos, puesto que no entienden el idioma, y los niños dejan de ir a la escuela para hacer de traductores.» (P\_1).

Las barreras culturales fueron otros de los aspectos que durante las entrevistas se percibió como una barrera en el Programa Infancia con Salud, a menudo, dando como resultado una atención deficiente o de dudosa calidad en las revisiones del programa: «A veces con relación a la diversidad cultural, la calidad de nuestras curas se puede ver afectada a causa del desconocimiento y la falta de formación.» (P\_5).

Finalmente, las enfermeras manifestaban dificultades en el manejo de situaciones de no normalidad durante las visitas de seguimiento del Programa Infancia con Salud. En este sentido, las enfermeras consideraban que les faltaba conocimiento para el abordaje de situaciones en las que existía patología, por lo que consideraban necesario aumentar la formación de estos aspectos: «Dificultad podríamos decir cuando nos encontramos en situación de no normalidad. Son situaciones que nos cuesta manejarlas.» (P\_1).



## Aspectos de mejora del Programa Infancia con Salud

Las enfermeras entrevistadas percibían que se podían hacer cambios en el Programa Infancia con Salud, pero también reconocían que esto era un proceso complejo. En este punto, las participantes consideraban que formar parte de un equipo aliado con las iniciativas de la dirección era un hecho facilitador de los posibles cambios del programa: *«La dirección puede liderar el cambio, pero hace falta que el equipo lo acepte.»* (P\_3).

De entre los aspectos de mejora, destacan cuatro temas que podrían mejorar la atención que se proporciona en el Programa Infancia con Salud. El primero, aumentar la realización de actividades grupales con las familias, tanto para realizar revisiones de salud como para hacer sesiones-talleres formativos. Las enfermeras definían las sesiones grupales como un espacio que permitía resolver dudas, aprender a manejar situaciones y proporcionar conocimientos para un crecimiento y desarrollo adecuado y saludable de los niños y niñas. Además, según las enfermeras, participar en redes de iguales aporta conocimiento y permite reflexionar. Según las participantes estas sesiones eran enriquecedoras para las familias, para las enfermeras y optimizan la gestión del tiempo en las consultas de enfermería: *«Los encuentros grupales son enriquecedores, tendríamos que hacer más. Los padres se escuchan, comparten y aprenden mucho. Evitas consultas puntuales porque das información antes de que pase cada situación. Los hace sentir preparados y seguros.»* (P\_1).

Como segundo aspecto de mejora, las participantes consideraban que, para poder asumir más revisiones de forma autónoma, haría falta más formación en auscultación y exploración: *«Nos falta formación en auscultación y exploración de abdómenes, lo que sabemos es lo que vemos que realiza el pediatra.»* (P\_5).

Otro aspecto de mejora que las participantes consideraron durante las entrevistas

fue la necesidad de aumentar la ratio de enfermeras pediátricas en atención primaria. En este punto, se explicaron experiencias de centros donde, con ratios más altas de enfermeras pediátricas, estas podían asumir un rol más autónomo en el Programa Infancia con Salud. Este aumento de enfermeras supondría una mejora en la continuidad y el seguimiento de los niños y niñas, y podría mejorar la detección precoz de situaciones de riesgo: *«Ojalá pudiéramos implementar el modelo de can Bou. Pero allí, a raíz de este cambio, han ampliado el personal de enfermería.»* (P\_3).

También se habló de la trascendencia de los aspectos psicológicos, especialmente durante la adolescencia, y de la necesidad de incorporar mejoras en este ámbito, ya que los circuitos actuales no garantizaban la detección precoz. Las participantes consideraban que enfermería podía liderar este reto: *«Los problemas relacionados con dificultades psicológicas se nos pasan por alto.»* (P\_5).

## Nuevas necesidades de la población y Programa Infancia con Salud

### Abordaje de las situaciones complejas durante la adolescencia

Según las enfermeras, las necesidades de salud de los niños y adolescentes han cambiado. Actualmente los niños, las niñas y los adolescentes presentan más problemas sociales como discriminación y bullying, más trastornos relacionados con la alimentación, y en ocasiones mayor consumo de sustancias tóxicas, lo que conlleva a más problemas físicos, sociales y mentales. Las participantes consideraban la necesidad de incorporar otros perfiles profesionales, como psicólogos infantiles y también más enfermeras pediátricas formadas y preparadas para abordar esta complejidad: *«Durante los últimos años ha ido incrementando la demanda psicológica por parte de los adolescentes, pero no se han incorporado más psicólogos.»* (P\_3).

También explicaron que últimamente atendían a más niños, niñas y adolescentes que habían sufrido malos tratos, algunas veces abusos sexuales, y que el Programa Infancia con Salud no incluía ningún protocolo específico para atender estas situaciones. Además, consideraban que sería imprescindible definir circuitos asistenciales rápidos para atender a esta población: «Los procesos para gestionar situaciones de maltrato son lentos» (P\_2).

### Diversidad cultural

Las participantes referían un aumento de la diversidad cultural en los últimos años, lo que les suponía un reto para ofrecer una atención adecuada según las necesidades culturales de los niños, las niñas y sus familias. Añadieron que el programa Infancia con Salud estaba adaptado a la cultura del territorio, dejando de lado aspectos fundamentales para la atención de la salud de personas de otras culturas. Por ello, las participantes planteaban la necesidad de una revisión y adecuación del programa con una perspectiva multicultural y, además, refirieron sentirse motivadas para formarse en éste ámbito: «Cuando explico la alimentación, solo me baso en nuestra cultura... algunas culturas utilizan muchas especies para cocinar y de esto no hablamos... nos tendríamos que formar más.» (P\_4).

En la misma línea y para dar una mejor atención a la población con distintas culturas, las enfermeras manifestaron la necesidad de incorporar la figura del mediador sanitario. Este profesional sería un recurso que daría mucho valor en algunas visitas en las que se dan barreras culturales importantes y a la vez ayudaría a las familias a superar obstáculos en un sistema sanitario desconocido para ellas: «A veces es imposible que nos entendamos, y no hablo solo del idioma... esto supone una dificultad muy enorme.» (P\_4).

## Discusión

Los resultados de estudio destacan 3 temas relacionados con el Programa Infancia con Salud: rol autónomo de la enfermera; dificultades y aspectos de mejora; y nuevas necesidades de la población infantil y su entorno.

Los resultados obtenidos apuntan que se podría incrementar el número de revisiones que enfermería realiza con un rol autónomo, lo que tendría un efecto positivo en la atención a la salud de los niños, niñas y adolescentes, y mejoraría la eficiencia del programa Infancia con Salud. Actualmente las enfermeras asumen de forma autónoma 6 de las 19 revisiones del programa (6). Según Mulero (10), los modelos de atención pediátrica con liderazgo enfermero aumentan la resolución en atención primaria, la satisfacción de los usuarios e impulsan el desarrollo de los profesionales del servicio de pediatría. Y de acuerdo con Laserna, no existe literatura que evidencie ausencia de competencias de la enfermera como el profesional de referencia en las revisiones de salud de la población pediátrica y adolescente y sus familias (8).

Nuestro estudio pone en evidencia que las enfermeras disponen de más tiempo para las visitas y esto permite desarrollar con más profundidad aspectos relacionados con la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud (10,20). Pero para ello, hace falta aumentar las ratios de enfermeras pediátricas en la atención primaria. De acuerdo con la legislatura actual en atención primaria, la asignación de la población por cada enfermera no tiene que superar los 1500 habitantes, pudiéndose reducir esta cantidad en función de la tasa e indicadores de complejidad como la edad, la pluripatología y la cronicidad, entre otros (21,22). Además, experiencias previas demuestran que la implantación de nuevos modelos de atención en la población infantil, con liderazgo enfermero, hacen necesaria esta adecuación de ratios enfermeras (23).

En relación con las dificultades del Programa Infancia con Salud, se apunta a la diversidad cultural e idiomática como las mayores barreras en la atención a la población infantil y a sus familias. Actualmente, en la región sanitaria de Girona existe una incidencia del 1,6% de inmigrantes en relación a la población total (24). Según Escobar (25), y coincidiendo con nuestros resultados, el hecho de no hablar la lengua autóctona dificulta la anamnesis y la capacidad que tiene la familia para entender la información que se le proporciona durante las visitas. En la misma línea, Belintxon et al. apuntan que la falta de comprensión y de conciencia cultural de los profesionales dificulta los encuentros entre enfermeras y progenitores, estableciéndose relaciones superficiales o distantes y afectando la forma en que los programas de salud infantil se implementan (26). Asimismo, mejorar la atención a los y las infantes y familias de orígenes culturalmente diferentes, mediante una atención culturalmente competente, es un factor positivo en la salud de estos infantes y sus familias (26).

Según Saha (27) y Belintxon (28), para ofrecer una atención culturalmente competente se requiere de profesionales culturalmente competentes. Y esto significa que las enfermeras necesitan conciencia cultural con actitudes, conocimientos y habilidades apropiadas (29). La mayoría de enfermeras pediátricas en Atención Primaria no han tenido una formación formal en competencia cultural y perciben que no están suficientemente capacitadas para interactuar con padres e hijos de distintos orígenes (30). Además, según Moreno (31), para dar unos cuidados personalizados y centrados en la persona es imprescindible que las enfermeras conozcan el contexto cultural de las personas que atienden. Resultados similares a los de nuestro estudio dónde las participantes destacan la necesidad de adecuar el Programa Infancia con Salud, con una perspectiva multicultural y de formarse en este ámbito, además de incorporar mediadores culturales con el fin de dar una respuesta

más adecuada a las necesidades de una población culturalmente diversa. Estudios previos apuntan que antes de la recesión económica, la mayoría de las instituciones sanitarias incorporaban la figura de mediador, que ayudaban a superar barreras culturales (32,33).

Como aspectos de mejora en la atención de la población infantil y sus familias, se considera la importancia de incrementar la educación para la salud de forma grupal entre los padres, coincidiendo con otros estudios que destacan la necesidad de impulsar la atención grupal en atención primaria, ya que ha demostrado ser eficiente, efectiva, y a la vez proporciona satisfacción personal a los participantes y a los profesionales (34).

Otro aspecto de mejora a considerar es la necesidad de incrementar los conocimientos enfermeros en exploración abdominal y técnica de auscultación, especialmente entre las enfermeras que han finalizado los estudios hace más años. De acuerdo con Vural (35), la formación tradicional sobre auscultación es efectiva para aumentar los niveles de conocimientos y las habilidades, pero los métodos utilizados actualmente, como puede ser el uso de aulas de simulación clínica, resultan ser más efectivos y proporcionan un nivel más elevado de conocimientos. Así, los resultados del estudio ponen en valor la metodología que se está utilizando actualmente en la universidad del territorio (35-37).

En relación a las nuevas necesidades de la población y el Programa Infancia con salud el estudio destaca un incremento de situaciones complejas, especialmente durante la adolescencia, sin que esto se acompañe de los recursos de atención necesarios. En esta línea, el análisis de la situación de la juventud del Ministerio de Sanidad expone que los recursos específicos para jóvenes en España son deficientes. Además, la Organización Mundial de la Salud alerta sobre la necesidad de que los servicios de salud den respuesta a las necesidades de los adolescentes (9).

Las enfermeras entrevistadas destacan un incremento de malos tratos en niños, niñas y adolescentes, sin que el Programa Infancia con Salud esté preparado para dar respuesta a estas situaciones. De acuerdo con el informe sobre el abuso sexual infantil en Cataluña, alrededor del 15% de los niños y niñas podrían sufrir maltrato infantil (38). Sin embargo, las previsiones de la Ley 14/2010 sobre maltrato infantil sobre la creación de un servicio de atención inmediata, el registro unificado de maltrato infantil y la creación de un servicio especializado para niños, niñas y adolescentes víctimas de malos tratos, aún no se han hecho efectivas (38).

Los hallazgos de este estudio proporcionan información sobre la percepción de las enfermeras pediátricas en relación al Programa Infancia con Salud, identificando las principales barreras y los aspectos de mejora de este programa. Esta información es importante, ya que puede orientar a los gestores del ámbito de atención primaria a adecuar el Programa Infancia con Salud, lo que podría mejorar la calidad y seguridad de las curas enfermeras en esta población.

## Limitaciones

La principal limitación de este estudio ha sido la homogeneidad del grupo de enfermeras de pediatría en la que se han explorado las percepciones, que pertenecían a una misma región geográfica, con unas

mismas directrices organizativas en relación al Programa Infancia con Salud y con un contexto de entorno socioeconómico similar. Además, las enfermeras que aceptaron ser entrevistadas podrían ser aquellas más motivadas y con una experiencia más positiva con el Programa Infancia con Salud. Por lo tanto, serían necesarios otros estudios que reflejaran las percepciones de las enfermeras de otros territorios, con organizaciones del Programa diferentes y con entornos diversos. También, la participación solo de 5 enfermeras podría limitar la transferibilidad de los resultados. No obstante, guiándonos por el poder de información (12), no se consideró necesario ampliar el número de entrevistas.

## Conclusiones

Las enfermeras pediátricas de Atención Primaria perciben que se podría aumentar el rol autónomo de las enfermeras en el Programa Infancia con Salud.

Las principales dificultades en el desarrollo del programa son las barreras idiomáticas y culturales con algunas familias y la falta de formación de las enfermeras en auscultación y exploración abdominal. El Programa Infancia con Salud debería incluir más visitas grupales, mejorar los circuitos asistenciales para la atención psicológica de los niños y adolescentes, adecuarse a las necesidades de una población culturalmente más diversa, así como a una población adolescente más compleja.

## Referencias bibliográficas

1. Programa de Salud Infantil. [Internet]. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria: 2009. Disponible en: Programa de salud infantil (PSI) | Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria ([aepap.org](http://aepap.org))
2. Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía. [Internet]. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. 2014. Disponible en: Programa de Salud Infantil y Adolescente ([juntadeandalucia.es](http://juntadeandalucia.es))
3. Guía de actividades preventivas y promoción de la salud en la infancia y adolescencia: Guía de apoyo al programa de salud infantil y del adolescente. [Internet]. Junta de Extremadura. 2007. Disponible en: [guia\\_actividades\\_preventivas\\_inf\\_adol.pdf](http://www.spapex.es/guia_actividades_preventivas_inf_adol.pdf) ([spapex.es](http://www.spapex.es))
4. Atención a la salud infantil en los centros de atención primaria de la comunidad de madrid: Documento de Consenso. [Internet]. Servicio Madrileño de Salud. 2012. Disponible en: NDICE: ([semap.org](http://semap.org))
5. Aguilar F, Agullo J, Barco G, Brugués A, Castelló P, Chuecos M, et al. Programa Infancia con Salud. Catalunya: CSC: 2016. Disponible en: [http://www.consorcio.org/media/upload/pdf/programainfanciasalut\\_csc\\_1435681150.pdf](http://www.consorcio.org/media/upload/pdf/programainfanciasalut_csc_1435681150.pdf)
6. Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica [Internet]. Catalunya: Direcció General de Salut Pública: 2008. Disponible en: [https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio\\_salut/infanciai-adolescencia/02infancia-amb-salut/protocol-infancia-amb-salut.pdf](https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/infanciai-adolescencia/02infancia-amb-salut/protocol-infancia-amb-salut.pdf)
7. Enrubia Iglesias M. La situación de la Pediatría de Atención Primaria en Cataluña. Rev Pediatr Aten Primaria. 2010; 12(19):149-158.
8. Laserna Jiménez C. Primary care nurse in pediatrics, a reference of health for patients and families in infants-youth age. Atención Primaria. 2019;51(6):386-387
9. Sanidad.gob.es: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. España: Gobierno de España; 1986. Ministerio de Sanidad. Análisis de la situación de la juventud; 2008. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/docs/jovenes\\_2008.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/docs/jovenes_2008.pdf)
10. Mulero A, Villa L. Nou model organitzatiu assistencial al servei de pediatria d'un Centre d'Atenció Primària. Castelldefels: 2015. Disponible en: [http://www.consorcio.org/media/upload/arxius/noticies/4\\_Anna\\_Mulero\\_\\_Jornades\\_Innovacio\\_CASAP.pdf](http://www.consorcio.org/media/upload/arxius/noticies/4_Anna_Mulero__Jornades_Innovacio_CASAP.pdf)
11. Decálogo de propuestas de mejora de la Pediatría de Atención Primaria. [Internet]. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. 2018. Disponible en: Decálogo de propuestas de mejora de la Pediatría de Atención Primaria | Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria ([aepap.org](http://aepap.org))
12. Malterud K, Siersma VD, Guassora AD. Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. Qual Health Res. 2016; 26 (13): 1753-1760.
13. Martínez C. Sampling in qualitative research: basic principles and some controversies. Cien Saude Colet. 2012; 17 (3): 613-619.
14. Brinkmann S, Kvale S. Learning The Craft of Qualitative Research Interviewing. Qualitative Research. Dinamarca: SAGE Publications; 2014. Disponible en: <https://us.sagepub.com/enus/nam/interviews/book239402>
15. Taylor SP, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación [Monografía en Internet]. Barcelona: PAIDÓS; 2011. Disponible en: <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2011/12/Introduccion-ametodos-cualitativos-de-investigacion-C3%B3n-Taylor-y-Bogdan.-344-pags-pdf.pdf>
16. Caelli K, Ray L, Mill J. 'Clear as Mud': Toward Greater Clarity in Generic Qualitative Research. SAGE Journals. 2003; 2 (2): 1-13.
17. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006; 3 (2): 77-101.
18. Krueger RA. Focus groups: a practical guide for applied research. Thousand Oaks: Sage; 2020
19. Beckman T, Bridget O, Harris I, Darcy A. Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. Acad Med. 2014; 89 (9): 1-7
20. Rodríguez Jiménez C. Conocimiento de la actividad enfermera y satisfacción, de padres y madres, en las visitas de niño sano en un municipio rural [TFG]. Jaén: Universidad de Jaén; 2014. Disponible en: [https://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1328/1/TFG\\_RodriguezJimenez%2CJuanCarlos.pdf](https://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1328/1/TFG_RodriguezJimenez%2CJuanCarlos.pdf)
21. Orden SAS/1730/2010, del 17 de junio, de salud pública. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, núm. 157, (29-6-2010). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2010/06/17/sas1730/dof/spa/pdf>
22. Proposición de ley 120/000004 sobre ratios de enfermeras para garantizar la seguridad del paciente en centros sanitarios y otros ámbitos. [Internet]. Boletín Oficial de las Cortes Generales, núm 6-1, (20-12-2019). Disponible en: [https://www.congreso.es/public\\_oficiales/L14/CONG/BOCG/B/BOCG14-B-6-1.PDF](https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/B/BOCG14-B-6-1.PDF)

23. Brugés A. Atenció a l'infant: mirada infermera. Gvarela. 2018. Disponible en: <http://gestioclincavarela.blogspot.com/2018/02/atencio-linfant-mirada-infermera.html>
24. Idescat. The municipality in figures. Girona (Gironès). 2022 Disponible en: <https://www.idescat.cat/emex/?id=170792&lang=en>
25. Escobar B, Paravic T. Transculturality, and essential element to improving health care and nursing. *Enferm Actual En Costa Rica*. 2017; 32 (1): 4-15.
26. Belintxon M, Dogra N, McGee P, Pumar-Mendez MJ, Lopez-Dicastillo O. Encounters between children's nurses and culturally diverse parents in primary health care. *Nurs Health Sci*. 2020; 22: 273–282.
27. Saha SMD, Beach MC, Cooper LA. Patient centeredness, cultural competence and healthcare quality. *Journal of the National Medical Association*. 2008; 100(11): 1275–1285.
28. Belintxon M, Lopez-Dicastillo O. The challenges of health promotion in a multicultural society: a narrative review. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2014; 37(3): 401–409.
29. Duanying C, Kunaviktikul W, Klunklin A, Sripusanapan A, Kay- Avant P. Identifying the essential components of cultural competence in a Chinese nursing context: A qualitative study. *Nursing & Health Sciences*. 2017; 19(2): 157–162.
30. Berlin A, Törnkvist L, Hylander I. Watchfully checking rapport with the primary child health care nurses-A theoretical model from the perspective of parents of foreign origin. *BMC Nursing*. 2010; 9(1): 14.
31. Moreno Preciado M. Transculturalidad, género y salud. *Manual de Enfermería Cultural*. España; 2021. Disponible en: [CultCuid61\\_19.pdf](CultCuid61_19.pdf) (ua.es)
32. Ortega E. Médico y paciente, separados por el idioma: traducir no lo es todo. *Redacción Médica*. 2018 Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/la-revista/reportajes/medico-y-pacienteseparados-por-el-idioma-traducir-no-lo-es-todo-5978>.
33. Blay N, Ioannou S, Seremetkoska M, Morris J, Holter G, Bronwyn E. Healthcare interpreter utilisation: analysis of health administrative data. *BMC Health Serv Res*. 2018; 348 (18): 2–6. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3135-5>
34. Garrote A, Del Cojo T. Group education for health, challenge or reality. 1ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 2015. Disponible en: <https://www.editdiazdesantos.com/books/garrote-garrote-adela-education-group-forhealth-L27000540201.html?articulo=27000540201>
35. Vural B, Zengin L. The effects of training with simulation on knowledge, skill and anxiety levels of the nursing students in terms of cardiac auscultation: A randomized controlled study. *Nurse Educ Today*. 2020; 84: 104216. Doi: 10.1016/j.nedt.2019.104216.
36. Romano A, Buxton M. A Multimethod Improvement Project to Strengthen Intermittent Auscultation Practice Among Nurse-Midwives and Nurses. *Journal of Midwifery & Women's Health* . 2020; 151 (2): 327-336. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13113>.
37. Malagón MC, Roqueta M, Olivet J, Reig G. Exploración de la persona adulta: aprendizaje mediante la simulación clínica de alta fidelidad [Internet]. México: Instituto para el Futuro de la Educación; 2021. Disponible en: <https://observatorio.tec.mx/edu-bits-blog/simulacion-clinica-ciencias-de-la-salud>
38. Síndic de Greuges de Catalunya. Informe sobre l'abús sexual infantil a Catalunya. Catalunya: Sindic; 2016. Disponible en: [http://www.sindic.cat/site/unitFiles/4210/Informe%20abus%20sexual%20infantil\\_cat\\_okdef.pdf](http://www.sindic.cat/site/unitFiles/4210/Informe%20abus%20sexual%20infantil_cat_okdef.pdf)