



---

# SEMINARIO SOBRE LA PEDIATRÍA SOCIAL DEL PRESENTE Y DEL FUTURO

---

EDITA



PATROCINA



COLABORA



## **CRÉDITOS**

Organiza: Sociedad Española de Pediatría Social (SEPS)

Patrocina: Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Secretaría de Estado de Derechos Sociales.

Colabora: Fundación Gota de Leche.

CIF: G84359181

Patrocina y financia la edición: Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.

Licencia Creative Commons

Sevilla, 2022.



Tirada: 200 ejemplares.

Edita: Sociedad Española de Pediatría Social (SEPS)

Depósito legal: SE 2573-2022

Maquetación: Publicartis Comunicación

Impresión: Artes Gráficas Moreno

# SEMINARIO SOBRE LA PEDIATRÍA SOCIAL DEL PRESENTE Y DEL FUTURO

Organiza:

**Sociedad Española de Pediatría Social (SEPS)**

En Sevilla el 6 de noviembre de 2021



Patrocina:



Colabora:

**Fundación Gota de Leche**



# Índice

## **I. BIENVENIDA DE LA PRESIDENTA**

5

## **II. MESA REDONDA: EVOLUCIÓN DE LA PEDIATRÍA SOCIAL. REFLEXIÓN SOBRE LA SITUACIÓN ACTUAL Y FUTURO DE LA PEDIATRÍA SOCIAL EN ESPAÑA**

7

*Ideas aportadas por los ponentes y en el debate*

8

*Síntesis elaborada a partir de los contenidos*

16

## **III. PONENCIA: ÁREA DE CAPACITACIONES ESPECÍFICAS EN PEDIATRÍA SOCIAL. LA PROPUESTA DE LA SEPS.**

20

## **IV. ANEXO 1. ANTECEDENTES. SEMINARIOS LA RÁBIDA I Y II**

36

## **V. ANEXO 2. DECLARACIÓN DE ALMERÍA**

60

## **VI. ANEXO 3. TRANSCRIPCIÓN LITERAL**

62

---

## I. BIENVENIDA DE LA PRESIDENTA

---

Bienvenidos a este Seminario que hemos querido promover desde la Sociedad Española de Pediatría Social (SEPS) contando con las personas que han sido los pioneros y que nos han enseñado el valor de la Pediatría Social a nosotros y a toda la sociedad.



Y queremos, a partir de este Seminario, intercambiar la visión que tenemos actualmente desde la perspectiva del pasado y de los inicios de la Pediatría Social, para reflexionar sobre cómo vamos a proyectarla hacia el futuro, en un momento en el que se está produciendo un creciente desarrollo legislativo como exponente del interés social e institucional por la infancia, ante el que la SEPS debe posicionarse.

Esperamos que este Seminario sirva para poner bases para la trayectoria de la Pediatría Social hacia el futuro de nuestra infancia, considerando el entorno que le puede afectar en su desarrollo y la perspectiva de ciclo vital.

Deseamos que los que participan en streaming nos hagan llegar sus aportaciones a través del chat; estaremos encantados de recibir vuestros mensajes, vuestras opiniones y vuestros comentarios.

*I. Bienvenida*

En primer lugar vamos a tener la mesa sobre la evolución de la Pediatría Social, una reflexión sobre la situación actual y el futuro de la Pediatría Social en España y, en segundo lugar, la ponencia de Carmen Vidal sobre las Áreas de Capacitación Específica (ACE) en Pediatría Social; para completar la mañana de trabajo con las aportaciones de los participantes que han sido invitados presencialmente.

Quiero agradecer a la Fundación Gota de Leche de Sevilla su acogida en esta casa centenaria, cargada de historia en favor de la infancia más desfavorecida.

Y, sin más, comenzamos dando la bienvenida y nuestro agradecimiento a todos los que estáis de forma presencial y a través de la red. Gracias por vuestra participación.

**Ana Rosa Sánchez Vázquez**  
Presidenta de la SEPS  
6 de noviembre de 2021

## SEMINARIO SOBRE LA PEDIATRÍA SOCIAL DEL PRESENTE Y DEL FUTURO



---

### II. EVOLUCIÓN DE LA PEDIATRÍA SOCIAL.

---

#### REFLEXIÓN SOBRE LA SITUACIÓN ACTUAL Y FUTURO DE LA PEDIATRÍA SOCIAL EN ESPAÑA.

El *Seminario sobre la Pediatría Social del presente y del futuro* comienza con esta mesa de análisis de la evolución de la Pediatría Social (PS) en la que cuatro ponentes invitados exponen sus reflexiones sobre la situación actual y sobre el futuro de la PS en España.

Los ponentes han sido invitados por haber vivido de primera mano la evolución de la PS en España desde sus comienzos; por los que constituyen figuras referentes en la configuración histórica de la SEPS y del modelo integral de atención a los determinantes sociales que rodean a la infancia y a las familias.

Estos ponentes son: Ignacio Gómez de Terreros, Xavier Allué Martínez, Jesús García Pérez y Oriol Vall Combelles.

## II. Evolución de la Pediatría Social.

Participan en el debate, por orden de intervención: Juan Gil Arrones (moderador), Antonio Gancedo Baranda, Rafael Muriel Fernández, Bárbara Rubio Gribble, Rafael García Galán, José Ignacio Pérez Candás, Estefanía Romero Castillo, Purificación Reyes Neira, Virginia Carranza Parejo, Luís Martín Álvarez, Ana Rosa Sánchez Vázquez, María Dolores Lanzarote Fernández, Manuel Sobrino Toro, María Luisa Poch Olivé y Raquel Páez González.

En este punto de la publicación se hace un análisis de las reflexiones de los ponentes y de las aportaciones de los participantes que fueron invitados personalmente, ya sea de forma presencial o a través de conexión digital.

Para facilitar su comprensión organizamos los contenidos de estas reflexiones y aportaciones a modo de un relato progresivo, con la idea de ofrecer un concepto evolutivo de la Pediatría Social en España. La transcripción literal de las intervenciones pueden consultarse en el Anexo 3.

### **IDEAS APORTADAS EN LAS PONENCIAS Y EN EL DEBATE POSTERIOR:**

- En el desarrollo de la PS puede hablarse de una primera fase, en la que se inicia su desarrollo en España por profesionales de referencia bajo la influencia de diferentes autores europeos como Debré, Manciaux, Massé y Mande.
- Se inicia en 1972 con la creación de una organización específica (Sección de Pediatría Social) dentro de la Asociación Española de Pediatría (AEP) y desarrolla una primera etapa que puede considerarse hasta 2008, caracterizada por el interés por la protección de la infancia ante los riesgos y problemas derivados del entorno social. Como Sección de la AEP, la PS comienza a desarrollarse como una corriente pediátrica que va dirigida a todos los pediatras.
- A partir de 2008 hasta 2021 cuando se celebra este Seminario, se orienta hacia el acompañamiento y al desarrollo del proyecto vital, basados en los derechos de la infancia y en la atención integral e interdisciplinar de los problemas relacionados con el entorno social.



## *II. Evolución de la Pediatría Social.*

- El enfoque de las subespecialidades pediátricas propiciado por la AEP, promueve que los contenidos de la PS se dirijan a los pediatras que se especialicen en estas áreas y no al conjunto. Coincide con una nueva opción organizativa como Sociedad (SEPS) dentro de la AEP.
- Desde el principio y de forma casi simultánea en diferentes realidades geográficas, se han ido desarrollando experiencias de atención a los problemas de la infancia relacionados con el entorno social y la familia, como determinantes de la salud de niñas y niños; a expensas casi siempre de grandes esfuerzos voluntaristas que, en la actualidad, muchos profesionales jóvenes no están dispuestos a asumir.
- Estas experiencias han estado centradas casi exclusivamente en el hospital, de donde han partido la mayoría de las iniciativas. Solo en los últimos años se ha abierto a la atención primaria de la mano de las organizaciones pediátricas.
- Desde estas experiencias de PS se avanza en la consideración científico-técnica de la importancia de los factores sociales en la salud durante la infancia, con algunas iniciativas en la búsqueda de consensos y en la creación de un cuerpo doctrinal metodológico y de contenidos.
- También se ha producido un desarrollo progresivo de publicaciones y proyectos de investigación sobre la relación entre lo social y la salud de la infancia, y sobre diversos problemas derivados del entorno como determinantes sociales y el impacto de las experiencias adversas vividas durante la infancia; hasta nuestros días en los que estos elementos han confluído de forma casi espontánea.
- En esta primera fase aparecen publicaciones de PS por parte de autores de referencia como Carlos García Caballero, Felipe Toledo Ortiz, Paz Garnelo, entre otros; y se llevan a cabo actividades periódicas de formación e intercambio de experiencias entre todos los pediatras del territorio nacional.
- La organización de la PS se ha ido concretando en grupos de trabajo en diversas zonas geográficas del territorio, con evidente asimetría

## II. Evolución de la Pediatría Social.

en su implantación; lo que supone un reto a superar por el relevo generacional al frente de la SEPS.

- Los contenidos más frecuentes de esta primera fase han sido: La formación de Unidades hospitalarias de PS; el debate entre si la PS debe ser considerada una subespecialidad o formar parte de la atención pediátrica general; y, la atención a problemas emergentes de la infancia como la prevención de los accidentes infantiles, la extensión del calendario vacunal y la atención al maltrato.
- La atención a los problemas sociales de la infancia ha sido desarrollada casi exclusivamente en hospitales; lo que implica una falta de eficacia en el planteamiento porque supone, de hecho, que se llega tarde, cuando el problema ya está creado, por no contar con el trabajo preventivo y de promoción desde atención primaria.
- Un salto decisivo ha sido la **Declaración Universal de los Derechos del Niño**, promulgada por Naciones Unidas en 1.989 y ratificada por España en 1.990, que establece de forma general que los niños y las niñas son sujetos de derecho; lo que supone adquirir la condición de personas con valor jurídico.
- A partir de ahí comienzan a elaborarse protocolos y las leyes de infancia con el consiguiente desarrollo legislativo, con un eje basado en la protección y en el “interés superior del menor”. Las leyes marcan el camino de los profesionales y de las instituciones.
- Aunque quedan por cubrir algunos aspectos, como que en el desarrollo de la PS no ha habido una perspectiva de género; y no siempre es igual atender a una niña que a un niño.
- El enfoque de derechos se equipara al de protección, con algunos intentos legislativos que antepone el enfoque de derecho en primer término, y el objeto de protección pasa a ser la garantía del disfrute de esos derechos.

El objetivo prioritario es la defensa del disfrute de los derechos, por lo que adquiere preponderancia sobre tendencia a la protección.

## II. Evolución de la Pediatría Social.

- En una segunda etapa marcada por el **desarrollo legislativo y la implicación de las administraciones**, la infancia ha entrado en la agenda política de las instituciones y adquiere especial importancia el abordaje de la violencia contra las personas menores de edad, que se traducen en nuevas iniciativas legislativas concretas y en el diseño de protocolos en los diferentes sectores con competencias en materia de infancia.
- Aunque las políticas de infancia necesitan la financiación suficiente para ofrecer los servicios de calidad que necesita la población infantil.
- En algunas Comunidades Autónomas se ha institucionalizado la atención a los problemas de la infancia derivados del entorno social y familiar, en programas de prevención, protección y tratamiento desarrollados por las administraciones con competencias.
- En este contexto la SEPS debe asumir el papel de interlocutor con las instituciones y participar en el desarrollo de normas y protocolos; así como la vigilancia de su cumplimiento.
- Evoluciona el debate de los profesionales que consideran a la PS como contenido propio de Unidades asistenciales específicas, como especialidad pediátrica, o como un perfil a adquirir por todos los pediatras.
- Con la introducción del **enfoque epidemiológico y de salud pública** surge la importancia de considerar los “determinantes sociales de la salud” (ver Anexo sobre el Seminario de La Rábida en 2006 y 2008) con especial impacto en las familias desfavorecidas en proceso de crianza.
- La prevención de las enfermedades y la promoción de salud se equiparan a nivel asistencial con las patologías, siendo esenciales en los contenidos de PS; así como la recuperación del proyecto vital.
- Surge la inquietud por la atención a nuevos problemas emergentes como los que padecen los menores extranjeros no acompañados que llegan a nuestro país planteando, por ejemplo, la necesidad

## II. Evolución de la Pediatría Social.

de garantizar el conocimiento de la edad cronológica que les permita acceder a medidas específicas de protección; ya sea frente a las consecuencias del duelo migratorio, como a la necesidad del reagrupamiento familiar.

- Se ha comprendido que no basta con la protección frente a los problemas del entorno social, sino que es necesario el trabajo para mejorar las condiciones del ámbito familiar y del sistema de relaciones, de cuidados y de apego. Los problemas sociales de la infancia no solo se deben a circunstancias geopolíticas externas, sino que con frecuencia parten del entorno familiar.
- Por otra parte, para trabajar en la mejora de los determinantes sociales cada vez se considera más necesario salir del contexto de las consultas y trabajar en el territorio, desde atención primaria, en red con las organizaciones comunitarias.
- Se constata que el trabajo de PS es rentable en términos económicos y asistenciales porque reduce la demanda y mejora la evolución de los problemas de salud y las expectativas del proyecto vital.
- Se pone de manifiesto la necesidad de romper barreras entre los diferentes niveles asistenciales de atención hospitalaria y de atención primaria; y entre los pediatras con otros especialistas y profesionales de otros sectores; y se impone una nueva forma de trabajo en red fuera de las consultas.
- No obstante, los pediatras de atención primaria, como los de hospitales, por lo general carecen de la formación necesaria y de horarios flexibles que les permitan una mayor dedicación a pacientes con problemas del entorno y, para salir a trabajar en el territorio local o comunitario.
- En cualquier caso, se está de acuerdo en la necesidad de una **formación básica en PS** a todos los profesionales que trabajan en la atención a la infancia y, una **formación especializada** para profesionales de referencia. Ambas serán imprescindibles para asegurar la consideración de los determinantes sociales en cualquier acto de

## II. Evolución de la Pediatría Social.

atención pediátrica, y superar la falta generalizada de formación entre los profesionales.

- Para dar respuesta a los derechos de la infancia con la suficiente calidad de la atención a la salud infantil, es necesaria una adecuada formación e investigación, así como actualizar instrumentos como la Historia Clínica Social.
- En este sentido, la SEPS define y presenta ante la AEP cuáles son las Áreas de Capacitaciones Específicas (ACE) y las materias que constituyen los contenidos de la PS como elementos del programa de formación.
- En la actualidad, la PS sigue estando casi exclusivamente basada en personas de referencia y en motivaciones personales, por lo que las Unidades asistenciales pierden estabilidad y desaparecen con las personas.
- En los hospitales existe una demanda interna de la subespecialidad de PS y un interés de los especialistas jóvenes en formarse en PS y se requieren figuras de referencia, mientras que en atención primaria se hace cada vez más necesario el enfoque de atención integral a los determinantes sociales y se demanda también la presencia de figuras de referencia en PS.
- Aunque se considera importante la existencia de especialistas de referencia en Unidades hospitalarias, también en los centros de salud deben existir pediatras de referencia en PS que asuman la coordinación con psicólogos y con otros especialistas y profesionales.
- Se deben desarrollar estrategias para “contaminar” a los pediatras en el enfoque integral de la atención teniendo en cuenta los determinantes sociales y los contextos en que los se desarrollan los menores y las familias.
- Se considera que la PS debe adaptarse a las nuevas circunstancias y a los nuevos problemas emergentes de la infancia. Comienza a hablarse de los cuidados paliativos específicos de la infancia, ante situaciones críticas que pueden estar atravesando los menores y sus familias.

## II. Evolución de la Pediatría Social.

- Adquiere una importancia relevante la pobreza en la infancia y la adolescencia; así como la pérdida del proyecto vital y su recuperación y, por lo tanto, la necesidad de una conexión con la escuela, para posibilitar la igualdad de oportunidades como un derecho social más; lo que exige una adaptación de la escuela hacia las necesidades de refuerzo pedagógico y hacia el concepto de escuelas de segunda oportunidad.
- La PS debe extenderse más allá de los centros sanitarios, hacia las escuelas, donde existe una mayor capacidad de detección de problemas y de situaciones de riesgo; y establecer alianzas con los medios y redes de comunicación para aprovechar las ventajas que pueden ofrecer.
- Con la incidencia de la **pandemia por COVID-19** se agrava sustancialmente la situación de los niños, niñas y adolescentes de familias desfavorecidas, dificultando aún más el proceso de socialización, la prestación de servicios de protección y de apoyo social y, se pone de manifiesto el deterioro de la atención sanitaria llegando a producirse un retroceso de años en la atención integral a los problemas derivados del entorno social y familiar; con lo que se refuerza aún más la necesidad de la presencia de la PS ante la nueva situación de crisis.
- Tras la pandemia se ha puesto de manifiesto el incremento de los déficits sociales y de las oportunidades para un desarrollo vital aceptable, pasando a un primer plano las desigualdades, la exclusión social y las inequidades.
- Se hace evidente la brecha digital para acceder a la formación y a los servicios; así como el incremento de los problemas de salud mental, adicciones, violencia y nuevas patologías derivadas del mal uso de las tecnologías de comunicación.
- Simultáneamente se ha producido, en un primer momento, una limitación de acceso a los servicios de detección y recuperación. Posteriormente se constata la insuficiencia de una atención especializada y de calidad a los problemas de la infancia y adolescencia.

## *II. Evolución de la Pediatría Social.*

- También se ha incrementado la incidencia de la violencia intrafamiliar y de otras formas, ya sea en el ámbito escolar o social en general, con graves consecuencias para la salud que requieren una atención muy especializada, no siempre disponible.
- En estas situaciones, el papel del pediatra de atención primaria es fundamental para hacer el acompañamiento y el seguimiento a largo plazo.
- Aunque las disfunciones y patologías mentales siempre fueron un tema pendiente, en los momentos actuales toman especial importancia por el incremento de alteraciones que implican sufrimiento y por el aumento de casos de suicidio.
- Continúa abierto el debate sobre la organización de la respuesta asistencial e integral a los problemas, disfunciones y enfermedades de salud mental de niños, niñas y adolescentes; con especial atención a la promoción de la salud mental y a la distinción entre el sufrimiento y los procesos de salud mental como objetos diferenciados de tratamiento.
- En este momento se acumula la evidencia científica sobre los efectos perniciosos para la salud durante la infancia y en la edad adulta de los determinantes sociales, de las experiencias adversas y del estrés tóxico.

La trascendencia de las alteraciones en edades tempranas se proyectan con facilidad a todo el ciclo vital.

- Las deficiencias asistenciales puestas de manifiesto por la pandemia, suponen una nueva oportunidad para reivindicar una atención integral, coordinada y de calidad a los problemas de la infancia derivados de los determinantes sociales de la salud.
- También persiste la necesidad de diferenciar la rehabilitación social de la recuperación del proyecto vital.
- Ante las nuevas circunstancias se deben buscar nuevas alternativas para responder a las necesidades de la infancia, de participación en

## II. Evolución de la Pediatría Social.

los planes de las administraciones, de trabajo con el conjunto de profesionales de otros sectores; para lo que hay que partir de que el pediatra no es el único y que se deben superar carencias de formación para el trabajo interdisciplinar y de trabajo en red, evitando posibles conflictos de competencias.

- El trabajo del pediatra del hospital es diferente del de atención primaria, pero ambos deben ser complementarios. En los dos ámbitos debe haber pediatras con un grado superior de competencias específicas en PS.
- La atención integral a la infancia adquiere una gran complejidad, por lo que debe ser compartida con otros sectores y profesionales.
- Estamos al comienzo de una tercera etapa en la que se debe dar respuestas integradas, complementarias, a los problemas complejos que tiene la infancia.
- Vuelve a tomar importancia el desarrollo legislativo que garantice la satisfacción de los derechos de la infancia y de sus necesidades básicas; en cuya elaboración tenemos que participar desde la PS y exigir su cumplimiento.

### SÍNTESIS DE CONTENIDOS:

1. En el desarrollo de la PS en España puede hablarse de una **fase inicial** en la que se reconocen algunas características:
  - La organización como Sección de PS dentro de la AEP en 1.972.
  - La incorporación de las características del entorno social de la familia a la evolución de la salud de niñas y niños, y al registro en el contexto científico-técnico, de los factores sociales determinantes en la salud en las distintas etapas de la infancia.
  - La presentación progresiva de proyectos de investigación y publicaciones que apoyan la relación entre lo social y la salud en la infancia desde distintas experiencias y en diversos problemas.



## II. Evolución de la Pediatría Social.

- Esta fase se editan publicaciones referentes en PS: Carlos García Caballero, en Madrid; Felipe Toledo, en Córdoba; Díaz Huertas, en Madrid, y la reciente publicación de Antonio Gancedo.
  - La constitución de grupos de trabajo en diversas zonas geográficas del territorio nacional.
  - Los contenidos más frecuentes de esta fase son: La formación de Unidades hospitalarias de PS; el debate sobre si la PS debe ser una especialidad o formar parte de la atención pediátrica general; y los temas de mayor interés son, entre otros: accidentes infantiles, calendario vacunal, maltrato...
2. Un hecho decisivo y muy importante es la **Declaración Universal de los Derechos del Niño**, proclamada por Naciones Unidas en 1.989 y ratificada por España en 1.990; con una serie de repercusiones posteriores:
- El reconocimiento de que los niños y las niñas son sujeto de derecho; lo que les confiere la condición de personas con valor jurídico.
  - El enfoque de derechos se equipara al de protección, incluso con algunos intentos legislativos que sitúan a los derechos en primer término, El objeto de protección pasa a ser la garantía del disfrute de los derechos; cuestión que aún suscita debate a nivel legislativo.
  - Comienzan a desarrollarse protocolos y leyes de infancia con un eje basado en la protección y en el “interés superior del menor”.
3. Con la introducción de un enfoque **Epidemiológico y de Salud Pública** se da importancia a los “determinantes sociales de la salud” (ver anexo Seminario La Rábida) con especial impacto en las familias desfavorecidas en proceso de crianza.
- La prevención de las enfermedades y la promoción de salud se equiparán al interés asistencial de las patologías; así como el nivel de recuperación del proyecto vital; formando parte esencial en los contenidos de PS.

## II. Evolución de la Pediatría Social.

- Surge la inquietud por la atención a los menores extranjeros que llegan a nuestro país
  - Adquiere especial importancia el tema de violencia contra los menores, que se traducen en iniciativas legislativas fundamentales.
  - Persiste el debate sobre si se debe considerar a la PS como “Unidades asistenciales”, como especialidad o como perfil a adquirir por todos los pediatras en general.
  - Se extienden los planteamientos y contenidos de PS en Atención Primaria y no solo en la hospitalaria.
  - Se pone de manifiesto la necesidad de una formación específica en PS, en la que será imprescindible la valoración del entorno social en cualquier acto asistencial.
  - Comienza a hablarse de los cuidados paliativos específicos de la infancia, ante situaciones críticas por adversidad en salud.
  - Adquiere una importancia relevante la pobreza infantil y del adolescente, así como la pérdida del proyecto vital y su recuperación; y por lo tanto la conexión con la familia y con la escuela, con un concepto de igualdad de oportunidades como un derecho social más. Aparece el concepto de escuelas de segunda oportunidad para recuperar a adolescentes en situaciones de adversidad social y fracaso académico.
4. Con la **Pandemia por COVID-19** se agrava sustancialmente la situación de los menores de edad en familias desfavorecidas, interrumpiendo o dificultando el proceso normal de socialización. También se pone de manifiesto el deterioro de la atención sanitaria, que alcanza de forma especial a la PS que, en estas circunstancias, se hace más necesaria aún y se refuerza la necesidad de su actualización. En este sentido:
- Se incrementan los déficits sociales de oportunidades para un desarrollo vital aceptable, pasando a un primer plano las desigualdades, la exclusión y las inequidades.

## *II. Evolución de la Pediatría Social.*

- Se hace más evidente la brecha digital y los problemas derivados del mal uso de la tecnología.
  - Aumenta la frecuencia de diferentes formas de violencia, ya sea en el ámbito familiar, escolar o social en general, pudiéndose diversificar el daño con la utilización de nuevas tecnologías de comunicación.
  - Aunque los trastornos de salud mental siempre fueron un tema pendiente, en los momentos actuales toman especial importancia por el incremento del trauma y los casos de suicidio.
  - Continúa el debate sobre la organización de la atención a los trastornos y enfermedades mentales, con especial atención a la promoción de la salud mental infanto-juvenil y, a la distinción entre la atención al sufrimiento y a los procesos mentales.
  - Reseñar también la importancia de las experiencias adversas en edades tempranas que se proyectan con facilidad a todo el ciclo vital.
  - También persiste la necesidad de diferenciar entre la rehabilitación social y la recuperación del proyecto vital.
5. Al final, el debate pone sobre la mesa la necesidad de formación e investigación en PS; así como la necesidad de actualizar instrumentos como la Historia Clínica Social, y se alcanzan algunas ideas de consenso:
- La PS necesita llegar a todos aquellos profesionales que tengan la responsabilidad de atender a un niño, una niña o adolescentes, quienes deberán conocer y estar capacitados en los contenidos e instrumentos necesarios.
  - La responsabilidad ha de compartirse con otros escenarios y profesiones.

### III. ÁREA DE CAPACITACIONES ESPECÍFICAS EN PEDIATRÍA SOCIAL.

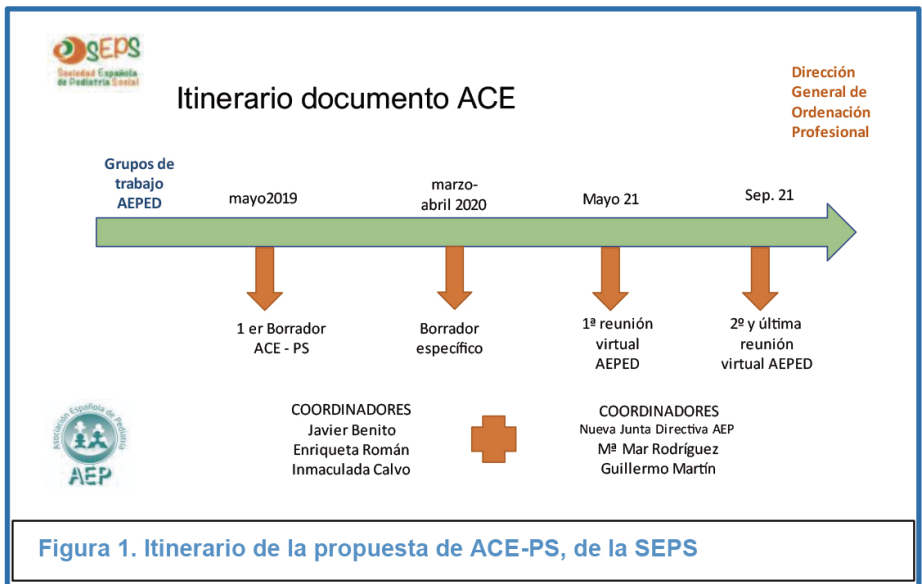
#### LA PROPUESTA DE LA SEPS.

Ponencia de Carmen Vidal Palacios.

Modera: Ana Rosa Sánchez Vázquez.



A finales del año 2018 la AEP convocó a los presidentes de las Sociedades Pediátricas y se crearon grupos de trabajo en cada Sociedad para hacer un primer borrador, sin ningún guion, en el que han participado muchos de los que estamos aquí. Se entregó en mayo del 2019 porque se quería presentar en el Congreso de Pediatría de junio. Los coordinadores en aquella época eran, sobre todo, Inmaculada Calvo, Enriqueta Román y Javier Benito. Sobre marzo y abril del año 2020 se tenía que entregar el borrador específico. (Figura 1).



En la última reunión en julio de 2021 con el nuevo Director General del Ministerio, se concreta que es prioritario actualizar el **Libro Blanco** con

### III. Área de Capacitaciones Específicas en Pediatría Social

todos los requisitos de todas las especialidades de Pediatría para poder acreditar las diferentes ACE. (Figura 2).

Se presentan las diferentes ACEs, su justificación, elementos constitutivos y desarrollo de contenidos (con sus itinerarios y requisitos formativos) en un formato uniforme adaptado al documento normativo propuesto

19 especialidades pediátricas candidatas a las ACEs en Pediatría están debidamente registradas en la AEP, como sociedades de especialidades pediátricas y con sus estatutos desarrollados.

Todas disponen de itinerarios formativos especificados y tienen identificados los centros de capacitación y las exigencias requeridas para obtener su acreditación en cada una de las áreas de las ACEs pediátricas.



1. Cardiología
2. Cuidados Intensivos
3. Cuidados Paliativos
4. Endocrinología,
5. Errores Innatos del Metabolismo
6. Gastroenterología, Hepatología y Nutrición
7. Infectología
8. Inmunología clínica y Alergología
9. Medicina del Adolescente
10. Neonatología
11. Nefrología
12. Neumología
13. Neurología
14. Pediatría de Atención Primaria
15. Oncohematología
16. Pediatría Interna Hospitalaria
17. Pediatría Social
18. Reumatología
19. Urgencias.

Figura 2. Relación de especialidades pediátricas solicitadas

La SEPS presenta su propuesta siguiendo un guion común para todas las especialidades, que consta de dos fases: una primera sobre la **historia tanto de la especialidad como de la Sociedad**; en la que se hace un análisis con la justificación de por qué tiene que existir esta especialidad y cuáles son los elementos diferenciales. Y en la segunda fase se desarrolla todo el **programa formativo** con los itinerarios, las evaluaciones, la duración del período de formación, los nombres de los centros sanitarios, etc.

También nos pidieron si nuestra especialidad tenía un currículum pediátrico europeo, el famoso **Syllabus**, para que se puedan ir reconociendo las diferentes especialidades a nivel europeo y que ello pueda comportar ampliar la duración de la formación en Pediatría que, como mínimo serían cinco años; los tres de tronco común y dos de cada una de las especialidades. (Figura 3).

III. Área de Capacitaciones Específicas en Pediatría Social

*Global Paediatric Curriculum Guidelines for Residency Training Assessment, Certification and Continuous Professional Development, elaborado por el Consorcio Global en Educación en Pediatría (GPEC). Currículo universal pediátrico–syllabus*



- ❖ Es muy importante el cumplimiento en nuestro país de las normas de acreditación y de reconocimiento de ACEs vigentes en la Comunidad Europea (currículo europeo: programa *Syllabus*)
- ❖ En la situación actual de falta de reconocimiento de las ACEs de la especialidad de Pediatría, España se aleja de la normativa europea con la consiguiente dificultad de homologación de las titulaciones de los especialistas en Pediatría para poder trabajar fuera de nuestro país.
- ❖ **Ampliar la duración de la formación de la Pediatría española la homologaría a la Pediatría europea con una formación de al menos 5 años.**

Figura 3. Currículo universal Syllabus

En la Figura 4 se especifican las especialidades que están reconocidas a nivel europeo; en las que hay muchas que no están reconocidas en nuestro país.

Programas de estudios aprobados para la Formación en subespecialidades pediátricas

European curriculum for common trunk in Paediatrics

Adolescent pathology	Allergy	Cardiology
Community medicine	Endocrinology & Diabetes	Emergency medicine
Gastrointestinal & Hepatic diseases	Respiratory disorders	Haematological & Oncological Disorders
Infectious and Immune deficiencies	Metabolic Diseases	Neonatology
Nephro-Urology Disorders	Neurology & Neuromuscular Disorders	Rheumatic diseases



Figura 4. Subespecialidades pediátricas reconocidas a nivel europeo

III. Área de Capacitaciones Específicas en Pediatría Social

La AEP ha elaborado un balance de la situación actual sobre las posibles relaciones entre las diferentes especialidades pediátricas, para conocer si existen elementos diferenciales compartidos con una relación fuerte o con relación débil. Este balance lo hecho la AEP con unos asesores externos distintos de los coordinadores y, como se puede ver, **Pediatría Social no tiene ninguna relación débil** -me ha extrañado mucho ni con Atención Primaria ni con Urgencias. Si hubiera una relación débil no tendría repercusión, pero si hubiera una relación fuerte, sí que habría que adaptar la propuesta para no duplicar recursos ni duplicar trabajo. (Figura 5).

A nivel legal no voy a decir nada, salvo nombrar el **Real Decreto 639/2014** por el que se regularía la troncalidad, la re-especialización troncal y las áreas de capacitación específica, en el que la especialidad de Pediatría ya fue reconocida como **no troncal**, es decir, independiente del tronco común de la Medicina para el resto de las especialidades médicas de adultos y, en el que se especificaba todo lo que era necesario para reconocer las áreas de capacitación específica de las diferentes especialidades pediátricas. (Figura 5).

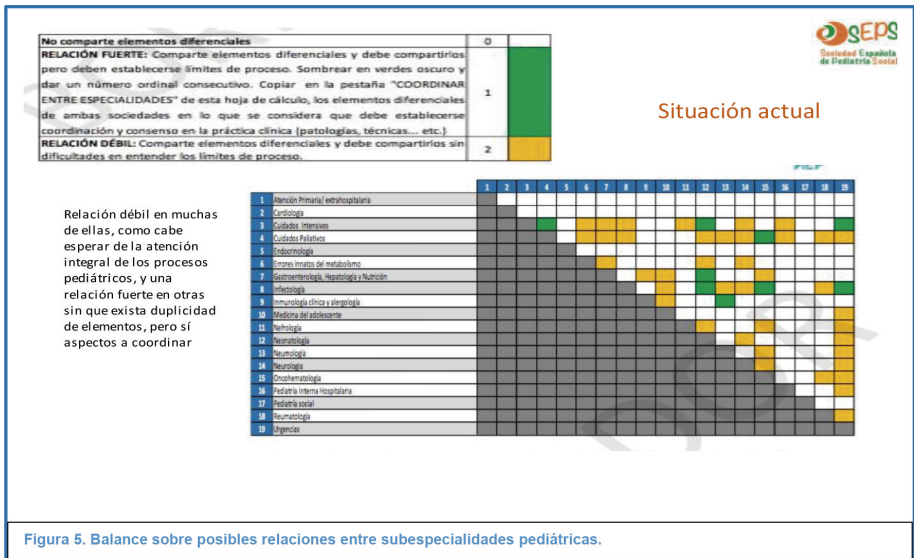
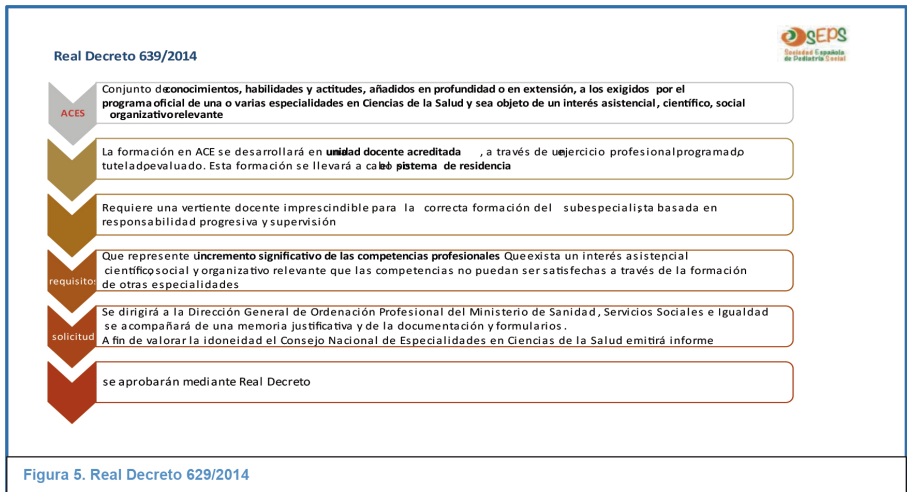


Figura 5. Balance sobre posibles relaciones entre subespecialidades pediátricas.

III. Área de Capacitaciones Específicas en Pediatría Social

Este Decreto ha quedado en suspenso por un defecto de forma, o sea, que ya llevamos bastantes años con el decreto suspendido. En este decreto explicaba perfectamente qué son las ACE a nivel legal, que la formación se tenía que hacer en una Unidad Docente acreditada, mediante la formación de sistemas de residencia tipo MIR, que esta especialidad representase un incremento significativo de las competencias profesionales y, que cada una de las diferentes ACE se deberían aprobar mediante Real Decreto.



Como consta en la Propuesta de la SEPS, el **acceso** a la re-especialización en Pediatría Social es único a través de la especialidad de Pediatría, y debe tener una duración de **dos años** para adquirir una formación básica en el trabajo como pediatra social; en un Servicio de Pediatría con acreditación docente para la formación MIR, y con acceso a una **Unidad Funcional de Pediatría Social**. Hemos elegido el nombre de Unidad Funcional por ser más amplio y englobar a otros conceptos como los de “consulta de pediatría social” o “programa de pediatría social” y, sobre todo, para reforzar la idea de que la pediatría social no solamente se debe limitar al espacio de una consulta, sino que se debe trabajar en red con otros profesionales y desarrollar una vertiente comunitaria. La formación se podría iniciar a partir de R4 o una vez han finalizado los que se quisiesen enganchar. (Figura 6).



III. Área de Capacitaciones Específicas en Pediatría Social

## Acceso y duración

**ACCESO:** Especialidad de Pediatría

**DURACION:** Periodo de formación **2 años**

Pertenencia a un Servicio de Pediatría con **acreditación docente** para la formación MIR, con acceso a una Unidad Funcional de Pediatría Social.

Se podrán iniciar a partir del último año del periodo de residente (R4) o una vez terminada la residencia

**Figura 6. Acceso a la subespecialidad.**

Los **objetivos** del programa de formación en Pediatría Social son, contribuir a la defensa y promoción de los derechos de la infancia; prevención, detección y manejo de los problemas de salud derivados de los determinantes sociales; y el abordaje integral de los problemas “emergentes”, aunque algunos ya no son tan emergentes, que requieren un alto grado de formación específica. (Figura 7).

**PROGRAMA  
FORMATIVO  
ESPECIFICO**  
(Transposición de  
syllabus)

**Objetivos**

Prevención  
Detección  
Manejo

**CONTRIBUIR A LA DEFENSA Y PROMOCIÓN DERECHOS DE LA INFANCIA**

DAR RESPUESTA A LOS PROBLEMAS DE SALUD DERIVADOS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES

ABORDAJE INTEGRAL DE LOS PROBLEMAS “EMERGENTES” DE LA INFANCIA QUE REQUIEREN ALTO GRADO DE FORMACIÓN ESPECIFICA Y METODOLOGÍA INTERDISCIPLINAR E INTERSECTORIAL

DESARROLLO DE PROCEDIMIENTOS ADAPTADOS QUE EVITEN PROCESOS DE REVICTIMIZACIÓN

PROMOVER EL BUEN TRATO A LAS PERSONAS MENORES DE EDAD BASADO EN SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS DE CADA ETAPA DE DESARROLLO

IDENTIFICAR POBLACIÓN MENOR DE EDAD EN SITUACIONES DE RIESGO SOCIAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS PROBLEMAS DE SALUD DERIVADOS

CAPACITACIÓN

FORMACIÓN

CONOCIMIENTO

ATENCIÓN

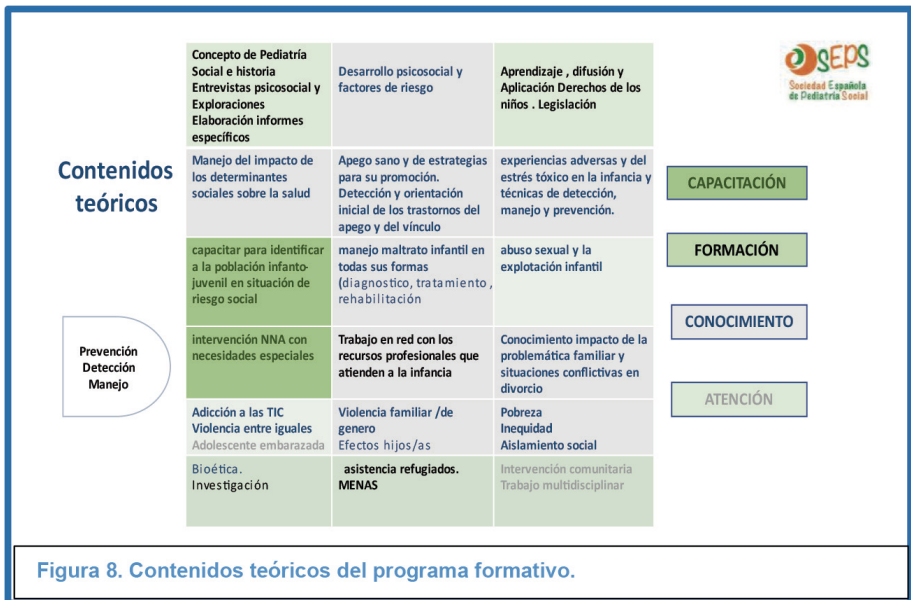
**Figura 7. Objetivos del programa formativo.**

III. Área de Capacitaciones Específicas en Pediatría Social

Debe capacitar para el empleo de una **metodología** interdisciplinar e intersectorial. Tenemos que salir de nuestras “islas”, la isla del pediatra de hospital, la isla del pediatra de atención privada, la isla de trabajo social.

Debe formar para promover el buen trato basado en la satisfacción de las necesidades básicas en cada etapa de desarrollo, e identificar a la población menor de edad en situación de riesgo.

La formación en Pediatría Social debe desarrollar un programa de **contenidos teóricos** recogidos en la propuesta de la SEPS, siempre en la vertiente prevención, detección, manejo, conocimiento y capacitación de los profesionales. (Figura 8).



Sin olvidar que debe tener formación en **historia y entrevista clínica y psicossocial**, entre las habilidades y competencias. (Figura 9).

Debe formar para realizar exploraciones y para saber elaborar informes específicos, porque muchas veces, a nivel sobre todo del Servicio de

III. Área de Capacitaciones Específicas en Pediatría Social

Protección del Menor o a nivel judicial, es muy importante saber cómo expresar lo que se detecta y lo que valoramos como especialistas, para que sea útil en la toma de decisiones de otros profesionales.



La formación en Pediatría Social debe servir para difundir y aplicar los **derechos** de los niños, hay que conocer la legislación de la infancia, sobre todo de la protección de la infancia, como la LOPIVI y la Ley de Libertad Sexual. La Ley contempla conceptos innovadores como el modelo Barnahus de entrevistas, por ejemplo.

A través del programa de formación el pediatra debe estar capacitado en el manejo del impacto de los **determinantes sociales** sobre la salud de estos menores; conocer qué es el apego sano y estrategias para su promoción, así como la detección y orientación de los trastornos del vínculo y del apego; conocer los efectos y el abordaje de las experiencias adversas.

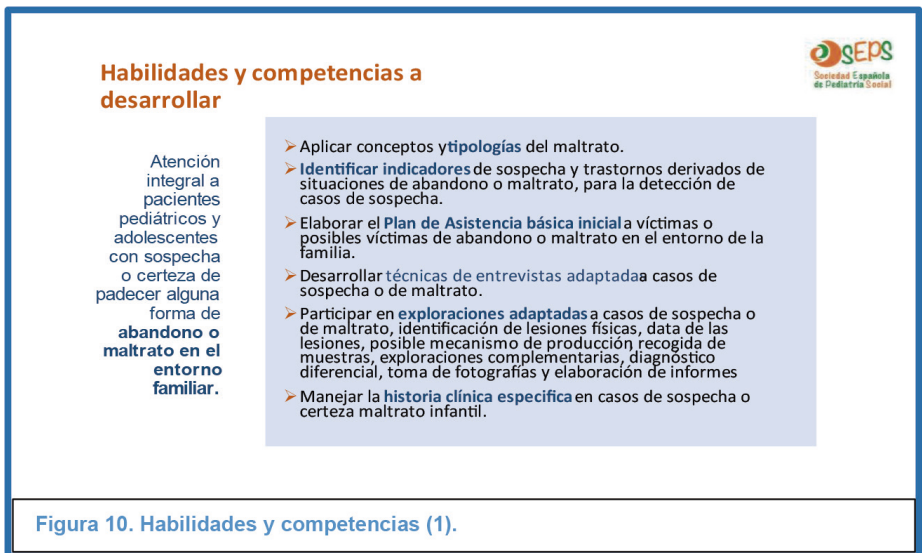
Debe capacitar para identificar la población infantojuvenil en situación de **riesgo social** para la salud; en el manejo del **maltrato y la violencia** en

### III. Área de Capacitaciones Específicas en Pediatría Social

todas sus formas con especial dedicación también al abuso y explotación; intervención de niños y niñas con **necesidades especiales**: enfermos crónicos, enfermos crónicos complejos.

Debe también capacitar para abordar problemas como la **violencia familiar**, **de género**, violencia entre iguales, las adicciones a las tecnologías, que cada vez son más frecuentes en el trabajo de los pediatras, los que trabajamos en el hospital y, sobre todo, los que trabajan en atención primaria, por ejemplo sobre el impacto de la problemática familiar, las familias disfuncionales y las situaciones conflictivas del niño en los divorcios. Ahí tenemos tipificado un tipo de maltrato mucho más frecuente de lo que se habla en general a nivel de la prensa. También, todo un apartado de detección y manejo de los niños en situación de pobreza, de aislamiento social, los MENA. No nos hemos de olvidar de los MENA. La actividad en los colegios en la prevención y atención al acoso escolar. También debe tener conocimientos de bioética y de investigación.

Debe capacitar en **habilidades y competencias** que habrá que desarrollar para llevar a la práctica los contenidos teóricos. (Figuras 10 y 11).



**Habilidades y competencias a desarrollar**

Atención integral a pacientes pediátricos y adolescentes con sospecha o certeza de padecer alguna forma de **abandono o maltrato en el entorno familiar**.

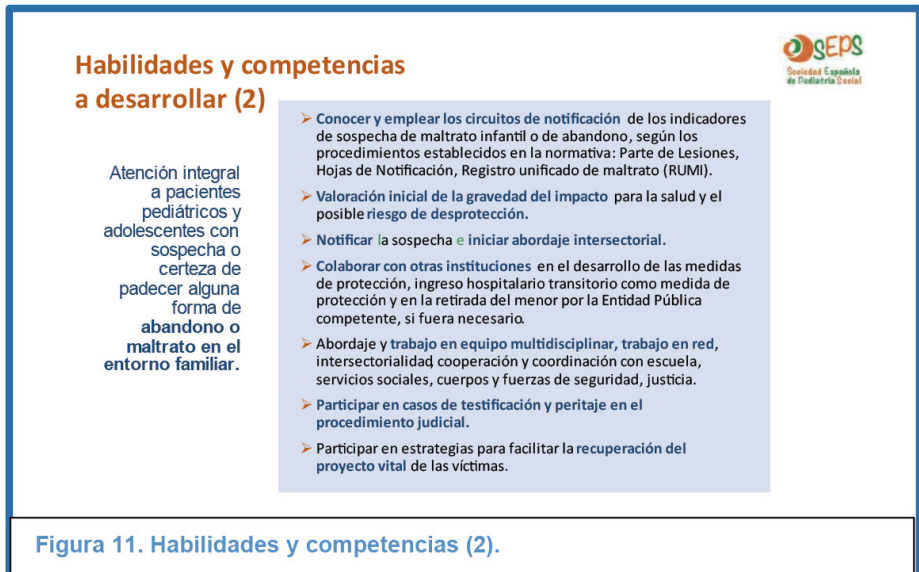
- Aplicar conceptos y tipologías del maltrato.
- Identificar indicadores de sospecha y trastornos derivados de situaciones de abandono o maltrato, para la detección de casos de sospecha.
- Elaborar el Plan de Asistencia básica inicial a víctimas o posibles víctimas de abandono o maltrato en el entorno de la familia.
- Desarrollar técnicas de entrevistas adaptadas a casos de sospecha o de maltrato.
- Participar en exploraciones adaptadas a casos de sospecha o de maltrato, identificación de lesiones físicas, data de las lesiones, posible mecanismo de producción recogida de muestras, exploraciones complementarias, diagnóstico diferencial, toma de fotografías y elaboración de informes
- Manejar la historia clínica específica en casos de sospecha o certeza maltrato infantil.

SEPS  
Sociedad Española de Pediatría Social

Figura 10. Habilidades y competencias (1).

### III. Área de Capacitaciones Específicas en Pediatría Social

Debe formar para conocer las tipologías de maltrato, identificar los indicadores, conocer los factores de riesgo de la familia, elaborar un plan de asistencia a estos niños, niñas y adolescentes; para el empleo de técnicas de entrevista, exploraciones adaptadas, historia clínica y social específica; para conocer los circuitos de notificación, saber cómo hay que hacer un parte de lesiones, un registro unificado de maltrato...



**Habilidades y competencias a desarrollar (2)**

Atención integral a pacientes pediátricos y adolescentes con sospecha o certeza de padecer alguna forma de abandono o maltrato en el entorno familiar.

- Conocer y emplear los circuitos de notificación de los indicadores de sospecha de maltrato infantil o de abandono, según los procedimientos establecidos en la normativa: Parte de Lesiones, Hojas de Notificación, Registro unificado de maltrato (RUMI).
- Valoración inicial de la gravedad del impacto para la salud y el posible riesgo de desprotección.
- Notificar la sospecha e iniciar abordaje intersectorial.
- Colaborar con otras instituciones en el desarrollo de las medidas de protección, ingreso hospitalario transitorio como medida de protección y en la retirada del menor por la Entidad Pública competente, si fuera necesario.
- Abordaje y trabajo en equipo multidisciplinar, trabajo en red, intersectorialidad cooperación y coordinación con escuela, servicios sociales, cuerpos y fuerzas de seguridad, justicia.
- Participar en casos de testificación y peritaje en el procedimiento judicial.
- Participar en estrategias para facilitar la recuperación del proyecto vital de las víctimas.

**SEPS**  
Sociedad Española de Pediatría Social

**Figura 11. Habilidades y competencias (2).**

Y, para valorar la gravedad del impacto para la salud; el trabajo en equipo; participar en casos de testificación y peritaje y, una cosa muy importante que se olvida a muchas instituciones es, participar en estrategias para facilitar la recuperación del proyecto vital de las víctimas.

El **itinerario formativo** es parecido al de la formación MIR. Tendrá un tutor docente que estará acreditado por la Comisión Nacional de Docencia cuando se hayan acreditado las ACE y avalado por la Sociedad, que lo acompañará en todo el proceso de formación; habrá unas rotaciones que hemos propuesto obligatorias, otras opcionales, y lo mismo con las prácticas. (Figura 12).

### III. Área de Capacitaciones Específicas en Pediatría Social



## ITINERARIO FORMATIVO : ROTACIONES

**Rotaciones obligatorias :**

Pertenencia a un Servicio de Pediatría con acreditación docente para la formación MIR, con acceso a una Unidad Funcional de Pediatría Social . Duración: **2 años**.

- Unidad Funcional de Pediatría Social avalada por la SEPS , de referencia para el Servicio de Pediatría de pertinencia . Duración: 12 meses.
- Unidad Funcional de Pediatría Social diferente a la de referencia para el Servicio de Pediatría de pertenencia . Duración: 3 meses.
- Servicio de Ginecología . Duración: 3 meses.
- Servicio de Dermatología y Venereología . Duración: 1 mes.
- Unidad de Trabajo Social de referencia en Pediatría Social, hospitalaria o de Atención Primaria. Duración: 5 meses.

**Figura 12. Itinerario formativo.**

Esta es la propuesta que hemos realizado desde el Grupo de Trabajo de la SEPS. Está prevista la rotación por el Servicio de Ginecología durante tres meses. No quiere decir que va a estar en Ginecología tres meses atendiendo partos, sino participar en la atención específica a mujeres y niñas víctimas de violencia. Sí que, **obligatoriamente**, tiene que rotar por una Unidad de Trabajo Social de referencia. (Figura 13).



## ITINERARIO FORMATIVO : ROTACIONES

**Rotaciones obligatorias :**

Pertenencia a un Servicio de Pediatría con acreditación docente para la formación MIR, con acceso a una Unidad Funcional de Pediatría Social . Duración: **2 años**.


- Unidad Funcional de Pediatría Social avalada por la SEPS , de referencia para el Servicio de Pediatría de pertinencia . Duración: 12 meses.
- Unidad Funcional de Pediatría Social diferente a la de referencia para el Servicio de Pediatría de pertenencia . Duración: 3 meses.
- Servicio de Ginecología . Duración: 3 meses.
- Servicio de Dermatología y Venereología . Duración: 1 mes.
- Unidad de Trabajo Social de referencia en Pediatría Social, hospitalaria o de Atención Primaria. Duración: 5 meses.

**Figura 13. Itinerario formativo. Rotaciones obligatorias.**

### III. Área de Capacitaciones Específicas en Pediatría Social

Vuelvo a repetir: la formación en Pediatría Social debe realizarse en un Servicio de Pediatría con acreditación docente para la formación MIR, con acceso a una Unidad Funcional de Pediatría Social, duración de dos años.

Y como **rotaciones optativas** están los Servicios Sociales, en los procedimientos del sistema judicial; Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses para conocer cómo funcionan los médicos y psicólogos forenses; conocer cómo funciona la Policía Nacional con competencias específicas en materias de infancia. (Figura 14).




## Programa de rotaciones optativas

<p><b>Elegir al menos una de las opciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Servicios Sociales Comunitarios o Municipales.</li><li>➤ Servicios Sociales de apoyo a las familias .</li><li>➤ Unidades de tratamiento familiar.</li><li>➤ Programas de Servicios Sociales sobre problemas de la infancia.</li></ul> <p><b>Elegir al menos una de las opciones :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Procedimientos del Sistema Judicialo Fiscal en relación a menores de edad víctimas o agresores.</li><li>➤ Asistencia clínica médico forense (Médicos y Psicólogos forenses).</li><li>➤ Asistencia a dependencias policiales: UFAM, EMUME, agentes tutores.</li><li>➤ Programas escolares de prevención de la violencia entre iguales.</li></ul>	<p><b>Elegir al menos una de las opciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Servicios del Sistema de Protección: Servicio de Protección de Menores, procedimiento de retirada de un menor del ámbito familiar, centros de acogida, programas de acogimiento familiar, programa de adopciones.</li><li>➤ Programas de promoción del apego.</li><li>➤ Centros para Menores infractores, pisos tutelados</li><li>➤ Programas de prevención de adicciones: tecnologías, drogas y alcohol.</li></ul>
--	--

Figura 14. Itinerario formativo. Rotaciones optativas.

En cuanto a las **prácticas**, es importante la rotación en dispositivos de salud mental especializados en el estudio y tratamiento de niños y niñas víctimas de violencia sexual, la asistencia a juicios y también habría la posibilidad, como pasa en cualquier especialidad de Pediatría MIR, una rotación en otro centro de otra Comunidad Autónoma o a nivel de Unión Europea o extracomunitaria. (Figura 15).

### III. Área de Capacitaciones Específicas en Pediatría Social



**Prácticas de carácter obligatorio :**


- Asistencia a Juicios sobre menores víctimas de maltrato o abuso sexual.
- Rotación en dispositivos de Salud Mental especializados en la atención a víctimas de maltrato, de abuso sexual infantil o de menores agresores.

**Prácticas de carácter Opcional:**

- Rotación voluntaria en Centros o Instituciones acreditadas de otra Comunidad Autónoma, centros de la Unión Europea, o extracomunitarias.

**Figura 15. Itinerario formativo. Prácticas.**

La **evaluación** de competencias figura en las propuestas de todas las especialidades, igual que se hace con el sistema MIR, mediante la **evaluación formativa sumativa**, las evaluaciones anuales y la evaluación final. No voy a nombrar esto, pero la evaluación formativa es el día a día, para introducir mejoras, es una evaluación más cercana, que ahí han introducido los ECOE. Yo encuentro que es muy interesante e incluso les gusta y es muy útil, la evaluación a través de casos clínicos, que sería algo parecido a hacer un manejo de soporte vital, y después, ya viene la evaluación de lo académico, la evaluación anual o la evaluación por las rotaciones. (Figura 16).



**Evaluación de las competencias**


- ✓ Se llevará a cabo según explicita la Resolución de 21 de marzo de 2018, de la Dirección General de Ordenación Profesional, por la que se aprueban las directrices básicas que deben contener los documentos acreditativos de las evaluaciones de los especialistas en formación.
- ✓ El seguimiento de la adquisición de competencias durante el periodo formativo se realizará mediante las evaluaciones
  - ✓ formativa y sumativa
  - ✓ anual y final.

**Figura 16. Evaluación de competencias.**



### III. Área de Capacitaciones Específicas en Pediatría Social

Contempla la **acreditación de los actuales profesionales**, que deben tener una experiencia mínima dos a cinco años en Pediatría Social, con una serie de currículum en el que tiene que haber una relación contractual con el centro sanitario, o sea, no puede acreditarse a una persona que se ha ido del centro sanitario donde está trabajando o que se ha jubilado, por ejemplo. Y tiene que demostrar que hace cursos, que hace congresos, que presenta alguna ponencia o que escribe algún artículo. (Figura 17).



**Acreditación en ACE-PS de los actuales profesionales que son responsables de estos procesos.**

- Titulación: Especialista en Pediatría expedido por el Ministerio de educación y Ciencia, con validez en la Unión Europea.
- Experiencia: **Un mínimo de 2 años** acreditados por la Dirección del o de los Centros en los que desarrolla su actividad, y que estos Centros cumplan los requisitos mínimos y estar reconocido por la SEPS como una Unidad Funcional de PS, atendiendo a pacientes pediátricos y adolescentes en las áreas de contenidos de la Pediatría Social
- **Solicitar a la SEPS** su reconocimiento como Tutor Docente de la especialidad de Pediatría Social, según el modelo vigente.
- **Currículum vitae** de actividades científicas, publicaciones, premios y docencia dentro de la Pediatría Social.
- Documentar adecuadamente su **relación contractual** con un Centro sanitario hospitalario o de Atención Primaria en el que se desarrollen actividades de Pediatría Social estructuradas en Unidades o Programas.
- **Conocimientos actualizados:** Demostrar cada tres años un mínimo de 10 horas por año (30 horas en 3 años) de asistencia a cursos o congresos de la especialidad con Acreditación de Formación Continuada, reconocidos por la Sociedad Española de Pediatría Social (SEPS).
- **Ser autor** de un mínimo de dos publicaciones cada 5 años; o de una ponencia, o participación en mesa redonda o docente en un curso reconocido o acreditado al año (una por año) cuyos contenidos haga referencia a los derechos de la infancia, a los condicionantes sociales de su salud, a las necesidades de salud, enfermedades y problemas que engloba la Pediatría Social.

**Figura 17. Requisitos para la acreditación de profesionales actuales.**

La **acreditación de los nuevos especialistas** en Pediatría Social, igual que el sistema MIR, debe haberse formado dentro de una Unidad Funcional de Pediatría Social y debe estar capacitado, tiene que salir capacitado con la atención integral de la salud del niño y del adolescente centrado en la familia y en el contexto social basado en los derechos del paciente y de su familia, sin discriminación por causas de edad, diferencias culturales, etnia, no he puesto género, diferencias religiosas y orientaciones. (Figura 18).

### III. Área de Capacitaciones Específicas en Pediatría Social

#### Acreditación en ACE-PS de los **futuros profesionales**, que llevarán a cabo un programa de formación en ACE-PS, en Unidades acreditadas y avaladas para ello.



- Titulación: Especialista en Pediatría con formación en Pediatría básica vía M.I.R. o el equivalente convalidado en el país de origen en el caso de candidatos extranjeros.
- Al final de este periodo debe completar la especialidad de Pediatría Social durante un periodo de años en uno o varios centros acreditados o avalados para la formación en ACE-PS.
- Durante el periodo de formación el especialista debe adquirir experiencia clínica, entrenamiento en la atención clínica integral en las áreas de contenidos de la PS a NNA como queda establecido en las competencias, habilidades y técnicas del Programa de Formación en las Competencias Específicas de la especialidad de Pediatría Social.
- Una vez completada la formación y obtenida la correspondiente acreditación y el título oficial el Residente será reconocido como especialista en Pediatría Social y estará capacitado para desarrollar las funciones propias en un centro sanitario.
- Estará capacitado para desarrollar actividades de planificación, promoción, prevención, asistencia adaptada y coordinada, junto con habilidades de comunicación, realizar lectura crítica de artículos, actividad docente y trabajos de investigación, así como dinamizar a los diferentes especialistas para organizar una atención integral y coordinada a estos pacientes y grupos de población, ajustada a sus derechos.
- Debe estar capacitado para desarrollar habilidades en la atención integral de la salud del niño y del adolescente, centrada en la familia y en el contexto social, basada en los derechos del paciente y de su familia, sin discriminación por causa de edad, diferencias culturales, etnias, diferencias religiosas y orientaciones sexuales.

Es conveniente realizar guardias médicas en un Servicio de Urgencias de Pediatría acreditado donde puedan realizar atención de urgencia a menores con problemas relacionados con las patologías sociales.

Figura 18. Acreditación de futuros profesionales.

La propuesta de la SEPS establece los requisitos que deben cumplir **las Unidades y los Centros** para formar y capacitar a los especialistas en los elementos diferenciales de la Pediatría Social. (Figura 19).

#### Los **requisitos necesarios de las Unidades o de los Centros** para formar y capacitar a especialistas en los elementos diferenciales de la Pediatría Social son:



- Atienden a poblaciones y pacientes pediátricos y adolescentes en las áreas de contenidos de la PS.
- Cuentan con una estructura organizativa reconocida oficialmente por los órganos de Dirección y Gerencia.
- Disponen de un coordinador.
- Se organizan como Equipo Multidisciplinar de especialistas de referencia para la atención de casos.
- Disponen de procedimientos establecidos de coordinación para el desarrollo de las funciones asistenciales, preventivas y de promoción.
- Facilitan la formación y capacitación de especialistas en los diferentes elementos diferenciales de la especialidad de PS.
- Disponen de tutor o tutores avalados por la SEPS y/o acreditados por la Comisión competente en esta materia.

Figura 19. Acreditación de Centros y Unidades para la formación en las

### III. Área de Capacitaciones Específicas en Pediatría Social

En este sentido, señalar que el centro hospitalario o de atención primaria acreditado para la docencia en Pediatría Social, tiene que tener una **estructura de Pediatría Social** reconocida oficialmente por los órganos de la Dirección Médica y Gerencia, que le dé estabilidad y no dependa de una persona a título individual y que, necesariamente, debe contar con un coordinador de la Unidad o del equipo interdisciplinar (estructura).

Posteriormente a la celebración de este Seminario, se publicó en el BOE el real Decreto 589/2022 del 19 de julio por el que se regulan la formación transversal de las especialidades en Ciencias de la Salud, el procedimiento y criterios para la propuesta de un nuevo título de Especialista en Ciencias de la salud o Diploma de área de capacitación específica, y la revisión de los títulos establecidos, y el acceso y formación de las áreas de capacitación específica entre otras cosas.

Así habrá dos posibilidades de obtener la acreditación en el caso de las Especialidades pediátricas, uno los diplomas de área de acreditación específica cuyo procedimiento está explicado en este Decreto y los Diplomas de acreditación avanzada.

Los requisitos de los Diplomas de Acreditación y acreditación avanzada ya estaban publicados en el Real Decreto 639/2015 el 10 de julio donde se regulan dichos Diplomas, aunque hasta la fecha a pesar de que varias Sociedades lo solicitaran, como por ejemplo la SEUP, no se obtuvo ninguna respuesta.

---

## IV. ANEXO 1. ANTECEDENTES. SEMINARIOS LA RÁBIDA I Y II. PEDIATRÍA SOCIAL 2006-2008

---



UNIVERSIDAD  
INTERNACIONAL DE  
ANDALUCÍA



### AVANCES EN LA INTERVENCIÓN EN PEDIATRÍA SOCIAL DOCUMENTO LA RÁBIDA 2006

El documento de la Rábida es un documento dinámico y vivo que crece con las aportaciones de todos los profesionales implicados en la atención infantil en general y de la Pediatría en concreto. Su objetivo central es orientar la acción de los pediatras en la repercusión social de la salud.

En mayo 2006 se celebró el I Seminario que conformó una definición funcional de la Pediatría Social, las categorías que la integran y la repercusión en el perfil profesional del pediatra. Describe -a modo de clasificación- cuáles son los temas que competen a dicha disciplina, diferenciando una primera categoría para resaltar el aspecto social de situaciones y problemas generales de la salud en la infancia. Un segundo apartado que concretan aquellos que precisan una atención específica desde la Pediatría Social, que se complementa finalmente con planes, procesos, programas y actividades que están actualmente en marcha.

En mayo 2008, se abre el II Seminario que de manera continuada incide especialmente en las características de las estructuras funcionales y de

IV. Anexo 1. Antecedentes. Seminarios La Rábida I y II

referencia que son necesarias para responder desde la Pediatría con el enfoque eminentemente social de los problemas. Para ello, configura la composición, las funciones, la ubicación de los grupos de trabajo necesarios, ensaya su aplicación y finalmente se continua con el debate sobre la formación en Pediatría Social.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS DE LOS SEMINARIOS LA RÁBIDA I Y II

### I Seminario 15, 16 y 17 de mayo 2006

---

- I. Definición operativa de Pediatría Social.
  - 1. Categorías que la complementan.
  - 2. Repercusiones en el perfil profesional del pediatra.
  
- II. Situaciones y problemas de interés para la Pediatría Social según el proyecto vital.

*Participantes:*

*Carranza, Virginia  
Díaz Huertas, José A.  
Gómez de Terreros, I.  
Morgado, Jorge  
Muriel, Rafael  
Ru-lan, Gaspar  
Sobrino, Manuel  
Vall, Oriol.*

### II Seminario – 28, 29 y 30 de mayo 2008

---

- III. Estructuras de referencia para articular la respuesta a los problemas.
  - 1. Funciones.
  - 2. Método-Trabajo en red.
  - 3. Componentes.
  - 4. Ubicación.
  
- IV. Aplicación y desarrollo de la estructura.
  - 1. Perfil de procesos y desarrollo.
  - 2. Exploración de las actitudes de los actores.
  
- V. Debate de formación / Investigación.

*Participantes:*

*Anchóriz, Macarena  
Allué, Xavier  
Díaz Huertas, José A.  
Gil, Juan  
Gómez de Terreros, I.  
Martín, Luis  
Morgado, Jorge  
Muriel, Rafael  
Núñez, Rafael  
Sánchez, Ana Rosa  
Sobrino, Manuel.*

---

## LA RÁBIDA I

---

### 1. DEFINICIÓN OPERATIVA DE PEDIATRÍA SOCIAL

#### EL MARCO DE TRABAJO

Reunidos en el **Seminario “Salud infantil y Pediatría Social”**, en *La Rábida (Huelva, Andalucía)*, del 15 al 17 de mayo 2006, con los ejes de equidad y género y los presupuestos de calidad, se establecen los siguientes componentes:

- Con el punto de vista de la Universidad y la gestión de los servicios especializados: Manuel Sobrino, Ignacio Gómez de Terreros, Josefa Aguayo y Oriol Vall.
- Con la aproximación a los servicios de defensa de los menores: Gaspar Rulan.
- Con la asesoría de salud internacional y otros modelos de atención: Jorge Morgado de Moura y Miguel Dávila.
- Con la visión de la Administración en Salud Pública: Rafael Muriel Fernández.
- Bajo la coordinación del Presidente de la Sociedad de Pediatría Social de la Asociación de Pediatría: José Antonio Días Huertas.
- Y con la aportación de médicos en formación en Pediatría: Virginia Carranza.
- Con la aportación para la validación de otros pediatras.

#### EJES TEMÁTICOS

Se plantean los siguientes ejes temáticos de partida.

1. **Pediatría Social:** ¿Qué es / que debería ser / qué debería entenderse por Pediatría Social hoy en nuestro país? ¿qué conceptos debe incluir?

*IV. Anexo 1. Antecedentes. Seminarios La Rábida I y II*

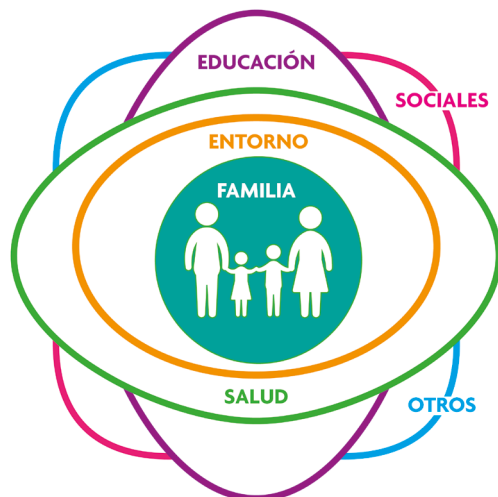
2. **Áreas de actividad de la Pediatría Social.** ¿Cuáles serían las áreas de actuación de la Pediatría Social? Incluye según los diferentes modelos de atención pediátrica.
3. **Formación en Pediatría Social** (pregrado, médicos especialistas en formación (Pediatría. Medicina de Familia) ¿Qué aspectos de Pediatría Social debe contemplar la formación del médico especialista en Pediatría? ¿Qué Centros debe incluir la rotación del residente? Otros profesionales (Enfermería, psicología, trabajo social,..).
4. **Formación especializada en Pediatría Social:** Curso Experto, Título propio, Master en Pediatría Social.

## **ACTUALIZACIÓN DEL CONCEPTO DE PEDIATRÍA SOCIAL**

Partiendo del documento "*Social Pediatrics*" (N Spencer, C Colomer.....) se llega a actualizar el concepto de Pediatría Social; para lo que se propone una definición estratégica, se desarrollan unas categorías para facilitar su comprensión y se señalan las consecuencias para el ejercicio profesional de la misma. A saber:

**“La Pediatría Social es un enfoque que comprende la atención y el seguimiento de crecimiento y desarrollo del niño y adolescente en un contexto que tiene en cuenta los determinantes de la salud infantil y del adolescente\* (\* Child Public Health), centrado en la familia y que contempla la influencia de su entorno, todo ello en el marco de los principios rectores de la Convención de los Derechos del Niño”**

**“La Pediatría Social es el área de conocimiento que integra el contexto social en los determinantes de la salud infantil \* (\* Child Public Health), en el marco de los principios rectores de la Convención de los Derechos del Niño”.**



**Categorías** que facilitan la comprensión de la definición:

La **atención integral**, entendiéndola no sólo como asistencia sino como prevención de la enfermedad, promoción de la salud y rehabilitación integrada.

1. Abierta a la **interdisciplinariedad** dentro del sector salud (enfermería, psicología, trabajo social, medicina de familia, etc.) y asumiendo la dimensión **intersectorial** (educación, servicios sociales, justicia...).
2. Con la **perspectiva de ciclo vital**, siguiendo cada una de las etapas de la vida (preconcepcional, prenatal, infancia, adolescencia...).
3. Teniendo a la **familia como centro** de la intervención en relación con el entorno social y medioambiental.
4. Diferenciando estrategias para colectivos desiguales bajo criterios de **equidad**, persiguiendo la **cohesión social**.
5. Actuando en dos áreas de problemas: los de salud de la infancia debidos a **problemas sociales** y aquéllos otros de salud con **consecuencias sociales**.



*IV. Anexo 1. Antecedentes. Seminarios La Rábida I y II*

6. Teniendo en cuenta la **evolución demográfica** (estructura dinámica y saldo migratorio).
7. Utilizando sus estrategias como instrumento de desarrollo de la **salud pública infantil**.

Todos los anteriores criterios tienen el propósito de servir de **“abogacía”** de la infancia.

**CONSECUENCIAS OPERATIVAS DEL CONCEPTO DE PEDIATRÍA SOCIAL PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL**

1. Incorporar el manejo de instrumentos que nos permitan explorar y conocer la zona de actuación y desarrollar habilidades de relación con la comunidad.
2. Con la capacidad de monitorizar desde la perspectiva del niño, la de su familia (no siempre coincidentes) y la potencia de la influencia de su entorno social.
3. Capacitando para “trabajar con”.
4. Cambiando el perfil del pediatra y el contenido de su agenda de trabajo.
5. Con el apoyo del nivel especializado con carácter transversal y/o Unidades funcionales de Pediatría Social.
6. Lo que determina tres niveles de formación:
  - a. Los conocimientos de Pediatría Social en la formación médica de pregrado y postgrado.
  - b. La Acreditación Profesional en Pediatría Social para aquellos pediatras que desarrollan funciones con especial dedicación en esta área (niños en el Sistema de Protección, atención a la drogadicción, infancia desfavorecida, etc.).

*IV. Anexo 1. Antecedentes. Seminarios La Rábida I y II*

- c. El nivel de experto, docente, investigador, planificador, gestor en Pediatría Social.
7. Considerando a la Pediatría Social más como una actitud que una especialidad que obliga –no obstante una amplia capacitación.
8. Detección e intervención de patologías emergentes con dimensión social.

**Determinantes de la Salud.**

La Pediatría Social asume la importancia de los determinantes de la salud como punto de partida para el análisis y la intervención.

1. Individuo – Edad / Género – Factores hereditarios
2. Comportamiento y estilos de vida.
3. Familia / escolarización / relación con la comunidad.
4. Condiciones de vida y de trabajo.
5. Nivel socioeconómico, medioambiental y cultural.

**Consenso de análisis a tener en cuenta.**

- Se difuminan los **problemas agudos**.
- Incremento de problemas complejos que requieren **solución intersectorial**.
- Se detectan **problemas asociados con lo relacional**: entorno vital y familias.
- Se precisa reajuste en cuanto a necesidades de atención:
  - Una mirada interdisciplinar.

*IV. Anexo 1. Antecedentes. Seminarios La Rábida I y II*

- Una alianza intersectorial.
- Una participación integral con todos los actores, públicos y privados.
- La familia como marco y centro de la intervención.
- **Avance tecnológico y mejora de los cuidados**, y traen al primer plano las **necesidades especiales**.

**2. SITUACIONES Y PROBLEMAS DE INTERÉS PARA LA PEDIATRÍA SOCIAL SEGÚN EL PROYECTO VITAL.**

**VULNERABILIDAD Y RESILIENCIA**

La Pediatría Social puede dar respuesta a la dimensión social desde otras áreas pediátricas: neonatología, nutrición... (como soporte o apoyo... indirecto).

1. Pediatría Social como actor (directo).
2. Programas o respuestas.

Perinatal 1 a 3 años		
1 Pediatría General	2 Pediatría Social	3 Programas
Bioética Dinámicas demográficas. Edad maternidad. Necesidades especiales. Mejora de la calidad de los servicios neonatales.	Inmigrantes Adopción. Acogimiento familiar. Familias sin descendencia. Drogas abuso. Riesgo. Desamparo. Nuevos modelos familiares. Salud internacional y cooperación. En exclusión social.	Plan Integral Atención a la Inmigración. Salud materno-infantil. Atención temprana

IV. Anexo 1. Antecedentes. Seminarios La Rábida I y II

<b>Infancia 4 a 9 años</b>		
<b>1 Pediatría General</b>	<b>2 Pediatría Social</b>	<b>3 Programas</b>
<p>Sobrepeso y Obesidad. Accidentes. Niños con enfermedad crónica.</p>	<p>Problemas del menor por disfunción familiar. Habilidades parentales inadecuadas (dejación de la educación). Necesidades educativas especiales. Malos tratos infantiles. Inmigrantes Adopción. Acogimiento familiar. Explotación infantil. Nuevos modelos familiares Salud internacional – cooperación. En exclusión social.</p>	<p>Programas de atención a la familia. Programa de atención a la mujer. Programas de adaptación curricular, educación compensatoria y atención a la diversidad. Plan de atención a la obesidad infantil. Plan de atención a la accidentalidad.</p>
<b>Adolescencia</b>		
<b>1 Pediatría General</b>	<b>2 Pediatría Social</b>	<b>3 Programas</b>
<p>Trastornos conductuales. Embarazo no deseado. Trastornos alimentarios. Medio ambiente. Accidentalidad Niños con enfermedad crónica.</p>	<p>Fracaso escolar. Violencia entre iguales Adicciones Abusos. Estilos de vida. Jóvenes trasgresores. Explotación infantil. Prostitución infantil. Pornografía infantil. MENAS Niños y nuevas tecnologías. Nuevos modelos familiares. Salud internacional y cooperación. En exclusión social.</p>	<p>Programas ámbito escolar. Programa de salud sexual y reproductiva. Programa “Forma Joven”. Programas de atención y acogida.</p>

## ANEXO AL SEMINARIO “LA RÁBIDA I”



IV. Anexo 1. Antecedentes. Seminarios La Rábida I y II



 <b>OMS-EUROPA</b> <b>Salud para todos en el Siglo XXI: Salud 21</b> <b>OBJETIVOS</b>	
<b>Objetivos nº 2</b> Equidad en salud	<b>Reducción de desigualdades:</b> Políticas, colectivos. Zonas (ZNTS) Cohesión social
<b>Objetivo nº 3</b> Iniciar la vida en buena salud.	<b>Mejora de la atención perinatal:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recién nacidos de bajo peso (RNBP) prematuros.</li> <li>• Primer año de vida: vínculo, lactancia, malos tratos.</li> <li>• Familia, entorno doméstico.</li> <li>• Salud mental</li> </ul>

IV. Anexo 1. Antecedentes. Seminarios La Rábida I y II

<p><b>Objetivo nº 4</b> Salud de los jóvenes</p>	<p><b>Intervenciones en jóvenes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exclusión juvenil</li> <li>• Seguridad, violencia, accidentes</li> <li>• Adicciones: tabaco, alcohol, drogas</li> <li>• Embarazo no deseado</li> <li>• Suicidios, depresiones, trastornos alimentarios, psicóticos, abusos</li> <li>• Decisiones favorables a la salud</li> <li>• Adecuación de servicios de calidad</li> <li>• Relaciones sociales positivas</li> <li>• Implicación intersectorial</li> </ul>
<p><b>Objetivo nº 6</b> Mejorar la salud mental de la población joven</p>	
<p><b>Objetivo nº 9</b> Seguridad</p>	<p><b>Estrategias de seguridad en el entorno vital:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accidentes: domésticos de ocho: tráfico y laborales</li> <li>• Violencia: doméstica, de género y organizada</li> </ul>
<p><b>Objetivo nº 11</b> Vivir una vida sana</p>	<p><b>Promoción de estilos de vida:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad de elección de conductas favorables</li> <li>• Provisión de alimentos y su elaboración o promoción de la actividad física</li> <li>• Educación afectivo-sexual para unas relaciones sanas, seguras y satisfactorias.</li> </ul>

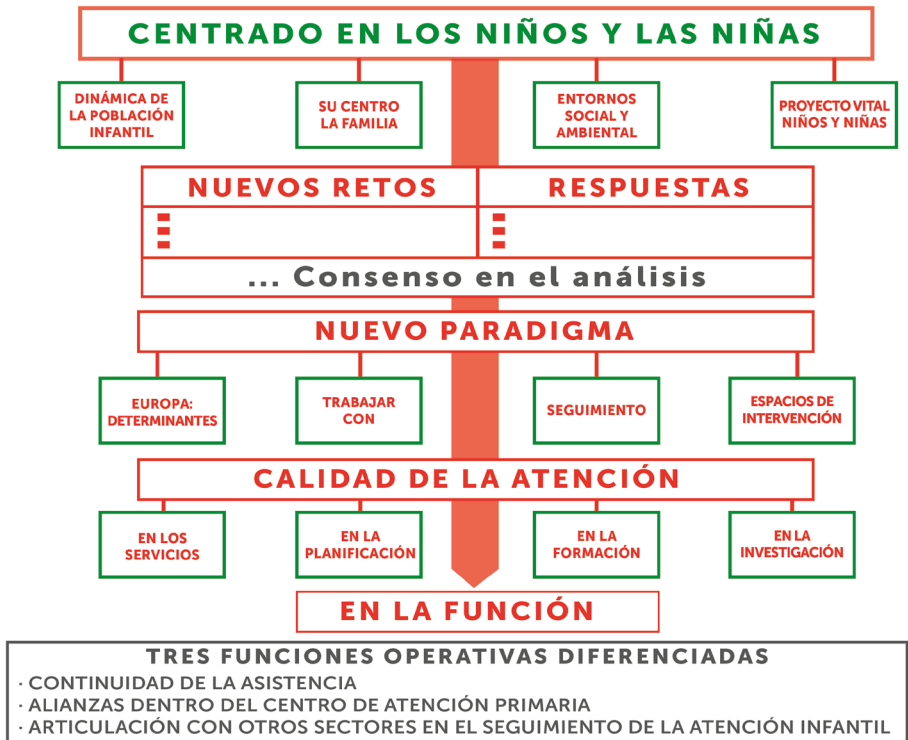


**PROGRAMAS DE LA UNIÓN EUROPEA**

Salud Pública 2003-2008  
2007-2013

- Nutrición y actividad física:
  - Obesidad, sobrepeso y trastornos de alimentación.
- Adicciones: tabaco, alcohol, drogas
- Salud mental infanto-juvenil
- Salud sexual y reproductiva
- Relación con el entorno
- Violencia y accidentes
- Medio ambiente

IV. Anexo 1. Antecedentes. Seminarios La Rábida I y II





IV. Anexo 1. Antecedentes. Seminarios La Rábida I y II

**CENTRADO EN LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS**

**DIMENSIONES**

**DINÁMICA DE LA POBLACIÓN INFANTIL**

**CARACTERÍSTICAS**

CUANTITATIVAS: Similares variación pirámide poblacional.  
CUALITATIVAS: Importante diversificación cultural.  
**ZTS:** Análisis minorías étnicas en áreas definidas. No hablar como un solo grupo.  
**2ª y 3ª generación:** "Otoño Francés 2005"

**LA FAMILIA**

Dinámica familiar.  
Tener en cuenta la diversidad y el tipo de familia. Se exige respuestas específicas y diversificadas según situación.

**ENTORNOS SOCIAL Y AMBIENTAL**

Escuela/iguales/medios de comunicación.  
Entorno/barrio.  
Profesional con metodología para el conocimiento y valoración del entorno.

**PROYECTO VITAL NIÑOS O NIÑAS**

Resultado final de la interacción. Resiliencia.  
Necesidad fonendoscopio para niño/familia/entorno  
Nueva Pediatría:  
Sanador/Preventiva/promotor y mediador proyectos vitales.

**NUEVOS RETOS**

- 
- 
- 

**RESPUESTAS**

- 
- 
- 

... Consenso en el análisis

IV. Anexo 1. Antecedentes. Seminarios La Rábida I y II

Red de Universidades por la Infancia y Adolescencia					
	Título	Descripción	URL	Categoría/Universidad	Etiqueta/Tema
1					
2	Redes sociales en las bibliotecas escolares	Vicent Giménez Chornet: Las bibliotecas escolares deben ser un medio para acceder al conocimiento, y las Tecnologías de la Información y la Comunicación pueden facilitar que los estudiantes adolescentes se inicien en el uso de estas tecnologías para desarrollar sus capacidades y habilidades en la búsqueda de información.	<a href="https://polipapers.upv.es/index.php/reinad/article/view/3286">https://polipapers.upv.es/index.php/reinad/article/view/3286</a>	Universitat Politècnica de València	Bibliotecas escolares; Redes sociales
3	La biblioteca escolar: La lectura desde la adolescencia	Vicent Giménez Chornet: La biblioteca escolar es el lugar de lectura más cercano a los adolescentes, ya que está en el mismo centro escolar donde se realizan los estudios. En este artículo se analizan las ventajas que suponen las bibliotecas escolares para la creación de los hábitos de lectura en los jóvenes.	<a href="https://polipapers.upv.es/index.php/reinad/article/view/2186">https://polipapers.upv.es/index.php/reinad/article/view/2186</a>	Universitat Politècnica de València	Biblioteca escolar
4					
5	El derecho al juego. ¿Un derecho olvidado o ignorado? El caso de España	Vicente Cabedo Mallol: El derecho al juego de niños, niñas y adolescentes está reconocido en el artículo 31 de la Convención sobre los Derechos del Niño (1989). Como todo Tratado, la Convención crea obligaciones para los Estados Parte, que deben garantizar los derechos que proclama y, entre ellos, el derecho al juego.	<a href="https://polipapers.upv.es/index.php/reinad/article/view/1618">https://polipapers.upv.es/index.php/reinad/article/view/1618</a>	Universitat Politècnica de València	Derecho al juego
	Los valores educativos y las competencias en los videojuegos de la TDT infantil española	Rebeca Díez Somavilla: La irrupción de Internet en la vida social ha cambiado el consumo de productos audiovisuales y el tiempo de ocio de los más jóvenes. Los niños acceden a Internet a través de los teléfonos móviles, las tabletas o los ordenadores para buscar información. Su tiempo de ocio se divide entre el juego tradicional, ver la televisión y videojugar. Aprenden a través de nuevas plataformas que, sin embargo, no se utilizan en la educación infantil y primaria como herramientas educativas.	<a href="https://riunet.upv.es/handle/10251/68484">https://riunet.upv.es/handle/10251/68484</a>	Universitat Politècnica de València	Videojuegos; Aprendizaje

IV. Anexo 1. Antecedentes. Seminarios La Rábida I y II

6	<p>El arte en la primera infancia: propuestas destacables</p>	<p>Alma Azagra Solano, Vicent Giménez Chornet: ¿Por qué el arte en la primera infancia? Partiendo de esta pregunta se analizarán los beneficios de las diferentes áreas artísticas en el desarrollo integral de niños de 0 a 6 años y su importancia en la conformación de públicos y ciudadanos proactivos. Además, se analizarán ejemplos remarcables de propuestas de ocio-cultural para esta franja de edad en Europa.</p>	<p><a href="https://polipapers.upv.es/index.php/r/inad/article/view/9600">https://polipapers.upv.es/index.php/r/inad/article/view/9600</a></p>	<p>Universitat Politècnica de València</p>	<p>Arte en la infancia</p>
7	<p>La realidad de la infancia y la adolescencia trans * en España a propósito de la Sentencia del Tribunal Constitucional español 99/2019, de 18 de julio: avances y retrocesos</p>	<p>Isaac Ravetlat Ballesté, Inma Vivas Tesón, Vicente Cabedo Mallo: El Tribunal Constitucional español ha establecido que las personas menores de edad con “suficiente madurez” y que se encuentren en una “situación estable de transexualidad” puedan exigir el cambio de sexo en el Registro Civil, sin esperar a cumplir la mayoría de edad. Esto supone declarar parcialmente inconstitucional el artículo primero de la Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, que limita dicha posibilidad a “toda persona de nacionalidad española, mayor de edad y con capacidad suficiente para ello”.</p>	<p><a href="http://dx.doi.org/10.4067/S0718-00122020000100310">http://dx.doi.org/10.4067/S0718-00122020000100310</a></p>	<p>Universitat Politècnica de València</p>	<p>Identidad de género</p>

---

## LA RÁBIDA II

---

### 3. ESTRUCTURAS DE REFERENCIA PARA ARTICULAR LA RESPUESTA A LOS PROBLEMAS

#### Funciones de las estructuras de referencia en Pediatría Social.

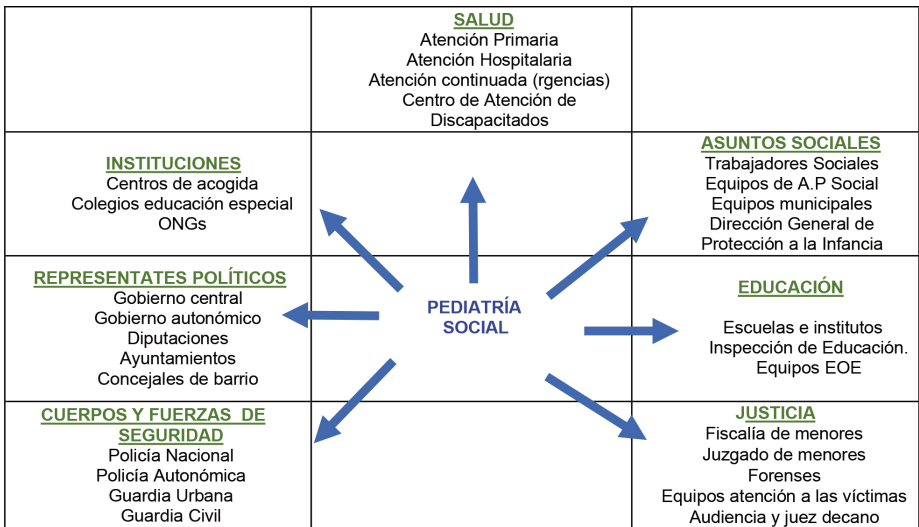
- Asesoramiento:
  - A los profesionales que se encuentran con un caso o piden apoyo técnico.
  - A la familia.
  - A las instituciones, incluida a la propia.
- Favorecer una atención integral a las necesidades del niño y del adolescente, en el ámbito de la prevención, promoción, asistencia e integración social, especialmente en población en riesgo:
  - Prevención: detección precoz de factores de riesgo pediátrico-social.
  - Promoción: hábitos salutogénicos y relaciones saludables en el orden social.
  - Asistencia:
    - Impulsar la incorporación de los datos sociales a la historia clínica.
    - Aportación a los protocolos/procedimientos de los aspectos sociales del niño-familia.
    - Asumir los procesos que son objeto de atención específica por su nivel actual de complejidad técnica y su impacto en salud.

IV. Anexo 1. Antecedentes. Seminarios La Rábida I y II

- Integración social con la perspectiva de redefinir el proyecto vital del niño-familia.
- Participación: procurar la vinculación con los afectados, individualmente -niño y su familia/ o a través de sus asociaciones: potenciando la autoayuda, los grupos de apoyo a la gestión familiar, grupos de ayuda mutua y otros grupos comunitarios.
- Formación.

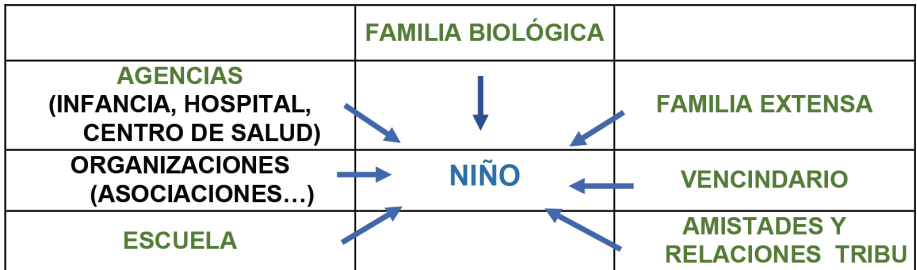
**Método. Trabajo en red.**

A. Red asistencial



IV. Anexo 1. Antecedentes. Seminarios La Rábida I y II

B. Red del entorno cercano al niño y su familia



**Componentes.**

Redactar una propuesta “especializada”, con participación de primaria, asociaciones, territorio e identificar una composición-mínimos (RRHH).

La Unidad funcional debe estar compuesta por:

- Estructura nuclear
  - Pediatra
  - Enfermera
  - Trabajador Social
  - Administrativo
- Canalizar la presencia de primaria
  - *Con alguno de los profesionales...*
- Puntos de apoyo con otros profesionales, asociaciones, ... según temas.
- Nivel de dedicación según la carga de trabajo
- Trabajo en Red Social

IV. Anexo 1. Antecedentes. Seminarios La Rábida I y II

**Ubicación.**

**4. APLICACIÓN Y DESARROLLO DE LA ESTRUCTURA**

**Perfil de procesos y desarrollo.**

<b>PERFIL</b>	
<b>Procesos</b>	<b>Resultados esperados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asistencia a los malos tratos.</li> <li>• Establecer una red de autoayuda y asociaciones.</li> <li>• Proceso de cooperación internacional.</li> <li>• Saharauis.</li> <li>• Procesos de reagrupación familiar-inmigración.</li> <li>• Atención a minorías étnicas-inmigrantes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar repetición-protección.</li> <li>• Red estable.</li> <li>• Programas, acuerdos...</li> <li>• Mejorar la integración...</li> </ul>

**Exploración de las actitudes de los actores.**

**Sondeo de propuesta por actores en el escenario de salud**

*(Se explora las actitudes de los diferentes actores en el marco de la creación de Unidades de Pediatría Social).*

<b>ACTORES</b>		
<b>ACTITUDES ADVERSAS</b>	<b>ACTITUDES FAVORABLES</b>	<b>ESTRATEGIA DE MEDIACION</b>
<b>1. PROFESIONALES</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miedo a problemas legales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Esto me sirve para aprender competencias.</i></li> <li>• Sensibilidad forzada por la casuística.</li> <li>• Búsqueda de la eficacia para reservar problemas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentar la Unidad como un instrumento de resolución.</li> <li>• Instrumento formativo de los profesionales en el proceso.</li> <li>• Ganar en competencia.</li> <li>• Oportunidad para tratar estos temas.</li> </ul>

IV. Anexo 1. Antecedentes. Seminarios La Rábida I y II

ACTITUDES ADVERSAS	ACTITUDES FAVORABLES	ESTRATEGIA DE MEDIACION
<b>2. PACIENTES</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miedo a las medidas culturales a que nos metamos en sus vidas.</li> <li>• Marginación</li> <li>• Enfermedades mentales y toxicomanías parentales o del niño.</li> <li>• Gravedad intrínseca de algún problema.</li> <li>• Más atención que se suma a otros.</li> <li>• No se acaba con esto y no se ve el final del problema.</li> <li>• Falta de cumplimiento de prescripciones</li> <li>• Recomendaciones (non-compliance).</li> <li>• No hace falta.</li> <li>• Crisis de confianza por agotamiento de no resolución por otras vías</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Articular ayudas.</li> <li>• Resiliencia</li> <li>• Red social propia.</li> <li>• Red de autoayuda</li> <li>• Una continuidad para resolver.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un lugar de escucha.</li> <li>• Oferta de articular refuerzo.</li> <li>• Referente profesional.</li> <li>• Orientación y rentabilización.</li> <li>• Coordinación de recursos.</li> </ul>
<b>3. GESTORES</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos limitados.</li> <li>• No es tarea prioritaria.</li> <li>• Sensibilidad ilimitada-estado de inadvertencia.</li> <li>• Limitación por generar nuevos recursos.</li> <li>• Competencia con otros.</li> <li>• Ofertar por ofertar.</li> <li>• Silencio administrativo.</li> <li>• Si si pero no.</li> <li>• No sé si depende de nosotros.</li> <li>• Muchos registros-difícil control.</li> <li>• Poca visibilidad a largo plazo.</li> <li>• Dificultad para evaluar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Competencia con otros (imitación de la efectividad de otros servicios).</li> <li>• Innovación en la oferta.</li> <li>• Valor político de la medida.</li> <li>• Los costes son relativos, reorganización-optimación del servicio.</li> <li>• Etiqueta de prestigio de un centro que trabaja con la perspectiva social.</li> <li>• Destacar el valor de lo cualitativo frente a lo cuantitativo.</li> <li>• Unir el marchamo de lo social a la calidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Innovación.</li> <li>• Presentar resultados intermedios.</li> <li>• Medir tiempos de intervención como forma de valorar la complejidad.</li> <li>• Introducir el valor de la complejidad.</li> <li>• Resolución de caos irresolubles.</li> <li>• Vender valor político.</li> <li>• Calidad del enfoque social</li> <li>• Superar lo cuantitativo (costo eficacia por la efectividad cualitativa).</li> <li>• Gestión inteligente.</li> </ul>



IV. Anexo 1. Antecedentes. Seminarios La Rábida I y II

<b>4. PLANIFICADORES</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confusión de la planificación y en otros instrumentos.</li> <li>• Dependencia de la gestión económica.</li> <li>• No contar con toda la información zonas ignoradas.</li> <li>• Procesos de priorización irregulares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valor del compromiso social.</li> <li>• Descubrir y entender necesidades.</li> <li>• Rentabilización de recursos interdepartamentales.</li> <li>• Estrategias de visibilidad.</li> <li>• Estrategias salutogénicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valor de las políticas públicas orientadas a la inclusión.</li> <li>• Articular recursos como rentabilidad.</li> </ul>
<b>5. POLÍTICOS</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia en programas electorales.</li> <li>• Los niños no votan.</li> <li>• Legislación-ejecución.</li> <li>• Conflicto poder-oposición.</li> <li>• No permite incorporar las mejores ideas.</li> <li>• Alto consenso y baja intensidad.</li> <li>• Actuaciones de larga duración.</li> <li>• Dispersión de las responsabilidad -culpa de otros.</li> <li>• Actuaciones oportunistas.</li> <li>• Asesores políticos de baja capacitación.</li> <li>• Ausencia de trabajo en red.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escasos costos comparados</li> <li>• Ganar poder y prestigio.</li> <li>• Quitar poder.</li> </ul>
<b>6. MEDIOS DE COMUNICACION</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensacionalismo.</li> <li>• Amarillismo-morbo.</li> <li>• Descontextualización.</li> <li>• Elaborar noticia-hecho noticia.</li> <li>• Presiones de afectados.</li> <li>• Aparecen según contactos fuentes-credibilidad.</li> <li>• Fuerza dramática de los testimonios.</li> <li>• Programas TV específicos con niños.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Replantear problema.</li> <li>• Lo hacen visible.</li> <li>• Inducen medidas de ayuda al seguimiento.</li> <li>• Ingenuidad en el planteamiento profesional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión legislativa.</li> <li>• Incidir en la aplicación de la legislación vigente.</li> <li>• Intervenir desde el plano profesional.</li> <li>• Relación entre importancia del tema-noticia.</li> <li>• Repuesta estamento implicado intervenciones muy medidas-minimizando el riesgo (estratégicamente).</li> <li>• Los silencios también se pagan.</li> </ul>

## 5. APERTURA DEL DEBATE DE FORMACIÓN / INVESTIGACIÓN.

### Objetivo.

Búsqueda de la sensibilidad respecto a los temas que integran la Pediatría Social.

### Marco Formativo.

Transversalidad de la enseñanza de Pediatría Social.

Dos niveles de formación:

- Los conocimientos de Pediatría Social en la formación médica de pregrado y postgrado.
- La Acreditación Profesional en Pediatría Social para aquellos pediatras que desarrollan funciones con especial dedicación en ésta.

Objetivos de formación	
Nivel I	Nivel II
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pregrado.</li> <li>Postgrado inmediato.</li> </ul>	RECONOCIMIENTO Y ACREDITACION PROFESIONAL: <ul style="list-style-type: none"> <li>Quiénes quieren trabajar en esta área.</li> <li>Los que demandan formación continuada.</li> <li>Acreditación.</li> </ul>
Método	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Aconsejable Seminarios o Asignaturas de libre configuración</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presencial, no presencial...</li> </ul>
Contenidos	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pediatría Social. Conceptos. Áreas de interés.</li> <li>Manejo de instrumentos y técnicas relacionadas con la cuestión social, salud, demografía...</li> <li>Módulo de interés general en Pediatría Social.</li> <li>Módulo básico de interés específico: Atención integral. Rehabilitación integral.</li> <li>Convención Derechos del Niño. Sistema de Protección. Estrategias de intervención en zonas de exclusión social. Maltrato infantil. Inmigración...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Igual, pero profundizando en el módulo de interés específico.</li> <li>Áreas de capacitaciones específicas en Pediatría Social. <i>(Con la propuesta de la SEPS, se desarrolla en el Seminario Sevilla 2021).</i></li> </ul>
Evaluación	
(en relación a metodología y contenidos)	

*IV. Anexo 1. Antecedentes. Seminarios La Rábida I y II*

## Investigación.

Conocer qué es lo que se está haciendo. Redes de investigación. Registro de estudios.

- Ámbito profesional. Impulsar, proponer y participar en programas de formación de Pediatría Social, en los diferentes niveles (pregrado, postgrado, formación continuada).
- Ámbito comunitario. Colaborar en iniciativas que favorezcan un mejor abordaje de las diferentes situaciones relacionadas con la salud.
- Investigación tanto social como biomédica desde la perspectiva acción-reflexión, favoreciendo el control de calidad, con especial atención a los sistemas de registros e indicadores pediátrico-sociales.
- Continuidad. Afianzar la continuidad asistencial basada en el paciente (atención especializada primaria), propiciar el trabajo en red (sectores públicos y participados) en el territorio. Seguimiento de casos.
- Información/Informes/Peritajes.
- Relación. Propiciando el trabajo en red social con otros sectores y el trabajo en red local/territorio con todos los actores implicados (profesionales, sectores públicos, familias y asociaciones).

\*Todas esas funciones se enmarcan en un compromiso ético con la defensa del interés superior del menor, en términos de equidad, justicia, salud, bienestar y protección.

---

## V. ANEXO 2. DECLARACIÓN DE ALMERÍA 2015.

---

En mayo del 2015 celebramos en Almería el XXII Congreso de la Sociedad Española de Pediatría Social. Fruto del mismo fue el documento nominado “Declaración Almería 2015” en el que se demandaba urgente repuesta social y prioridad política, ante la precariedad y pobreza en la que se encontraba gran parte de la población infantil y juvenil del país; situación de pobreza y desigualdad que permanece aún más agravada, por lo que volvemos a traer aquí aquella Declaración:

“En el documento “**Declaración Almería 2015**” se considera imprescindible establecer medidas urgentes para que los niños, jóvenes y sus familias puedan superar las dificultades actuales, entre las que se reclaman:

- Es **urgente la atención social y el interés político** por la precariedad y pobreza en la que se encuentra actualmente gran parte de la población infantil y juvenil en nuestro país. (En la actualidad tenemos en marcha un documental dirigido a visibilizar el alto índice de pobreza en nuestro país).
- **La participación de los niños y jóvenes**, en todo aquello que condiciona su salud y bienestar y en todos los espacios de su vida y desarrollo (asistenciales, educativos, sociales).
- **La desigualdad y la falta de equidad frente a la adversidad social en la que vive una gran parte de la Infancia-Juventud.**
- La **ineludible necesidad de coordinación y trabajo en red** entre las instituciones y los profesionales responsables de los cuidados y la atención a los problemas de la Infancia-Adolescencia.

Consideramos, asimismo, que **nuestro actual reto** lo constituye **superar la “delegación de la responsabilidad en las Instituciones y en las políticas de infancia**. Es urgente plantear de forma abierta la necesidad de compartir con la ciudadanía y sus asociaciones esta responsabilidad”, con una mirada de CORRESPONSABILIDAD.

*V. Anexo 2. Declaración de Almería 2015*

El planteamiento de trabajo en red y de coordinación intersectorial requiere:

1. Un espacio común.
2. Una visión de la realidad consensuada.
3. Planificación y ejecución conjunta.
4. Evaluación conjunta.
5. Interdisciplinariedad como instrumento de la intersectorialidad.

La propia realidad social, nos reclama la cooperación en la acción social, frente a los límites rígidos de los sectores implicados.

En Almería, mayo de 2015.

---

## VI. ANEXO 3. TRANSCRIPCIÓN LITERAL DE LA MESA DE PONENTES Y DEBATE DE PARTICIPANTES INVITADOS.

---

### EVOLUCIÓN DE LA PEDIATRÍA SOCIAL.

Reflexión sobre la situación actual y futuro de la Pediatría Social en España

#### Ponentes:

*Juan Gil Arrones*

Buenos días. Soy Juan Gil, voy a moderar esta mesa. Tengo la satisfacción y el honor de presentaros a nuestros compañeros, que han sido y son líderes en pediatría social desde que yo tengo uso de razón, uso de razón profesional, en este en este tema, y daros la bienvenida a la participación para que participéis. Esto tiene que ser una mesa de debate, de diálogo, de participación, no para comunicar mucha información, sino para compartir muchas ideas, muchas experiencias, muchas reflexiones y sacar unas algunas perspectivas para el futuro. La mesa se llama *La evolución de la Pediatría Social*. La evolución de la Pediatría Social tal como nosotros la conocemos y dentro de las coordenadas históricas que manejamos, dentro de lo que nosotros tenemos. Y como subtítulo es una "Reflexión", por esto este seminario quiere ser una reflexión sobre la situación actual y sobre el futuro de la pediatría social en el conjunto de España y cuál será nuestro papel como pediatras, como personas dedicadas a la infancia, como profesionales dedicados a la infancia y también como organización y como estructura. Es importante que tengamos claro cuál ha sido nuestro recorrido, cuál es el análisis de la situación actual, porque la situación actual es compleja. Han cambiado las circunstancias de la infancia, han cambiado las circunstancias de los profesionales y han cambiado los derechos reconocidos, han cambiado las leyes y ha cambiado el tablero de juego. Entonces, o nos adaptamos o la verdad es que no vamos a ser demasiado útiles a los niños y a las niñas y a los jóvenes y a los adolescentes. No vamos a ser muy útiles si no nos adaptamos a la realidad para saber cuáles son sus necesidades, cuáles son sus derechos, cuáles son sus problemas y cuáles son nuestras obligaciones, nuestras competencias y nuestra organización.

Los cuatro ponentes que tenemos ahora nos van a hablar desde su punto de vista, desde lo que han vivido. No desde lo que les han contado, como podemos hablar los demás, sino lo que ellos han vivido. Nos van a contar la perspectiva de la pediatría social y nos pueden hacer un análisis de la situación actual desde esa distancia, con esa objetividad que nosotros no podemos tener. Es un privilegio poder contar y además, se lo agradecemos, con estos cuatro ponentes. Agradecemos el esfuerzo. En el minuto uno todos han dicho que sí, no ha hecho falta ninguna insistencia, por supuesto. Ha habido una gran generosidad por su parte y eso significa que hay un compromiso ineludible e indiscutible por el tema de la infancia y de la pediatría. Ellos, esta mesa, todos lo que estamos aquí presentes invitados y los que estamos *online* invitados vamos a reflexionar sobre este aspecto sobre estos tres puntos de temática. Primero, cuáles son, cuáles han sido las funciones de la pediatría social a lo largo de

### VI. Anexo 3. Transcripción Litera

la historia, por qué surge la necesidad de hacer una pediatría social y cómo ha evolucionado eso a lo largo de la historia. En segundo lugar, las características diferenciales de la situación actual, un análisis crítico sobre la situación actual en cuanto a las coordenadas psicosociales y políticas en las que nos movemos. Y tercero, sobre los cambios organizativos que la pediatría social tiene que o puede o debe adoptar de cara al futuro. Son los tres ejes de este debate.

El primer ponente es Ignacio Gómez de Terreros. Me parece que no debo presentarlo porque es una presunción increíble, pero solamente decir que ha sido nuestro referente en media Andalucía o en toda Andalucía y media España, nuestro referente en pediatría social. Los primeros contactos y conocimientos los tuvimos a través de él, el grupo de gente que nos hemos estado reuniendo, los más próximos, y no solamente que ha sido, sino que es el impulsor de esta reunión y el impulsor del grupo de Sevilla. Yo no voy a hacer el currículum de de Ignacio Gómez de Terreros porque sería imposible, sería imposible resumirlo. Lo que sí quiero resaltar es la calidad humana, la calidad profesional y el ímpetu que le pone a todo el trabajo y la capacidad de hacer equipo, de crear equipo, y a los que nos ha enseñado el trabajo intersectorial. Cuando no se hablaba de trabajo intersectorial, ya Ignacio estaba trabajando en equipo y creando unidades de pediatría social en un hospital muy rudimentario en comparación con lo que tenemos ahora.

Después está Xavier Allué, que para mí es una referencia personal, afectiva e intelectual. Da gusto hablar con él, da gusto leerlo y ha aportado tanta cultura a la pediatría social que para mí es una referencia, para nosotros es una referencia y debía estar aquí en esta mesa y está en esta mesa. Le agradezco muchísimo que haya venido.

Jesús García Pérez, ¿qué vamos a decir? Jesús García Pérez ha aportado tanto a la Sociedad Española de Pediatría Social, ha dedicado tantos años y tantos esfuerzos desde que empezó, desde que yo lo conocí en la Unidad de Pediatría Social del Hospital del Niño Jesús. Entonces ya era un motor indiscutible de jueces, de estudiantes de Medicina, de Pediatría, y de profesionales, y tenía allí una de las mejores unidades de pediatría social, servicio de pediatría social, que había en España y sigue siéndolo. Ha sido presidente de la SEPS y ahora tuvo la generosidad de dar paso a gente joven en la junta directiva y ahí está apoyando a la nueva junta directiva desde un segundo lugar, sabiendo estar en un segundo lugar y apoyando la iniciativa de la presidenta y de la nueva ejecutiva.

¿Y qué decir de Oriol Vall? Pues entrañable, profesor, investigador y referente en muchísimos aspectos, sobre todo en la calidad humana y en la calidad profesional indiscutible. Los trabajos tuyos desde el Hospital del Mar todos hemos tenido que conocerlos, que leerlos y, después, el tiempo que estuviste como presidente de la SEPS te lo agradeceré siempre por el impulso que nos diste, el apoyo que nos diste siempre a las unidades que estábamos haciendo en Andalucía y siempre ha sido generoso. Nunca ha luchado por intereses personales frente a los intereses de la sociedad, siempre ha sido honesto y sigue siéndolo, y además eres una persona encantadora y un amigo encantador. Entonces le doy ya a la palabra sin más y después hacemos el debate y seguimos. Bienvenidos y muchísimas gracias. Yo moderaré desde una sillita. Y lo que sí me gustaría es que nos citiéramos al tiempo porque es preferible tener intervenciones cortas. Primero haremos una intervención de unos 15 minutos cada uno de los ponentes, después hay un turno de coloquio entre vosotros y después hay un turno de coloquio con los

### *VI. Anexo 3. Transcripción Literal*

participantes que estamos aquí invitados físicamente y con los que intervienen a través del chat, ¿de acuerdo? O sea, que tenemos este tiempo. Tenemos casi 3 horas para hablar y yo creo que tenemos tiempo. Esta vez hemos querido hacer una cosa que nos dé tiempo para hablar y tiempo para reflexionar y sacar conclusiones. Bienvenidos y muchas gracias.

#### **Ignacio Gómez de Terreros**

Bueno, pues me tomo yo la palabra, ya que no me lo han dado. Ante todo quiero felicitar a toda Junta de Gobierno, porque creo que organizar esta jornada de reflexión previa al Congreso de Albacete es enormemente importante. Porque, concretamente, mi vida profesional coincide con el desarrollo de nuestra Sociedad Pediatría Social. Fue de 1967 a 2011 mi vida profesional y fue en 1972 cuando se creó la sección de pediatría social en la AIEPI, formando parte de las primeras secciones o sociedades especializadas reconocidas por la misma. Los cuatro que estamos en la mesa creo que hemos vivido toda la evolución de la pediatría social. Quizás no sé si Jesús, que tú eres más joven, pero... Entonces, esta sección intergeneracional, porque, en realidad, nosotros vamos a transmitir nuestra experiencia a los que cogen ahora la batuta, creo que es muy importante. Creo que es para dar ejemplo en otros campos.

Yo he considerado dos periodos evolutivos. Uno es de 1972 a 2006, que fue cuando nos reunimos en La Rábida, y otro del 2006 a la actualidad, para un poco hacer la evolución histórica. Periodo con sus luces y sus sombras que justifica nuestra mirada atrás con visión de futuro.

La primera etapa, nuestro compañero Rafa Muriel la denomina “de perfil proteccionista” y una segunda que considera enfocada al proyecto vital en la que introduce el acompañamiento como objetivo central de su enfoque. En el primer periodo se vivió una crisis significativa, acuérdate, Oriol, que yo interpreto como de crecimiento: la divergencia que se planteó entre la visión inicial más convencional de la pediatría social y otros que aportaban una visión más basada en la salud pública infantil. Como es frecuente, pudo ser que se personalizara en exceso, pero, para algunos de cierta lejanía, creíamos que no había para tanto. Pero se saldó en una evolución decisiva para la pediatría social sin prácticamente coste. No quiero soslayar en esta vivencia por qué supuso un claro ejemplo de lo que al principio pueda parecer una divergencia difícil de solucionar acabó por ser un evidente avance. Es así como el tiempo terminó dando su razón.

Somos conscientes de que en el contexto de la segunda etapa se fue perdiendo fuerza y las desigualdades sociales crecían, por lo que considero que tenemos que avanzar en una tercera etapa comenzando por lo más gordo y redefiniendo nuestra estrategia de acción.

Vamos ya al antecedente del primer período 1949-72. Tardamos 23 años en ponernos en marcha el colectivo de pediatría social referente a lo que existía en ese momento. Ahí estaba Debré con el nuevo concepto de la pediatría que conlleva la separación ya de pediatría y puericultura, que desaparece; considera que cuando se pone en marcha

una acción colectiva, Debré, local, nacional e internacional, la medicina infantil se convierte en pediatría social y consigue con Unicef y el Gobierno francés el Centro Internacional de la Infancia de París.



### VI. Anexo 3. Transcripción Literal

Primer periodo: mi implicación en la pediatría social en ese periodo y puesta en marcha del denominado Grupo de Sevilla, al que ha hecho referencia Juan, fue que en el año 1971 se inaugura el Hospital Infantil Virgen de Rocío de Sevilla, incorporando con mi experiencia adquirida en la Casa Cuna, que estuve de director 13 años. Sin duda, los niños de la Casa Cuna fueron mis mejores maestros. ¿Qué me enseñaron? La importancia de la familia en el desarrollo personal, social, intelectual del niño; la importancia de la sensibilización, compromiso profesional y trabajo en equipo interdisciplinario e intersectorial, sin olvidar la formación e investigación, cosa que en ese momento ni se pensaba; el preciso compromiso profesional en el que los pediatras no podemos olvidar nuestro papel de abogacía por la infancia cercana y lejana; los avances en el programa de desinstitucionalización lo abrimos a toda Andalucía. La necesidad para llevar a buen puerto los proyectos de un adecuado soporte social e institucional (si no llego a tener yo ese soporte, no hubiera podido hacer nada) tanto público como privado, saber pedir ayuda y, asimismo, el doctor Lafón me formó, que era el director anterior, e implicó la faceta humanística de nuestra labor pediátrica, enseñanza que no recibí de la Facultad de Medicina.

Era un momento definitorio de la pediatría social que dio lugar a mi encuentro con Carlos García Caballero, pionero en la creación de la Unidad de Pediatría Social de La Paz y discípulo de Debré. Él tenía una nueva visión pediátrica de la poderosa influencia del ambiente sobre el niño y el adolescente, tanto en su vertiente física como psíquica, con repercusión sobre su futuro, sobre su proyecto de vida. Consideraba que las dificultades que conllevaba la pediatría social se producían no tanto por los innegables progresos experimentados por la ciencia y la tecnología, sino principalmente por los vertiginosos cambios sociales acaecidos en los últimos años. Yo lo considero porque, en el hospital infantil, uno de mis principales aliados en la atención integral eran los especialistas. Era curioso en ese sentido y tenía razón. Reflexión de plena actualidad ante los daños colaterales de toda índole de la pandemia, retos que exigen a los que estamos comprometidos con la pediatría social más esfuerzo asistenciales, docentes y de investigación, para que los proyectos vitales de nuestra infancia no queden truncados. Hospitales como el Niño Jesús y La Paz de Madrid, el Hospital del Mar de Barcelona, Marqués de Valdecilla de Santander, Virgen del Rocío y Valme de Sevilla y, en la actualidad, Torrecárdenas en Almería, han destacado dentro del ámbito pediátrico social, el que yo creo que nos ocupa, con diferentes avatares posteriores que serán motivo de comentarios. Periodo en el que el profesor coincide en la necesaria participación multidisciplinaria requerida para dar respuesta integral a las necesidades de la población infantojuvenil. Oriol Vall y yo mismo lo impulsamos en nuestras respectivas presidencias. Se hacía evidente que la atención integral precisaba el concurso y colaboración de todos los niveles asistenciales del sistema de salud, de todas las profesiones implicadas en los cuidados de la infancia y adolescencia (biomédicas, sociales, psicológicas, educativas, etcétera) junto con los servicios comprometidos con su salud y su bienestar, como era la educación, servicios sociales, tercer sector y ONG, asociaciones de apoyo a niños con necesidades especiales... Por su parte, el también honorable profesor Enrique Sánchez Villares consideraba la pediatría social no como una disciplina o especialidad, sino una actividad peculiar del médico en su trabajo para promover la salud y prevenir y curar la enfermedad.

En cuanto a publicaciones, otro indicativo de la evolución pediátrica social en el que no fuimos especialmente pioneros, dado nuestro retraso en cuanto a su puesta en marcha. Ya en 1956, el profesor Girón de Guatemala publica su primer libro, denominado *Pediatría Social*, en el que recopila las lecciones dictadas en su cátedra y en 1972 el tratado clásico de pediatría

### VI. Anexo 3. Transcripción Literal

social, luego traducido al español, de Manciaux. En 1982, el primero que publicó un manual de pediatría social fue nuestro querido amigo Felipe Toledo Ortiz. Lo recuerdo con especial cariño. En 1992 De Paz Garnelo, en el 94 García Caballero y luego en una segunda edición con Antonio Meneses. En el 2013, Díaz Huertas, el *Manual de Pediatría social*, sin olvidar al amigo Mateo Sancho con sus intoxicaciones y sus publicaciones de urgencias. En el período entre 1997 y 2007, promovimos los famosos informes SIAS, Salud, Infancia, Adolescencia y Sociedad, que tenía el objetivo de, cada dos años, ponernos al día sobre prioridades. Lo tenéis ahí a vuestra disposición por si os queréis llevar alguno de ellos. En el período de presidencia del doctor Oriol tuvo continuidad con la puesta en marcha de los *Cuadernos de Pediatría*. Recuerdo que en nuestro comienzo nuestra especial preocupación conllevaba el maltrato infantil o accidente infantil y la atención integral a patologías crónicas, así como la asignatura pendiente siempre de la salud mental infantil. Ahí recordar a Marc Domingo y Pedreira, obesidad, adolescencia, migraciones, familia, etcétera. Desde el denominado Grupo de Sevilla en 1991 y con los antecedentes que os he dicho de la Casa Cuna y demás, promovimos la puesta en marcha de ADIMA, la Asociación Andaluza de Defensa de la Infancia y Prevención del Maltrato, que está aquí su presidenta, Puri, que actualmente son referentes del abuso sexual en Andalucía, tanto en el diagnóstico como en intervención, aparte de otros programas preventivos.

En el ámbito de la cooperación internacional, yo destaco lo que más me consta, que son los doctores Sobrino y Oriol. La AEPS creó un grupo de colaboración internacional que perteneció al doctor Sobrino y empiezan las tristezas, porque llega a la crisis y los programas que se iban desarrollando de la Fundación Gota de Leche en Perú, Guatemala y Bolivia se fueron al traste, pero sí quedó la semilla de que el doctor Sobrino sigue manteniendo una estrecha interconexión profesional con nuestros compañeros latinoamericanos. Él, continuamente, está llamado a ir Latinoamérica.

Contextos internacionales: la asociación integrada en la europea, en el cual destaco a Luis Martín y a Colomer, y el Club de Pediatría Social en Barcelona que dirige el doctor Callabed, precisamente en conexión con Francia. No olvidemos la LAPE, la Asociación Latinoamericana de Pediatría, porque aglutina a 70.000 pediatras, que tiene tomate, y tienen su comisión de trabajo dedicada a la pediatría social.

En este campo también en la Real Academia de Medicina de Sevilla, cuando me nombraron Académico de número, la plaza que yo ostento es de Pediatría Social dentro de la sección de Medicina Social. Yo creo que es la primera academia que tiene una plaza denominada "Pediatría Social". Además es la academia más antigua de Medicina del mundo, o sea, que creo que es importante destacarlo. Muchos pediatras españoles han dejado su impronta y es imposible porque me olvidaría de algunos.

Llego al segundo periodo, a la actualidad. Ahí hay, para mí, dos puntos clave, que es la reunión de La Rábida del 2006 y el Seminario de Seguimiento que se hizo en el 2008. Los documentos los he facilitado y, además, los hemos facilitado con anterioridad para, efectivamente, dar agilidad al debate. Eventos que, a mi juicio, tienen la virtud de plasmar por escrito el contenido teórico sobre la pediatría social alcanzado en el desarrollo del primer periodo evolutivo de nuestra sociedad. Por supuesto, con flecos por resolver que hoy serán motivo de debate. Y ahí están los interrogantes: ¿Pediatría es una especialidad? ¿Consulta y Unidad de Pediatría

### VI. Anexo 3. Transcripción Litera

Social o referente? Su estructura funcional, equipo rector, junta de gobierno, referente de las comunidades autónomas y Ceuta y Melilla, promocionándolo donde no lo hubiera, en relación con los grupos pediátricos sociales de cada entorno; boletín informativo dinámico online con funciones de mantener la actualidad informativa sobre noticias, actividades, proyectos, publicaciones de interés y, asimismo, persisten los fantasmas que obstaculizan el desarrollo de nuestra sociedad.

A modo de ejemplo, lo ocurrido en nuestro hospitalario. Nosotros éramos referente en el Hospital Infantil, e incluso no solamente Andalucía, sino a nivel nacional, y Juan en el Valme, en su programa de pediatría, era referente en el tema nuestro de abuso sexual. Bueno, pues los dos se han ido al garete. En el Hospital Infantil ahora mismo no hay nadie, y en el Hospital de Valme no hay nadie que se dedique como experto al tema de pediatría social. Nadie. Eso es una cosa para reflexionar. Por lo menos en nuestro entorno, el voluntarismo y no su implicación estructural constituye nuestra realidad. No puede ser que nos jubilamos y desaparece el tema; eso no puede ser. No hemos sabido, no hemos podido poner en valor a la infancia, poner valor a la función pediátricosocial a nivel profesional, institucional, social, comunicar los esfuerzos y resultados desarrollados en el ámbito asistencial formativo y la investigación. Quizás una respuesta para superar los fantasmas es tener presente una cuestión global que tenga consecuencias para una tercera etapa: la necesidad de encontrarnos, escuchar, compartir y construir juntos. En mayo de 2015 celebramos en Almería el XXII Congreso de la Sociedad Española de Pediatría Social, y en el documento *Declaración Almería 2015* se considera imprescindible establecer medidas urgentes para que los niños y jóvenes y sus familias puedan superar las dificultades actuales. Ahora con la informática le podríamos dar al botón y poner lo mismo, pero *"Declaración Sevilla"* de hoy, porque no se ha avanzado nada. O sea, es urgente la atención social y el interés político por la precariedad y pobreza en la que se encuentra actualmente gran parte de la población infantil y juvenil en nuestro país; la participación de los niños y jóvenes en todo aquello que condiciona su salud y bienestar y en todos los espacios de la vida (desarrollo, asistenciales, educativos, sociales); la desigualdad y la falta de equidad frente a la adversidad social en la que vive una gran parte de la infancia y juventud; la ineludible necesidad de coordinación de trabajo en red entre las instituciones y los profesionales responsables en los cuidados en atención a problemas de infancia y adolescencia.

Considero que nuestro actual reto lo constituye superar la delegación de la responsabilidad en las instituciones y en las políticas de infancia, plantear de forma abierta la necesidad de compartir con la ciudadanía y sus asociaciones esta responsabilidad. Mirada de corresponsabilidad. Se han dado pequeños pasitos, pero ni mucho menos hemos llegado a los objetivos que nos planteamos en Almería. El planteamiento de trabajo en red de coordinación intersectorial requiere: un espacio común, una visión de la realidad consensuada, no que cada uno lo interprete de una manera, planificación y ejecución conjunta. No colaboración, sino planificación y ejecución conjunta, evaluación conjunta, interdisciplinariedad como instrumento de la intersectorialidad. La propia realidad social nos reclama la cooperación y la acción social frente a límites rígidos de los sectores implicados. En dicha línea, la Fundación Gota de Leche de Sevilla, en el año 2015, con su equipo técnico, que todos somos de la Sociedad de Pediatría Social, promovió la puesta en marcha del denominado Foro Profesional por la Infancia de Andalucía, contando desde su inicio con el asesoramiento, respaldo y apoyo del defensor del menor de Andalucía, Jesús Maeztu, foro que aglutina prácticamente a las distintas profesiones implicadas

### VI. Anexo 3. Transcripción Literal

en la atención infantil a través de sus colegios profesionales. Son los colegios profesionales relacionados con la infancia, psicología, enfermería, medicina, etcétera. Son hasta nueve los que constituyen el foro. La asociación APS de Sevilla y la Fundación Gota de Leche que lo coordina, porque no es un foro de entidad jurídica. La entidad jurídica, cuando nos hace falta, lo hacemos a través de la Fundación Gota de Leche. Es un compromiso de intenciones. La verdad es que el fruto que está dando, para mí, era impensable. Entre ellos destacamos: estrecha conexión con las asociaciones y fundaciones amigas como Unicef, EDUCO, Cruz Roja, etcétera; acción conjunta que no ha dado como fruto la creación de la Comisión de Infancia en el Parlamento andaluz; la celebración de dos encuentros profesionales, uno dedicado al tema del maltrato infantil, especialmente el abuso sexual, que se celebró en la Academia de Medicina con el propósito de actualizar los protocolos que actualmente no estaban funcionando. Pero hay que ser muy seguido, como yo digo, porque, de momento, ese protocolo, que se comprometieron en llevarlo a cabo, se está trabajando, me consta, en la Consejería de Igualdad, pero con la lentitud desesperante de la burocracia en este país. Otro fue motivado por la pandemia, que lo celebramos el 10 de diciembre, el nuevo encuentro participativo denominado Recuperación de proyectos vitales en el ámbito educativo con motivo del COVID.

Recuerdo que cuando nos reunimos, dijimos: “¿Por qué no lo hacemos en el Parlamento?”. Yo creí que nos iban a mandar a hacer puñetas. Pues fue al revés: colaboración estrecha. Se celebró el Parlamento con la presencia de los grupos políticos y con, como yo llamo, los corrientes profesionales. Todo esto está publicado, que se lo hemos facilitado por la Sociedad de Pediatría Social, que ha sido nuestro cuerpo y alma de apoyo en esto desde el principio. Todo este tema del foro siempre hemos venido de la mano de... Aportaciones a la Ley de Infancia de Andalucía, tanto en la anterior legislatura andaluza como en la actual, que ya por fin salió la ley de Andalucía. Estuvimos en presencia en la comisión parlamentaria, hicimos muchísimas aportaciones a la Ley de Infancia y, cuando hemos revisado, el 70% ha sido incluido. Por eso os llamo la atención, porque la importancia que tiene de echarse para adelante y que puede efectivamente tener su fruto. Concretamente, hay una que recuerdo con el tema de los cuidados paliativos pediátricos. En los cuidados paliativos pediátricos no venía la palabra “cuidados paliativos pediátricos”, hablaba del apoyo a los niños y esto, pero no de... Y entonces dijimos que saliera la palabra “cuidados paliativos pediátricos”, y en la ley sale “cuidados paliativos pediátricos”.

Y termino porque ya me ha llamado la atención. Esto nada más, ¿eh?

Encuentro y aportaciones a tener en cuenta por los responsables políticos como herramienta útil de cooperación entre profesionales e instituciones en la reclamada y necesaria relación colaborativa entre activos sociales e instituciones. Terminó con el lema referido al ejército “Lo posible se ha hecho; lo imposible se hará”, con el que me dijo a los profesionales que se encuentran en la actualidad en la primera línea de enfrentamiento a los retos pediátricos sociales, nuestra relevo generacional. Y ya está, Juan.

**Xavier Allué**

Quince segundos de agradecimiento porque hayáis pensado en mí, que estoy ya perdido en la lontananza de la jubilación, y a los elogios inmerecidos que también forman parte de la

### VI. Anexo 3. Transcripción Litera

liturgia. Y otros 15 segundos para excusarme, como hacen los malos actores, de los muchos errores que puedan acompañar a esta intervención.

Juan Gil nos pidió que explicáramos nuestra experiencia o conocimiento de lo que había sido la pediatría social a lo largo de nuestros años de vida profesional. Los míos personales se alargan un poco más por razones familiares.

En el año 56, mi padre fue becado por el Centre International de l'Enfance, que dirigía Debré en París, y estuvo un tiempo en África trabajando en lo que era pediatría social en países entonces considerados como muy desafortunados. De esto tuve conocimiento porque mi padre se fue de casa y estuvo un tiempo fuera, y tuvimos ocasión de echarlo de menos y saber qué es lo que estaba haciendo. De aquella época conservo, porque la biblioteca de mi padre la heredé, el texto de puericultura social de Juan Bosch Marín y dos más que no soy capaz de recordar ahora, como la primera parte de la historia. La historia, al fin y al cabo, es lo que está escrito, porque lo que no está escrito es discursivo y lo que no estaba escrito antes era la prehistoria. Y yo lo que puedo recordar un poco, pues son, y quizá con esto me repita a la intervención de Ignacio, los textos que conservo y que conducen la evolución de la pediatría social, y el primero sería este de la puericultura social.

En el año 72, el texto de Felipe Toledo, que para mí fue el primer libro en mis manos, ya que lo compré y que pude leer e interesarme por los problemas, y después pues ya vinieron más tarde el libro editado por Carlos García Caballero en el que ya salí todos. Sales tú, sale Manolo y también tenemos cada uno de vosotros un capítulo allí y que realmente pues es el que inicia el corpus de la doctrina de pediatría social en este país.

Después ha habido más aportaciones: pocos años después, el catedrático De Paz Garnelo publicó un libro que se llama *Pediatría social y preventiva*, con lo cual ampliaba las ideas, quizá persiguiendo lo que en otros países había sido la Community Paediatrics, y esto aquí no llegamos nunca a asumirlo. Tampoco lo han asumido los médicos que se dedican a tratar a los adultos, porque la medicina familiar y comunitaria nunca ha sido comunitaria, y yo no recuerdo ninguno de mis colegas que *comunitate* nada. Y de familiar tampoco porque, bueno, los médicos de familia se han olvidado de que la Sagrada Familia tenía cuatro elementos: san José, la Virgen María, el Niño Jesús y el asno, y que eso suponía que tenías que tener conocimientos de medicina, de obstetricia-ginecología, de pediatría y de veterinaria para tratar con los gerentes y la gente que dirige los hospitales. Y esto lo han abandonado como abandonaron, y esto también quería aportarlo, la participación en la formación de los médicos de familia cuando al final de los años 80 prácticamente eliminaron la pediatría del currículum de la formación MIR de posgrado de los médicos de familia, con lo cual se consolidaba lo que por otro lado parecía una reivindicación social y de muchos pediatras de que tenía que haber un pediatra para cada niño y en cada sitio, cosa que nunca se ha cumplido ni es posible cumplirla, porque puedes tener un pediatra para cada niño en el centro de Sevilla o en La Moraleja, pero, desde luego, en Villacañeros de Arriba seguro que allí no va a haber uno y hay mucha población que está alejada física y geográfica, orográfica y culturalmente de los centros donde puede haber un pediatra dedicado a la atención a los niños. Y ahí se ha difuminado a lo largo de los años la potencia de la pediatría social cuando, tú lo has dicho, pasamos 23 años sin hacer nada porque, precisamente, la pediatría social

### VI. Anexo 3. Transcripción Literal

pasó a ocuparse de lo que parecían los problemas sociales de los niños, que eran aquellos que estaban en absoluta situación de desvalimiento y abandono, y los pediatras sociales eran los pediatras de los orfanatos, y el resto de los pediatras pensaba que sus niños no tenían problemas sociales, Dios nos libre, qué cosas. Esto es el meollo de la cuestión. Luego, el desarrollo profesional, pues Carlos García Caballero era jefe de servicio de Pediatría Social de su hospital y eso ponía una etiqueta importante a una función, pero claro, fue él y nadie más. La Universidad de Granada creó una cátedra de Pediatría Social que ocupó el profesor Galdós Junior con mayor o menor fortuna, no recuerdo cómo terminó aquella cuestión, pero a mi información no existe esa cátedra de Pediatría Social ya en esa universidad ni yo creo que haya ninguna otra cátedra de Pediatría Social en ningún otro sitio de la geografía del Estado. Esto es un poco lo que componía profesionalmente la especialidad, que evolucionó por presión de la Asociación Española de Pediatría a una especie de edad concreta, porque los socios de la sección de pediatría social que se creó al principio de los años 70 eran todos los miembros de la Asociación Española de Pediatría, todos eran miembros.

Y, bueno, si uno tiene que conocer la historia para evitar repetirla, como se le ha atribuido a George Santayana, que es un filósofo hispano-norteamericano, pero que en realidad no era suya porque está en la epístola de San Pablo a los Corintios, repetir las historias no te ayuda mucho, pero quizá eso es lo que pondría en un futuro, que es que si esto se mantiene como una asociación de profesionales, el resto de los profesionales van a cedernos toda la responsabilidad y no se puede con ello. ¿Cuántos socios somos? ¿Noventa? De 9000 pediatras, noventa socios es el 0,1 %. Esto es un seminario, seminario viene de "semen", somos semilla, pero esta semilla no va a fructificar como no tengamos unos campos más amplios donde sembrarnos.

Volviendo al origen, la puericultura social era porque la ejercía el extinto Cuerpo de puericultores del Estado, que tenía asumidas esas tareas y con una delegación del Estado para que hubiera unos profesionales que se dedicaran a esto. Claro, una función absolutamente insuficiente y que además el tiempo superó ampliamente hasta que se extinguió el cuerpo, en buena hora. Yo también fui puericultor del Estado de Burgos, en un sitio muy interesante. No creo que les sirviera mucho a los burgaleses mi función allí.

Esto es un poco lo que yo he vivido de la pediatría social, porque todo lo demás han sido enormes esfuerzos voluntarios, muchos individuales, muchos también localizados, otros que intentaron buscar el consenso, como fue las reuniones de La Rábida, para crear un cuerpo de doctrina que tuviera realmente una promoción hacia el futuro que, lamentablemente, hemos visto que no han llegado a fructificar más allá de nuestra propia satisfacción, que ya es bastante. Quiero decir que con esto podemos, al mismo tiempo, sobre todo a los que estábamos en la cocina de esa actividad, recordaros lo intelectualmente gratificante que fueron aquellas actividades y lo que nos ha servido para tener el cerebro un poco mejor amueblado y ordenado, aunque luego el efecto práctico sobre, primero, la salud y el bienestar de los niños y luego la conciencia profesional de nuestros colegas, no haya sido tan extraordinario. Pero eso solo quiere decir que el campo está absolutamente abierto que los viejos aquí presentes, o por lo menos yo, lo único que podemos aportar es ese recuerdo que siempre queda embellecido por el paso del tiempo y pensar, al contrario, que el futuro está aquí y que hay para mucho trabajo. Cuando también observas que en los tiempos más recientes las grandes revistas científicas

### VI. Anexo 3. Transcripción Litera

médicas van tomando un giro hacia los aspectos sociales de la vida y de la salud. Ya nadie se acuerda de que en Alma Ata se dijo aquello de la salud física, mental y social, pero claro, nadie se acuerda porque nadie sabe dónde coño está Alma Ata porque ya no se llama así. Antes estaba en Rusia, que era un país serio, y ahora está en Kazajistán que nadie ha ido allí nunca, ni siquiera tiene el equipo de fútbol. Eso ha pasado también a la papelera de la historia, a los anales de la historia. En cambio, sí que yo contemplo con una cierta satisfacción lo poco que veo. Si una revista como *Lancet* dedica ahora aproximadamente la mitad de sus textos a los aspectos sociales de la salud. Eso no quita que luego haya sus artículos sobre el tercer cambio del genoma humano de no sé dónde y la importancia de la nueva aportación bioquímica al tratamiento de la diabetes, pero que lo otro también ocupa mucho espacio. Y, sobre todo, los editoriales que yo recomiendo encarecidamente a todo el mundo leerse es el editorial del *Lancet* cada semana, porque realmente te enseña lo que es la realidad en un ámbito, dicen los anglosajones “global”, es decir, de todo el mundo. Porque podemos gastar mucho esfuerzo en mirar las problemáticas de los niños que tenemos más próximos, pero el planeta este es uno y uno solo, y aquí el COVID nos ha enseñado que aquí o nos movemos todos en la misma dirección o, no se va a hundir porque esto todavía tiene para aguantar mucho, pero que los problemas sociales son universales y que no se dan por razones geopolíticas, sino que están a veces en el propio núcleo familiar. Uno de los sitios más peligrosos que tiene un niño para vivir es precisamente dentro de su familia. Dices: ¡Qué horror! Pues bueno, pues sí. ¿Estarán mejor solos? No, tampoco, porque los niños tienen derechos y uno de ellos es el tener una familia, convertido en derecho internacional. No en España que, por cierto, y esto es la última aportación que puedo hacer, estamos hablando de defender los derechos de los niños, hemos, habéis promovido iniciativas legislativas que mejoran las disposiciones de protección de los niños, pero la Constitución Española no reconoce los derechos de los niños. Hay que leerse. El artículo 36 no dice nada, lo único que tiene una apostilla que dice: “El Estado español se acogerá a los acuerdos internacionales de protección a la infancia”. Si no hay acuerdos internacionales, aquí, a los niños, ni caso. Y esto es curioso. Bueno, la Constitución se hizo cuando se hizo, la votaron los que la votaron y tiene los agujeros que tiene, pero, como nadie parece estar dispuesto a cambiarla, el intentar modificar toda la legislación por debajo de la Constitución está expuesto a que en cualquier momento te digan: “Bueno, mire, eso no es constitucional y no se puede aplicar”. Y así lo ve la gente que ha llegado al final de una trayectoria procesal en la situación de conflictos familiares de la custodia de niños. Ahí te dicen: “No, aquí le damos el derecho a cualquiera menos al niño. Al padre, a la madre, al cura o a quien sea”, y el niño no tiene ningún... ¿Por qué? Pues como la Constitución no lo dice, pues los señores miembros del Tribunal Constitucional no van a ir más allá de lo que pone en los papeles.

Acabo haciendo una pequeña referencia, porque cuando nos pidió Juan que hiciéramos esta aportación, yo me acordaré lo que me acuerdo, de lo que he visto, pero me gustaría saber cómo está esto ahora en el ámbito más próximo, concretamente, el hospital donde trabajé muchos años antes de pasar a la jubilación, e hice una entrevista semiestructurada preguntando diez cosas sobre el estado de la pediatría social en aquel centro. De esas diez cosas, obtuve unas respuestas que relato muy brevemente, al tiempo, la propuesta y la respuesta:

¿Hay un pediatra dedicado especialmente a la pediatría social? No.

¿Hay programas concretos para resistencia? Sí, pero muy específicos. Hay un aspecto dedicado a los malos tratos, otro dedicado a los abusos sexuales, otro dedicado la identidad

### VI. Anexo 3. Transcripción Literal

de género y otro dedicado a la inmigración. Entonces sí que hay uno u otro profesional que parece que maneja ese tipo de cuestiones, pero cada uno repartido, ¿no? Porque el de abuso sexual está más conectado para coordinarse con los ginecólogos para hacer las exploraciones iniciales y cosas de estilo. Y lo de los malos tratos, pues también.

¿Hay profesionales asociados a trabajar en aspectos que afectan a la pediatría social? Sí, tienen psiquiatra infantil y han incorporado recientemente un neuropsicólogo que, de alguna forma, colabora esto, y además tienen, que es la cuarta pregunta, un trabajador social dedicado exclusivamente al área de pediatría.

A la pregunta de si piensan que la pediatría social debe o no ser una especialidad, bueno, en números es difícil ponerlo, pero como que no la mayor parte, no debe ser una especialidad.

Que sí opinan pocos, pero sí que hay casi una tercera parte que no tienen opinión sobre esto porque un poco les da igual.

A la cuestión de si debe participar Atención Primaria de Pediatría, aquí la respuesta era unánime. La pediatría social, si no la ejercen los pediatras de primaria desde aquí del hospital, llegaremos tarde y mal.

También la cuestión sobre si mantenían contactos fluidos o relaciones con la judicatura, tribunales, el fiscal de menores, etcétera, la respuesta es no, y que eso además habían visto que había desaparecido totalmente, que se había impermeabilizado la justicia. Cuando quiera que tienen unos problemas de estos que tiene repercusiones judiciales como los malos tratos y tal, tienen que llamar al forense, el forense viene y toma sus medidas, decide lo que quiere, pero no hay nunca acceso a poder explicar la visión del pediatra sobre el problema que ha sucedido.

En cuanto a si los conflictos familiares figuran en la documentación, pues no. Si no tiene problemas asociados, esto de malos tratos y tal, el conflicto familiar por sí no forma parte de la encuesta del pediatra en el primer contacto con los pacientes.

La novena es: ¿Creen que la historia clínica pediátrica debe contener inexcusablemente un apartado social donde figuren datos que puedan ser codificados y, de alguna forma, que estén presentes a lo largo de la cuestión de atención al niño? Y esto va desde el prematuro hasta el posadolescente que aparezca por allí.

Y la última era en relación a la implicación de los servicios de salud mental, que entendían que gracias a que ellos tienen profesionales dedicados a la salud mental en el centro, pues están bien conectados, pero que, claro está, la atención primaria está como muy distante de conectarse con los servicios de atención mental.

Esto es un poco el resumen y el resultado de esto. Y quizá los detalles, hay cuestiones que... La gran discapacidad no figura en los programas sociales, esto no es un problema social. Y dices: pues qué pena, ¿no? Y después que existe muy poca relación con asociaciones familiares de protección a la infancia o de padres de niños deficientes o prematuros. Eso es un poco lo que



### VI. Anexo 3. Transcripción Literal

hay hoy allí. De lo que haya después o más adelante, yo creo surgirá de la conversación que tengamos aquí a partir de ahora. Gracias.

#### **Jesús García Pérez**

Bueno, en primer lugar, muchas gracias por estar aquí a los docentes, a los que están in vitro, in vivo, y muchas gracias por vuestra colaboración y permitirme poder estar aquí con vosotros. Muy agradecido a Ana como presidenta, a Juan como tesorero, como secretario y como todo. Yo estoy muy contento no solo por estar aquí, y agradezco un poco esa iniciativa de la edad cronológica, pero hoy día la OMS ha cambiado y ya no somos viejos, somos adultos mayores, ¿eh? Bueno, hoy día, como estamos cambiando de lenguaje, pues ahora se llama así, adultos mayores entre 70 y 80 años. De 80 en adelante se llama personas de edad avanzada. O sea, que vamos cambiando de todo, ¿no? Bueno, eso es un matiz porque somos jubilados no, jubilosos, que también eso es importante, ¿no? Y la ilusión no la vamos a perder, vamos a seguir trabajando conjuntamente y este barbecho que estos han sembrado, estos que me han precedido y que ya se han comentado por Xavier y por Ignacio y lo que comentaremos nosotros. Pero yo tengo que hablar en plan, digamos, asturiano.

Estoy en el cachopo de la pediatría social, la buena nutrición que he recibido como pediatra social de estas personas que me acompañan, incluidos los que estáis ahí en la mesa: Manolo Sobrino, Antonio Martínez Roig que no está, Jordi Pou, que no está tampoco, pero que hemos recibido un conocimiento y, por lo menos, una ilusión para iniciar estas andaduras, que yo inicié ya hace tiempo, en el año 91 exactamente. ¿Pero a qué viene esta tradición? Pues, primero, por mis raíces. Yo siempre digo que el que olvida las raíces está condenado a andarse por las ramas, y yo nunca me olvido de mis raíces porque ¿yo por qué me he dedicado a la patología social dentro de la medicina? Yo soy hijo póstumo, trabajé en la mina para tener una beca para poder estudiar con lo que se llamaba “guaje” en Asturias. No es el guaje futbolero que todo el mundo conoce, pero eso me permitió conocer la situación social que en Asturias vivíamos en la cuenca minera, de donde yo soy procedente. Yo soy hijo póstumo, mi padre se mató en la mina, lo cual era una tradición: el hijo del minero iba a la mina para poder sacar una beca. No había una ley, porque trabajaban los ayudantes del picador de la mina, pero bueno, gracias a eso, yo me dediqué a la medicina y gracias a todas estas personas, como he dicho, (perdonad que sea reiterativo) inicié mi andadura. Durante 20 años, además, estuve como pediatra intensivista y ahí empecé a ver todas estas problemáticas sociales, que no había un seguimiento. Niños con discapacidad, que ahora no se llama discapacidad, se llama diversidad funcional. Vamos a llamar las cosas por su nombre ahora, porque discapacitados, de alguna forma, solo existen en la calle, allí cerca de un palacio que todos conocéis que hay 380 señores que nos dirigen en este país. Pero, generalmente, esa diversidad funcional empecé a verla dentro de los ingresos. Hasta que hicimos un trabajo conjuntamente con la Universidad de Comillas donde vimos que el 10 % de los niños discapacitados se abandonaban y se maltrataban. Había, como ahora se dice, no maltrato, sino violencia infantil.

Y luego empezamos a ver problemas de la inmigración importantes, con unos problemas y unas patologías que nosotros no veíamos. Veíamos un ébola: “¿Y eso qué es?”. Malaria, que para nosotros era casi una cosa exótica. No había una unidad infecciosa, digamos. Había

### VI. Anexo 3. Transcripción Literal

gente que sabía algo, pero no había nada de esto. Entonces ahí empezamos a colaborar y seguí la trayectoria de Manolo Sobrino, que él trabajaba en la AIEPI, que yo estos acrónimos no sabía ni qué eran. Entonces, ahí empezó esa atención integral a las enfermedades prevalentes en la infancia, sobre todo en aquellos países de baja renta que conocemos, ¿no? Y a partir de ahí, después de tanto tiempo y la cantidad de niños que venían con problemas de maltrato en sus diferentes y heterogéneas formas de manifestación (abusos sexuales, abandonos, etcétera), empecé a pensar que había que crear algo de patología social, que mis antecedentes, como el que había en esos momentos era García Caballero, como decía Xavier, que era La Paz el único que había, y Paz Garnelo que te había citado, dos tomos de un libro que él mencionó antes que se llama *Medicina preventiva y social*, o sea, antes la pediatría era pediatría preventiva y social, se llamaba así, hizo dos tomos. Y luego empecé a conocer un poquito más y, hete aquí, conozco a Oriol. Un día fui a su hospital y me definió la pediatría social, que no se me olvidará. Le digo: “¿Qué es esto de la pediatría social? ¿Cómo lo definirías tú, Oriol?”. Y me lo dijo muy claramente: “Son problemas médicos que originan problemas sociales y problemas sociales que originan sociopatías”. Me quedó un impacto... Es una definición muy tajante, ¿no? Entonces, a partir de ahí, empezamos esa colaboración que luego se perpetuó y seguimos colaborando hasta que inicié después lo que se llama “unidad”. No querían llamarlo “sección” ni “servicio”, lo llaman unidad.

Una de las debilidades que tenían era que no querían jefaturas, solo yo era jefe porque era jefe por oposición de otras... De la UVI y tal, pero no querían. Entonces, había una palabrita que empezaron a sacar los políticos que se llama “responsable”. “El responsable de la unidad tal”, “responsable de no sé qué”, pero eras jefe, pero sin cobrar como jefe y resulta que toda la responsabilidad, pero nada más que responsable. Esto generó cierta tensión que la gente, bueno, pues si no hay jefatura no hay posibilidades de desarrollo y la gente no quería dedicarse a esto. Pero, aparte de eso, encontramos otra importancia también, que teníamos unas debilidades tremendas que yo encontraba en la unidad, y es el insuficiente conocimiento de la unidad que tenía el equipo directivo. “Bueno, ¿y eso qué es?”. Y le explicaba: “Pues mira, la unidad se compone de varias atenciones que hemos creado”. Atención al niño inmigrante y adoptado: todas las patologías de la inmigración que teníamos en ese momento. En esos momentos, el *boom* sobre todo de la adopción y la inmigración en España. Llegamos a tener, me parece, hasta seis y siete mil adopciones anuales, o sea, era impresionante, con unas patologías de países que, lógicamente, estaban sin vacunar, con problemas incluso de infecciones de estas que nosotros ni habíamos estudiado, o un poco anecdóticamente. Y luego teníamos no sólo eso, sino también la atención a lo que es la violencia en sus diferentes manifestaciones: abuso, maltrato, abandonos de niños... El problema es que nosotros, cuando hicimos el estudio en el hospital de las adopciones, del 10 % al 12 % de los niños adoptados era abandonado. ¡El 12 % llegamos a tener! Es decir, que si se adoptaban 6000 niños, 600 se iban a centros de acogida. O sea, había que tratar a esas familias y sus problemáticas. Para todo esto no había una atención seguida. Como bien decía Xavier, había uno en psiquiatría, sí, uno que se dedica a esto, pero, en el momento que veía un problema, se lo quitaba de encima, lo pasaban a Trabajo Social, Trabajo Social... En fin, un paciente itinerante por diferentes servicios y no había una coordinación de un servicio que podía sobrellevar toda esta problemática. Entonces, todo esto más la atención a la antes llamada discapacidad, los sindrómicos, todos los tipos de síndromes que estaban abandonados porque no quería saber nadie nada de esto. Y luego estaba la atención a la adolescencia, porque ahora tenemos otro problema en este

### VI. Anexo 3. Transcripción Literal

país, por lo menos en Madrid: los niños solo se ven hasta los 14 años en los centros de atención primaria. A partir de los 14 años hasta los 18 o los 19, pasan al médico de familia. Y esto es una patología que en Madrid ha crecido una barbaridad y, sobre todo, con esto del confinamiento, ha aumentado más el abuso, la violencia filio parental, los suicidios, la drogadicción y luego, sobre todo, la patología cibernética, que era una nueva patología que estábamos viendo, y que el 33 % de las consultas pediátricas que veíamos eran patologías cibernéticas, es decir, *bullying*, *ciberbullying*, acoso escolar... O sea, problemáticas que no se contemplan, eso no existe, porque no se estudia. Además, en los libros de texto, cuando yo estudié la carrera, del maltrato eran 20 líneas, no había más, no se estudiaba nada. Entonces, eso había que tomarlo, ¿no?

Pues toda esa patología social y luego el seguimiento, porque el problema de estos niños hay que seguirlo. No es una cuestión de que tú lo has visto, le has hecho las exploraciones complementarias pertinentes, has hecho un diagnóstico, un tratamiento y adiós. No, no, porque luego venían los problemas de las distocias familiares, porque entendíamos ahí problemas de familia. Las familias nucleares apenas existen ya. Hay familias de hecho, de desecho, de techo, del hecho, pero no tenemos... Ya ha cambiado. Yo tengo familias monomarentales, monoparentales, homoparentales, familias reconstituidas... O sea, ha cambiado. Y ahora tengo un problema en la consulta de los niños trans, que no los quiere nadie. Claro, los padres te cuentan unas problemáticas... "Porque este niño tal, que no quiere saber nada...". Además, yo ahora he puesto unas normas de que lo siguiente: a los niños en las consultas no se les debe llamar por el nombre. Se me queda así la enfermera y dice: "¿Cómo que no lo nombre?". No, porque el otro día, en mi consulta privada, me vino un niño a la consulta y le dice la secretaria: "Hale, que te va a ver don Jesús, Juan". Y dice: "No soy Juan, soy Juanita". Y la otra, que es de la derecha extraparlamentaria, le dice: "¿Pero tú qué dices? Si eres un tío". Digo: "Venga usted para acá. Cállese la boca". Y el niño venía con sus pantaloncitos, pero con una faldita. Entonces, claro, esto hay que cambiar. Es decir, ¿por qué digo que hay que poner apellidos? Porque a ese niño le estamos ya generando un problema que se llama maltrato institucional como médico. Estamos ya haciendo las cosas mal. Entonces, ¿por qué tenemos que cambiar? Porque hay estas cosas. Tenemos que adaptarnos a una nueva situación vivencial. Podemos estar de acuerdo o en desacuerdo, pero somos profesionales de la salud. Profesionales que, lógicamente, de estas sociopatías que decía Oriol, debemos nosotros intervenir y esto es lo que tenemos que.... Bueno, pues esas debilidades, la falta de reconocimiento orgánico de la institución, de la propia institución. "Bah, pediatría social. Porque Jesús es un coñazo y siempre está aquí dándonos la guerra". Pues coño, pues seguiré dando el coñazo y mira que estoy como adulto mayor, ¿me entiendes?

Entonces, evidentemente, creo que hay que hacerlo así y tenemos que estimular a las nuevas generaciones para que hagan lo que, bueno, lo que duremos nosotros para poder transmitirles nuestras andaduras y nuestras experiencias. O sea, fijaros esto: las unidades que hay en Madrid, y aquí está Antonio, hay la unidad nuestra de pediatría social, está la de Getafe, que estaba Bárbara Rubio Gribble, nada más, y luego está La Paz, que había una chica pero ahora ya no está porque se marchó y resulta que Antonio que lleva la unidad de la Fundación Alcorcón de Madrid está tres días allí y un día en La Paz. ¿Pero qué cachondeo es este? ¿Pero cómo se puede alternar? ¿Pero esta heterogeneidad? No hay perspectivas

### VI. Anexo 3. Transcripción Literal

institucionales para luchar. Por eso son unas debilidades que tenemos. Ausencia de objetivos generales por parte de las instituciones, que nos cuesta un huevo hablar con... Bueno, hablando ya a nivel local de gerencia, ahora que se ha multiplicado. Hay más coroneles que soldados. Ahora tenemos gerente, director médico, director asistencial de primera línea, directora de enfermería, subdirector de enfermería, subdirector de gerencia, subdirector... La madre que lo parió. Vas a hablar y no sabes con quién vas a hablar. ¿Qué interlocutores hay? Todo eso genera una pérdida de tiempo ante los problemas que a nosotros nos interesa solucionar. Pues esto es una panorámica.

¿Cuáles son nuestras fortalezas? Que ya está consolidada en el tiempo, ya no la pueden echar abajo, porque ahora hemos aumentado y hemos creado... Este servicio no es de pediatras. Tiene que haber dos o tres pediatras, un trabajador social, un psicólogo... Pero no un psicólogo que esté en Psiquiatría, sino un psicólogo que esté allí, no que la mandes a Psicología y el que le toque le ha tocado y dice que no quiere saber nada, que lo pasa al jefe o a la jefa. Y un educador social. Este tipo de equipo debe ser el que coordine todas las actividades de la unidad. La participación que tenemos en las actividades asistenciales y docentes y, sobre todo, la calidad que perciben los pacientes y familiares. O sea, es importante. ¿Por qué? Porque el problema de esta sociedad que tenemos que saber y conocer y que lo conocéis todos, los valores actuales, o sea, los vicios actuales que tenemos es el posesionismo, el apresuramiento por todo, la info saturación que hay en todo y los espejismos que se tienen de las cosas, el sexismo exagerado, el nihilismo, el igualitarismo... Ahora los niños son amigos de sus padres. ¿Pero qué coño es eso? La igualdad, la democracia que existe en las familias. Cuidado: yo no soy amigo de mis hijos, yo soy su padre. Perdonad, no mezclamos las churras con las merinas. No hay normas, no hay límites, el niño... No se valora el esfuerzo. Ahora ya sabéis que la nueva ley pueden pasar a estudiar el instituto suspendiendo dos o tres, o sea, no hace falta que acaben en la ESO. Yo me acuerdo en mi carrera, y vosotros, de nuestra edad, había tíos que tenían asignaturas de tercero, cuarto, quinto y estaban en sexto y tenían no sé que una cadena de... Pero esto aquí ya se acabó, pero no, pues ahora volvemos a todo esto.

Pues, en esa situación, ¿qué es lo que nosotros estamos haciendo y lo que debemos hacer? Crear agentes promotores de salud, que esto no existe. Y entonces, estamos haciendo un curso donde metemos al personal del centro educativo, a profesionales de la comunicación para que sepan comunicar, porque la forma de comunicar los periodistas es terrible. Hay dos efectos que se llaman el efecto Papageno y el efecto Werther. Esto viene de la ópera, de Werther, y que había un payaso que se quería suicidar, pero según se fue controlando quién informaba, quién le ayudaba, se evitó el suicidio. Pero el efecto Werther es lo contrario: no le ayudó y se suicidó. ¿Qué ocurre con eso? Que depende de cómo tú des la noticia, porque ese amarillismo que hay, resulta que en el caso de un suicidio, esto sucede mucho, aparecen varios suicidios más dependiendo de cómo lo des. O sea, hay que informar, hay que tener a los periodistas ahí: "Mire usted, esta noticia no puede darla usted así, ¿eh?". O sea, yo me acuerdo en la época del diario *Pueblo*, un diario que había en los años 50, decía: "Don Manuel Benítez *El cordobés*, tenía relaciones con su querida". Pero, si era un político, era una compañera profesional. O sea, fijaros la forma de llamar de una manera prostituta de una forma u otra, pero no, y ahora os acordáis que Benítez tuvo años con la que fue su mujer posteriormente, pero bueno, era su compañera. No, pues ya era ese concepto lingüístico de transformación en la información es

### VI. Anexo 3. Transcripción Literal

peligrosa. Bueno, pues esta formación de agentes promotores de salud deberíamos hacerlo, sobre todo en los barrios, y nosotros sí hemos hecho un programa para explicarles lo que era el concepto de salud y de enfermedad, el autocuidado, la educación para la salud, los modelos de asistencia sanitaria que hay, salud y medio ambiente, que no se habla nada el medio ambiente, la planificación y el uso racional de bienes y servicios. ¿Por qué hago esto? Porque yo he tenido un niño que me llegó 54 veces a la consulta. Y eso era un Munchausen. 54 veces y, además, de una manera heterogénea, se iba por diferentes... Cuando veía que yo ya dudaba de esto, se iba medicina privada, a otro hospital y así, en una ciudad como Madrid que hay 50 hospitales privados y públicos, al final, 54.

¿Dónde está el problema? Bien lo dijo antes Xavier: el problema que tienen los niños que tienen estos problemas es tener padres, dejémonos de historias. Es que esa historia no está, no existe. Hay una historia clínica, pero no hay una historia social y eso es lo que tenemos que hacer, poner historias sociales en la formación de los residentes y que esto es lo que hay que preguntar. Hay que preguntar si sus padres son drogodependientes, si están en el paro, en qué situación económica están, en qué barrio viven, si hay problemáticas familiares, si hay indicadores de violencia infantil, si hay enfermedades crónicas, que a veces tienen muchos niños enfermedades crónicas y son incapaces de educar y de intervenir con estos niños. La vivienda, si es deficiente o no, si tiene los recursos o no. Eso no se hace, eso es una historia social que hay que hacer, que hay que preguntar. Se hace lo de siempre: antecedentes familiares, antecedentes personales, embarazo, no sé qué, y se ha acabado. Y luego, el incremento que tenemos que trabajar como pediatras sociales del embarazo en adolescentes. Somos el segundo país de Europa en embarazo de adolescentes. ¡Esto es terrible! En Madrid, las primeras relaciones sexuales están entre 13 y 16 años. Dejémonos de historias, es que no existe educación sexual en los colegios, para nada. Bueno, pues esto y crear servicios de atención al niño. ¿Por qué sí hay un teléfono para la mujer maltratada y no hay un teléfono para la violencia infantil?

Ahora, pero eso es de la Fundación ANAR. Yo estoy hablando un teléfono oficial. La Fundación ANAR no la conocen todos los padres.

En Andalucía, sí.

Buenos, en Andalucía. Yo estoy hablando en general, Ana. Y, sobre todo, ¿quién protege a los niños a partir de los 18 años que salen de los centros de acogida? ¿Quién interviene con eso? Que son caldo de cultivo para la violencia, para la drogadicción, para todo. Salen de los centros de acogida a los 18 años, no se han hecho educar, no se les ha educado ni se les ha becado para tener un oficio o un estudio, porque habrá gente que tenga capacidades para poder estudiar. Pues no, a la calle. ¿Por qué digo esto? Yo, como director de la ONG Mensajeros de la Paz, tenemos 37 chavales que salieron de centros de acogida a los 18 años que no sabemos qué hacer. Estoy dando la guerra para que a través de la Dirección General de Salud y la Dirección General de Servicios Sociales se pueda becar a estos chicos. O formación profesional, si no digo que tengan que ser ingenieros o médicos. Coño, que sean electricistas, que no hay electricistas, que sean carpinteros, que tampoco los hay, o camioneros, que ahora está de moda que no hay camioneros. Pues no, no hay dinero. ¿Y entonces qué hacemos con estos? Pues qué vamos a hacer, en la calle.

### VI. Anexo 3. Transcripción Literal

¿Qué podemos hacer, darles desayuno, comida y cena? ¿Y qué? Pero en la calle están. Y luego intercambian las medicinas que les damos como médico cuando tienen un catarro por droga a los otros compañeros. Esto no existe. Y luego, facilitar la adopción de niños y niñas. Ahora está cerrado, pero coño. Y, sobre todo, lo que decía yo antes: trabajar con aquellos compañeros como Manolo, de la AIEPI, para que estos niños con los que hacemos cooperación internacional podamos tratarlos como es adecuado y con protocolos adecuados. Pues nada.

Luego, otra cosa que estamos promoviendo, intentando hablar. Todo esto es hablarlo, ¿eh? Lo que pasa es que, claro, esto muchas veces hablas y los políticos actúan a nivel diencefálico, o sea, da igual, tienen la corteza anulada y entonces te dicen que sí. Son estereotipos muy típicos, ¿no? Dije: "Bueno, ¿por qué no hacemos Consejos Municipales de participación infantil?". Eso sí, de vez en cuando, el día de las Declaración de los Derechos del Niño, los niños van allí, hacen allí en el Congreso de los Diputados una parodia y se ha acabado la historia. Los niños no participan en nada. Tonucci eso lo ha estudiado mucho y lo ha desarrollado.

La comisión de infancia en los parlamentos autonómicos: ¿Existe alguna comisión de infancia en los parlamentos autonómicos? ¿Hay algún parlamento autonómico que tenga una comisión de infancia? No.

Y actualizar las leyes autonómicas, que los derechos de los niños estén bien actualizados y, sobre todo, crear... Esto es lo que más nos preocupa, porque hablar con el Consejo General del Poder Judicial es tremendo. Yo les he dicho: la creación de juzgados especiales para la violencia en infancia y adolescencia. Porque claro, cuando te vas de de perito a esto, es que te quedas alucinado, es que es terrible. Es un problemón que tenemos. En vez de generarnos anticuerpos unos profesionales contra nosotros, tenemos que trabajar en equipo con la policía, con los psicólogos, con los forenses, todos trabajando en equipo, con jueces, fiscales. Es que es una manera de que ese niño tenga un bienestar biopsicosocial que debemos perseguir, ¿no?

Y luego, la colaboración que decía antes, no sé si era Ignacio o Xavier, con la LAPE. La LAPE es la AEP latinoamericana, pero que incluye Brasil, Italia y Portugal, o sea, que es muchísimo más, y tenemos que trabajar con ellos. Yo trabajo mucho con ellos y es impresionante la parte social. Este que lo ha invitado Ana, el de Colombia, el presidente de la pediatría social, que es una persona que tiene una gran influencia en esos temas. Es importante trabajar con ellos.

El posgrado que hicimos, Jordi Pou, que me encargó de pediatría social en la Universidad Autónoma de Barcelona. Y la pregunta es: estuvimos dos años Antonio y yo, ¿y ahora qué pasa con eso? ¿Qué ha ocurrido? No sabemos nada más después de haber sido los que iniciamos ese programa. Ahí se quedó, no sabemos nada, no sabemos absolutamente nada. Pero, lógicamente, tenemos que trabajar de esta manera tan coequipada porque ha salido la famosa Ley de Protección Integral a la Infancia, exactamente el 8 de junio del 2021 y, entre otras cosas, y no quiero ser exhaustivo y pesado, hay dos temas que a mí me preocupan, que yo trato de negociar con la Consejería y que seguiremos dando el coñazo. Se ha creado el llamado coordinador de bienestar, que es una figura que tiene que estar en los colegios

### VI. Anexo 3. Transcripción Literal

para prevenir todos los problemas que hay en el colegio de violencia: acoso, *bullying*, *ciberbullying*... Pues no está, nadie sabe todavía. Se han dado seis meses, pues esperemos que se implemente porque no solo es una ley local, es una ley nacional. Y luego, la otra figura, que es un delegado de protección en el deporte, porque claro, estamos hartos de que salgan en el deporte niños abusados por sus entrenadores, por sus *coaching*... Pues, demonios, pongamos a una persona.

Pero no es poner una persona, sino poner a esa persona que sepa cuáles son los factores de riesgo que tienen que tener esos niños que puedan ser susceptibles de maltrato. Eso es lo que tenemos que hacer implementar, y si no lo hacemos nosotros, los que estamos en estos temas, mal asunto. Creemos que tenemos que ser como una estalactita, porque nuestros políticos es como una estalagmita, o sea, que hay que llegar a perforarlo, de tal manera que no podemos, como le comentaba ayer a Xavier que decía mi abuelo: "Mira, Jesúsín, en esta vida hay que insistir, hay que persistir, hay que resistir y nunca de desistir". Eso es lo aprendido de mi abuelo y eso lo transmito. Nada más. Muchas gracias.

#### **Oriol Vall Combelles**

Bueno, muchas gracias. Yo no voy a dar las gracias. Me voy a dar las gracias a mí mismo por tener la suerte de estar con todos vosotros que veis que además tenéis esta parte pedagógica tan interesante que, a su vez, la edad también permite aprender siempre.

Y yo voy a tratar un poquito de deciros que yo no fui a buscar la pediatría social. Me la encontré haciendo de médico normal, pediatra, y me la fui encontrando en distintos lugares donde he trabajado y, además, también en distintos cargos que he tenido.

El primero de todo fue el doctor... Yo me formé en el Clínico y, más tarde, la especialidad la hice en el Valle de Hebrón. Con el doctor Ballabriga un día, cuando ya acabé la residencia, me dijo: "Usted ya es adjunto y tiene que irse a París a hacer oncología pediátrica, pero he conocido hace poco a un señor que se llama Lennar Keller, que es sueco y que trabaja en pediatría social y queremos saber algo de todo esto. Aprovechando que está usted allí, a ver si lo puede conocer". Es un señor que está en Suecia, pero en fin. Bueno, pues me fui con este interrogante, con un cierto mandato. Hasta el punto de que hice mi medio año en París y llegué a conocer a Lennar Keller, que era entonces también, digamos, el joven de aquellos grandes papas, los primeros espadas de la pediatría social, los primeros que pensaron en esto: Manciaux, Debré y, aquí, Carlos García Caballero, más tarde, Ignacio... Yo pienso que es un grupo de personas que empezaron a pensar cosas difícilísimas, porque desde la pediatría no se puede pensar eso. Tienen que ser personas muy elegidas en ese sentido. ¿Qué quiero decir? Que, generalmente, nosotros lo que hacemos es diagnosticar a un niño y, secundariamente, vemos qué enfermedad tiene. Pero resulta que el que es pediatra social lo que hace es que viene una serie de síntomas, llegan síntomas sociales y, a través de eso, tenemos que definir qué tipo de sociedad hay. Por tanto, curiosamente, una cosa va de dentro a fuera, que es el "pediatra normal", y otra cosa es lo que va de fuera a dentro. Claro, no casan estas cosas, porque de fuera a dentro quiere decir que nos llegan niños para la adopción, problemas de tratas y demás. Y claro, el estudiante, me imagino yo, que se ha educado en una facultad, que no ha visto nunca eso porque nos falta esta cultura pediátrica, cultura

### VI. Anexo 3. Transcripción Literal

médica. El médico cada vez es más profesional, más especialista, yo lo llamo más vertical, y necesitamos una cierta horizontalidad. Todo aquello, poder horizontalizarlo y enmarcarlo en algo más, que significa que este niño tiene... Hemos nacido en una época histórica, en un país determinado, con un nivel económico de nuestras familias, en fin, de todas esas cosas no se estudia ninguna. Pero, curiosamente, esta beca me la repitieron, me la volvieron a dar, la segunda parte de la beca, y aterricé en Londres. Entonces, St Bartholomew's Hospital, que es un hospital que está muy lejos del centro de Londres, que está precisamente en las afueras y observé que, claro, había todo tipo de inmigración. ¿Y esta inmigración qué daba? Pues daba que una nigeriana se casase con un ucraniano. Claro, todo eso no pasa nada o puede pasar, o pueden pasar más cosas, y todo eso implicaba que era un hospital muy social.

Mi profesor, el profesor Wood, con el cual yo tengo aquí muchísimas anécdotas de la pata que metí tantas veces confundiendo, a lo mejor, pues "tos" con "café", que todos son *coughing* o *coffee*, pues de estas cosas os puedo dar muchísimas anécdotas. Una vez a la semana se iba siempre a un lugar que podríamos decir de puericultura, de primera línea, y ¿qué había allí? Había, sencillamente, enfermeras que lo que hacían a los niños en términos de puericultura, aparte de darles lecciones, de darles cursos, les hacían cinco cosas: el pondo estatural, los medían, el psicomotor, a ver cómo hacían las cosas, nutrición, higiene y vacunaciones. Pondo estatural, psicomotor, nutrición, higiene y vacunaciones. Yo se lo digo a nuestros alumnos: "Tienes que saber cinco cosas. Siempre hay que preguntar cinco cosas, ya no de lo más primario y tal". Cuánto mide, también psicomotor. ¿Va bien el niño? ¿Qué nutrición tiene? Pues tenéis que saberlo. Qué higiene tiene, que dicen muchas cosas unos pañales. Y, además, qué vacunaciones tiene, qué calendario de vacunaciones. Mi profesor hacía, además, una consulta, cuando acababa esas, que le consultaban todos los niños que tenían conflictos, que no estaban vacunados, etcétera, que se llamaban "*children with special needs*", niños con necesidades especiales. Por tanto, un niño con problemas de cualquier patología, cualquier síndrome raro, cualquier cosa que vean en la familia. Pasaba él para que, de alguna manera, lo diagnosticase bien. Fue la primera vez que vi que había dos pediatrias, que aquí hemos hecho dos pediatrias: la pediatría hospitalaria, la pediatría de primaria. Yo siempre he sido más hospitalario, pero cuando cojo personas realmente recién salidas de la especialidad y les digo: "Hacedme guardias o lo que sea y tal y además, durante tres meses, os vigilaremos" y cosas de ese tipo. A los seis meses de haber hecho primaria, ya difícilmente pasan otra vez al hospital. Ya tienen más miedo, tienen urgencias y estas cosas, ¿no? Y, por supuesto, el de hospital, pasar a primaria, tampoco, si no es una persona que hace privada, que esto es distinto, ¿no? Por tanto, hay dos pediatrias. En ese caso, se unían, de alguna forma muy primaria, (estoy hablando del año 74, que no lo había dicho) y, por tanto, veía que de alguna forma había un profesor universitario, que era el profesor Wood, que se iba a hacer... (inaudible) Esta fue mi primera sorpresa y me hizo decir: "Hombre, pues esto hay que hacerlo". Luego vi que el estudiante, durante la carrera y sobre todo la especialidad, tenía muchas más horas de formación, yo diría, humanitaria, que sería pediatría social. Lo tenían mucho más que los que tenemos aquí. Yo, que estaba a cargo de toda la asignatura de pediatría y tenía mis profesores asociados y esas cosas, tenía 60 horas. 60 horas para hacer toda la pediatría. Claro, una de dos: yo esto no encaja como un corsé, sino que lo que tengo que hacer es... ¿Qué hay que dar a un estudiante de carrera no especialista? Bueno, pues casualmente un día estuve en Canadá y vi cuál era el tomo que daban, y era una cosa muy sencilla, muy clara, muy evidente, y esto se le daba a los estudiantes de carrera. Y los estudiantes de especialidad, ya esto era otro tema. ¿Qué quiero decir con todo esto? Bueno, que fui viendo que aquí teníamos unos ciertos déficits de lo que se comunicaba a las personas.



### VI. Anexo 3. Transcripción Literal

Otro lugar donde estuve y que también tuve mucho contacto con la pediatría social fue en Mallorca. Yo estuve cinco años en Mallorca, en el antiguo Son Dureta, que ahora es Son Espases, creo, pero a Son Dureta le tenía mucho cariño porque era un hospital estupendo que era la ciudad sanitaria, que veías el mar todo el día por todas partes. En Son Dureta, que estuve del 77 al 82, creamos una cosa que se llamaba el COS, el Centro de Orientación Sanitaria. Podía haber traído los periódicos porque, además, hubo periódicos y tal. ¿Qué quería decir el COS? El COS era, sencillamente, un organismo que, más allá del hospital y la primaria, se metía en los pueblos, iba a saber, a través de los ayuntamientos de los pueblos, qué déficits teníamos de salud, qué preguntaba a las personas, qué se hablaba allí. Entonces, hacíamos cursos o cursillos en función de lo que íbamos haciendo. Allí había una persona que quería y quiero comentar que se llama Juan March que no era el millonario Juan March, pero era, digamos, de la familia pobre de los Juan March, y este era una persona que esto lo facilitó todo. Era el farmacéutico, pero era sobre todo una persona muy implicada en todo lo que significaba información sanitaria. Fruto de eso, en aquel momento recordáis que empezaban las autonomías y el presidente, el ministro, el secretario, el consejero de Sanidad era un tío estupendo que llegó a ser el presidente del Parlamento español. Ahora tengo un problema que es que, a veces, se me van los nombres y, como soy mayor, tengo que esperarme media hora hasta que sale. Como no tenemos tiempo, lo que vamos a hacer es seguir. Y este me dijo: "Tenéis que hacer un libro para ese tema". Hicimos un libro para ese tema que se llamó *Creciendo juntos*. Dos cosas muy claras de este libro: en aquel momento, Cristina Almeida hizo en Madrid una aportación sobre... Un libro sobre la educación que le llamaron rápidamente "el libro rojo del cole". ¿Os acordáis los más mayores de eso? ¿Nadie se acuerda de eso? ¿Te acuerdas de esto? Yo también. Sí, sí, esto es la edad. "El libro rojo del cole". Bueno, pues este libro que nosotros ya nos metimos con el género, es decir, no era la mamá la que hacía de tal. Era un libro de puericultura, al fin y al cabo. *Creciendo juntos* con la familia, el padre también lo hacía, a veces había dos mamás, en fin, ya la cosa estaba tal. Rápidamente fue catalogado de "El libro rojo de la sanidad".

Todo esto lo financió el Ayuntamiento de Palma, y ese es muy bueno, porque un día dijo el alcalde: "Vamos a hacer el *vernissage* y darlo a conocer a la prensa". Curiosamente, de la prensa vinieron todos. Sabéis que, generalmente, no sé si sigue así, hay tres periódicos. Un periódico muy derechas que se llama *Baleares*, el periódico, digamos, de centro que es el *Diario de Mallorca* y después está el *Última Hora* que es... Bueno, en fin, vinieron todos y resulta que debió venir un chico del *Baleares*: "Vete allí que no sé qué hay". Entonces, resulta que acabó y el libro se llama *Creciendo juntos* y entonces, el periodista del *Baleares*, que yo lo conocí, un señor obeso de estos de edad, debió de llamar y entonces llamó a su tal y dijo: "¿Qué han hecho? No te oigo. ¿Qué han hecho? *Creciendo juntos*, vale, vale". Y salió en la prensa, que guardo, *300 puntos*. En vez de *Creciendo juntos*, *300 puntos* y así salió a la prensa y así quedó reflejado para las hemerotecas. Bien, la tercera cosa sobre este libro es que años más tarde, Jesús de Miguel, que fue un sociólogo que tú también debes de acordarte; Amando de Miguel, que era el hermano mayor y Jesús de Miguel. Hizo un libro que se llama, también lo tengo aquí, *Amorosa dictadura*. Sí, señor, un punto para él. *Amorosa dictadura*, que es muy bien porque hay un bebé allí y tal y son estudios de todos los libros de puericultura de toda España y se los cargó a todos menos dos, y este no se lo cargó. Lo cual lo digo porque, bueno, de alguna manera era mucho más sencillo, pero también es verdad que, bueno, quizás decía algo más, ¿no? Así, sin pretender nada más, ¿eh? Con toda la modestia del mundo. Finalmente, en Mallorca, el propio el consejero de Sanidad me dijo: "Oriol, hombre, es que ahora estamos... Fíjate, en Cataluña

## VI. Anexo 3. Transcripción Literal

lo que hacéis, estáis haciendo planes sanitarios, los planes sanitarios...". Era la época del plan sanitario. Bueno, estamos hablando unos días y le dije: "¿Sabes qué? Vamos a hacer el plan sanitario de Mallorca". Hicimos el plan sanitario de Mallorca. Yo hice la tesis doctoral con el plan sanitario de Mallorca. El señor Castillo, excelente gerente del San Juan de Dios, que lo vi un día y me dijo: "Sí, sí, me acuerdo porque fue publicado". Y es otro libro que fue publicado en catalán, pero que fue en Mallorca. Hay algo que hicieron, y muchas cosas que no, pero bueno, esto fue en Mallorca. Por tanto, ¿qué significa esto? Que la necesidad de pediatría social quizá en este momento también era como una especie de ameba que echaba una pata allí también para el tema de planificación sanitaria, ¿no? Pero, sobre todo, en la parte del libro.

Y de allí salté a Mataró, que después de cinco años en Mallorca, estuve nueve Mataró. Era un hospital. No el de ahora, el antiguo, que es un hospital muy interesante. No sé si lo veréis aquí, es un hospital que es como un hospital tropical, con todo de palmeras dentro, con una especie de... Un hospital, pues, en fin, con mucha gracia, ¿no? Y allí yo me encontré que había venido la inmigración, había llegado la inmigración. Cantidad de gente de África para las flores del Maresme. Entonces, todas estas personas llegaron y ¿qué hacíamos con ellos? Porque entonces ya había cosas que no se habían visto tanto: queloides, había, por ejemplo, qué más... Había los queloides, había cosas que además tenían que ver con evolución, es decir, había mujeres con esteatopigia, que es muy evolutivo. Bueno, pues eso se tuvo que saber un poquito pues que no eran problemas. Había los cortes en el cuerpo. El cuerpo dice muchas cosas, dice muchas cosas la piel. Se puede decir si estás si estás circuncidado o no, si resulta que te han cortado un dedo, porque resulta que eres de una secta y te han cortado un dedo, si tienes muchas cosas. Y hay una serie de cortecitos a veces que, muchas veces, en lugares sobre todo africanos, cuando te rascas mucho, para curarte, entre comillas, te hacen una serie de cortes. Que dices: "¿Y este qué síndrome será? Voy a decir al jefe que síndrome será". Esto no es ningún síndrome. Esto es una cosa que hay que saber. Bueno, pues sea por enfermedad, sea por cultura o hábitos, tuvimos que aprender estas cosas. Inauguramos un dispensario de la inmigración. Rápido tuvimos que cambiar el nombre porque entonces quedaba que todos los que iban allí eran inmigrantes. Entonces, un día a la semana cogimos y que hiciese un (inaudible) para estas personas. E hicimos un libro también, un libro que se llama *Puericultura y evolución* porque se integraba aquí también parte de todas esas cosas evolutivas. La evolución siempre ha estado muy presente en mí, estos temas evolutivos. Saber, por ejemplo, explicar por qué tenemos apéndice, saber explicar por qué tal, ¿no? Y saber explicar por qué hay niños que no tienen úvula, pues que hay niños que no tienen úvulas porque en ciertos países africanos se les corta la úvula cuando tienen problemas, a veces, de garganta. Todas esas cosas junto a evolución, las mezclas y esas cosas, a mí me era interesante y se plasmó un poco en el libro *Puericultura y evolución*.

Y de allí salté al Hospital del Mar, y en el Hospital del Mar tuve la suerte de encontrar gente fantástica. Por ejemplo, Martínez Roig y, bueno, me llevé allí también a Óscar García, también a Pablo... En fin, una serie de personas validísimas. Y aquí tuve suerte también que un día me telefona un amigo que es abogado, que es juez, y me dice: "Tenemos la Escuela Judicial de toda España en Cataluña". En las conversaciones, lo que se llamó siempre "las conversaciones del Majestic" entre el señor Pujol y el señor Aznar, el señor Pujol le sacó al señor Aznar la Escuela Judicial, que está muy escondida, no se ve muy bien, en el Tibidabo. Los que están allí no es que sean estudiantes a jueces, son jueces. Y allí me pusieron a, bueno, pues tenía unas clases. Durante algunos años he dado algunas clases allí. Y las clases, básicamente, lo que querían

### VI. Anexo 3. Transcripción Literal

sobre todo era maltrato y cosas de estas de los niños y tal. Era muy gracioso porque son gente muy joven, majísimos, gente que ha estado años encerrado en una habitación y, a veces, lo digo con todo respeto, pues poca vida, ¿no? Y entonces aquello que dicen: “Sí, por favor, señorita, adelante”. Esto al alumno: “Señorita, por favor, adelante”, le decía yo. Entonces él decía: “Pero eso que usted dice no sale el Código Penal. Entonces, yo le decía: “Sí, no sale, seguro, porque la vida no entra, no cabe en el Código Penal. En un momento dado usted tendrá que tomar decisiones, seguramente, por alguna serie de síntomas colaterales y tal”. Bueno, estas cosas son muy interesantes. Quiere decir: hay que enseñar a los jueces, hay que enseñar a los deportistas. Fíjate, lo tenía aquí. Hay que enseñar también a los jueces, a los deportistas, a los padres, a los colegios, o sea, aquí hay que montar cursos para todo eso y, sobre todo, hay que seguir la educación de la carrera de Medicina. No tanto de quitar una cosa con otra. Saber que hay programas que estas cosas las consideran en otros países. Se hizo la parte internacional de salud, medicina tropical, salud internacional, también a través de la Autónoma se montó con el profesor Vadar, si os acordáis de Vadar, era un señor que era un profesor fantástico, que había estado muchos años de su vida en Ghana y que fue profesor titular, y es una persona ya mayor. Este montó la medicina tropical y salud y bueno, me llamó, con un grupo de gente y tal. Y ya estando en El Mar, recordaros que el Hospital del Mar es un hospital estupendo porque está siempre en la parte baja de Barcelona y, por tanto, tiene por un lado, tiene Ciutat Bella, antes llamado Barrio Chino. No queremos llamarlo Barrio Chino, Ciutat Bella. Hay otra parte que es todo lo que se llama la Villa Olímpica, otra parte que son de adictos, una parte que hay mucho adicto, en la Barceloneta hay bastantes. Y después, al final, están los gitanitos de La Mina. Todo esto son nuestros clientes y entonces tienes que saber que los niños de los gitanitos muchas veces son más gordos que los demás porque son... En fin, hay muchos matices. Y, curiosamente, había un periodista de los pakistaníes que cada semana publicaba un periódico, un semanario, y entonces nos aliamos con él y dijimos: “Aquí va a salir tal”. También quería decirnos que no lo veis, pero era curioso porque... Este era el periódico, todo en urdú. Claro, no sabíamos nunca si le decías cosas, si todo era lo que realmente le decías. Curiosamente, no sé si tuvimos suerte o desgracia, antes de poder colaborar con él desapareció porque mataron a la primera ministra, ¿os acordáis? También pakistaní, que se llamaba Benazir Bhutto. A la señora Bhutto la mataron en pleno tal, y entonces este se fue. Dejó el periódico y no sé si volvió después. No llegamos a publicar aquí, pero era un proyecto interesante.

Y después tenéis también una cosa que, por ejemplo, había mucho tema, a veces incluso en el grupo nuestro, que era que se llevó un tema a bioética, al grupo de bioética y ¿qué pasó? Que pensé que había muchas personas árabes que muchos hacían la circuncisión, y que el cirujano infantil hiciese las circuncisiones, porque esto lo harían de otra manera, la circuncisión en niños. Entonces, fue al Consejo de Bioética y se dijo que no, que esto no era una enfermedad y que estas cosas no. Y, encima, era un coste para el hospital. Claro, eso luego se desvió por otra parte. Una persona, la doctora Puig, que le dije: “Tienes que hacer una revisión de esto. ¿Qué pasa con los judíos? ¿Qué pasa con los árabes? Que sepamos cosas de todo esto”. Hice una que salió en las redes de pediatría el año 2003, una revisión, “Review of the evidence”, que salió allí, ¿no? Y también me dijeron: “Hombre, tú que te has implicado en esto de la inmigración, ¿qué nos cuesta?”. Bueno, como responsable del servicio en aquel momento, hicimos un estudio que se llama “El impacto en los costes de la inmigración”, sobre todo en las visitas emergentes en Urgencias. Por tanto, también esto fue publicado en *BMC*. Bueno y de allí sigo en El Mar. Un día vi a dos jefes de servicio, al director, una persona de Urgencias que decía: “¡No se quiere desnudar! ¡No se quiere desnudar!”. ¿Quién no se quiere desnudar? Una niña de 12 años árabe

## VI. Anexo 3. Transcripción Literal

que no se quería aquello típico: “Estírate y quítele tal”, ¿no? Venía con el padre, que el padre le quitase... Y la niña dijo que no se quería desnudar, entonces, el de Urgencias pasó a su jefe de servicio. “¿Cómo que no se quiere desnudar?”. Del jefe de servicio pasó al director, el director “¿Que no quiere...?” con las manos en jarras... Entonces pensé: “Aquí hay que hacer algo para que sepan que están en un hospital que hay inmigración, que hay hábitos y culturas distintos, que hay formas de tratar a tal, que hay que ser un poco distinto”. Entonces dije: “Voy a hacer un librito que, de alguna forma,... Para los médicos”. Bueno, no me hicieron caso. El libro salió, pero yo pienso que a pocos médicos llegó. El caso es que ha ido bien. Y otra cosa también de allí era curioso: los nombres, ¿cómo se llama la gente? Nombrar a una persona, eso lo sabe muy bien Xavier, nombrar a una persona es, a veces, en otros países, es muy difícil. Hay personas que tienen un nombre de pequeño. Luego, cuando eres adolescente, tienes que cambiar el nombre. Otros resulta que (inaudible) nombre cuando te mueres, otras veces es que esto te lo tiene que poner una persona que no está allí y entonces cambiará. La palabra, por ejemplo, Mohamed que puede ser Mohamed, Muhamud, Muhamí o Móhame, pues esto había como miles de Mohamed. Hoy en día, esto, con los ordenadores, ya se ha mejorado, ¿no? Pero, no obstante, aprovechando este tema pues también hicimos una pequeña aportación sobre los nombres, de dónde salen y no sé qué y qué quiere decir cada uno y tal. No solamente de árabes, sino de árabes y de otros lugares.

Y la última cosa de El Mar es que nos llega un grupo que cada vez viene más al hospital que son de Pakistán Oriental.

¿Alguien sabe qué país es Pakistán Oriental? Bangladesh. Venían de Bangladesh. Bangladesh es un país magnífico, cuando lo ves los mapas es muy interesante porque la parte norte tiene muchas montañas y generalmente mucha sequía y hay poca agua. Y en el sur se ahogan porque está todo el estuario del Ganges y del Brahmaputra y cada año hay grandes inundaciones. Después, la parte alta, como allí faltaba agua, las Naciones Unidas y la OMS les dijo cómo podían obtener agua, y se hizo una serie de catas y al final salió agua. Pues estas aguas se bebieron y tal. Bueno, pues si vais un día a la bibliografía, os podéis sentar en sitios altos como cuando tomas a mediodía las almejas porque... Tienes cosas así de todo lo que significa el desastre que fue esto con el arsénico. Es agua completamente con arsénico, y eso había que tenerlo en cuenta para la gente que venía. Afortunadamente, la gente que vino era de la parte baja y no encontramos arsénico, o muy poco, pero sí que esto nos llevó a que muchas veces hay que adelantarse, hay que saber que el mundo no acaba con la autonomía de al lado, y esto es importante también llevarlo a cabo.

Voy acabando, ¿eh? De ahí estuve algunos años trabajando sustituyendo a la pediatra de El Hierro. Acababa en Barcelona y luego me iba. No me gusta mucho hacer vacaciones así de playa. Viva El Hierro. Es la isla más pequeñita, más metida dentro del Atlántico. Antes allí pasaba el meridiano cero porque es la última cosa, después ya toda Europa, todo tal, viene detrás y esto ya es América, por tanto, era el meridiano cero. En el siglo XVIII ya se cambió a Greenwich.

Y es una isla que tiene mucha gracia porque tiene una parte completamente seca y una parte, con los alisios, completamente verde, con el terciario. Esto dedicado a Rafa. Bueno, ¿qué pasó? Había muchas patologías endogámicas. Había mucha endogamia allí. Había mucha endogamia o, bueno, cierta endogamia, no sabíamos cómo. Sacamos una tesis

### VI. Anexo 3. Transcripción Litera

doctoral sobre la endogamia. Es la segunda del Atlántico. La primera es Tristán de Acuña, una pequeña isla portuguesa que está más al sur. Allí tienen una endogamia muy grande y muchos asmáticos. En El Hierro había una endogamia más alta que el resto de España. No mucho más que lo esperado, pero la había. Y esto se lo hizo Cristina Junyer, una persona también colega. Y otra cosa era curioso: en aquel momento, estábamos todos, las personas que teníamos relaciones con África y estas cosas, estábamos esperando ya las vacunas de la malaria. Y la vacuna de la malaria no llegaba, no llegaba ni ha llegado todavía. Ahora parece, no sé qué y tal. Entonces, sabemos que la OMS dijo: “No os preocupéis, tenemos que evitar la malaria. Damos permiso para que todo mundo realmente ponga DDT en las mosquiteras”. Entonces, al cabo de un año de saber esto, vimos si este DDT llegaba a las madres, sobre todo en Canarias, en este caso, en Tenerife. Vimos que realmente la leche de madre tenía mucho DDT. Y eso fue otra cosa, que también fue una cosa más indirecta, si queréis, que fue publicado en el *PLoS ONE*, todo esto lo podéis hacer en el 18 y tal. Y ya está.

Solamente deciros que nuestra última cosa fue que tenemos niños de adicciones y en niños adoptados. Bueno, pues vosotros sabéis que los adoptados de Rusia son niños muy afectados. Bueno, pues llegamos a tener una cosa que no hemos podido luego explotarla, que es que teníamos los niños de Rusia, que sabíamos que tal, pero no conocíamos las madres, que podía ser prostituta, podía ser una madre alcohólica, podía ser, probablemente, pero era un interrogante este. Pero teníamos los niños aquí.

Y otra parte que teníamos, que habíamos trabajado en esto, que teníamos las madres que sí sabíamos que tomaban alcohol, con los grados determinados, las conocíamos, porque estábamos trabajando precisamente con alcohólico fetal, y entonces aquí sabíamos que las madres lo eran, pero no sabíamos, los bebés, qué sería de su vida. Por tanto, teníamos dos muestras muy buenas, con muchas más muestras además, con mucho número, que se podían cruzar los dos. Esto está allí. De momento no se ha hecho, pero se podría hacer.

Bueno, quería solamente decir que hace pocos días, Tony Waterston, que está en el ISSOP, estimulaba el poder hacer que todo el mundo también tuviese en cuenta estas cosas que es el entorno, el entorno como problema a veces para los niños. Y esto es lo que me pareció que habíamos hecho un poco.

Y, de hecho, quería decir prácticamente casi nada más. Solamente lo último: en una ocasión hubo una reunión en Canadá, concretamente, en Montreal, y hay una persona que se llama Gilles Julien, que tú conoces bien, Luis, que es una persona que hace pediatría social de la comunidad, y yo pienso que es de los pocos casos que sí se podría sacar algo, en el sentido no de copiar nada, que no hay que copiar, pero sí de informarte sobre Gilles Julien. Nada más y muchas gracias.

#### **Juan Gil Arrones**

Bueno, muchas gracias por las cuatro exposiciones que han pasado por un recorrido personal de la infancia que habéis vivido, de la infancia que habéis tratado, y la verdad es que, bueno, pone de manifiesto una vez más que la pediatría se ha basado en la iniciativa de profesionales aislados y de casualidades. La verdad es que hasta ahora el

### VI. Anexo 3. Transcripción Literal

desarrollo ha sido muy espontáneo dependiendo de las circunstancias, por lo menos en España. Algunas veces habéis tenido la oportunidad de salir al extranjero y habéis aprendido y habéis traído cosas, pero ha tenido que coincidir con que tuvierais un jefe inquieto que os lo permitiera o que lo facilitara, o que fuerais jefes y que pudierais hacerlo. Y otras veces habéis dependido de que las circunstancias os lo reclamaran.

Ahora estamos en un momento o un poquito diferente en el que la política se ha metido en la infancia, afortunadamente, y ha creado, ha asumido parte de la organización sanitaria y ha incluido parte de los problemas en lo que se llama en el argot “sus agendas políticas”. Parece que ahora infancia interesa. Y también se ha metido, afortunadamente, en las prioridades legislativas. Es uno de los cambios que veo con respecto a lo que habéis contado de vuestra experiencia, ¿no? Ahora mismo estamos en un momento en el que la legislación obliga. Antes obligaba al catedrático, antes escribían los libros los catedráticos, los libros de medicina, los libros de pediatría, se escribían en las cátedras, y ahora se hacen protocolos en los parlamentos y en las instituciones: instituciones de protección, instituciones de justicia, de educación y de salud. Se hacen protocolos más o menos profesionalizados. En ese sentido ha cambiado la base de la información, el origen de cuál es nuestro papel. Claro, hasta cierto punto, no tiene un formato, digamos, académico, pero sí tiene un fundamento académico que los políticos y los responsables de las instituciones utilizarán en la medida en que puedan o les convenga. Entonces, en ese sentido, yo creo que el pediatra tiene que trabajar con los nuevos elementos que le dan para trabajar, que son protocolos y que son leyes, leyes que nos obligan y leyes que nos facilitan el trabajo. Pero el pediatra no puede trabajar, ni ningún otro profesional, con los protocolos y con las leyes si sus jefes, si sus directores, si sus gerentes no lo consideran que está dentro de la cartera de servicio y que está dentro de los objetivos del centro. Quiere decir: hay una responsabilidad profesional inevitable, indiscutible, pero hay una responsabilidad institucional que o facilita o coarta. Entonces, ayer estaba hablando precisamente con Tonucci y hablábamos de esto, de que las leyes no resuelven los problemas, sino que los problemas los resolvemos con las leyes, utilizando las leyes, y hay que unificar por una parte lo que está legislado con la estructura organizativa de las instituciones de salud, de educación, de justicia y de protección. ¿Y el papel del profesional aquí? Muchas veces, hemos sido el motor de la maquinaria entera, del sistema entero, ¿no? Y eso quema. Quema al profesional, aísla al profesional, te da muchas satisfacciones, te da muchas satisfacciones personales, pero haces una medicina muy voluntarista, haces una atención o un trabajo muy voluntarista. Y cuando se jubila uno, como decía Ignacio antes, pues se acaba la Unidad y se acaba el equipo y muchas veces la Unidad es uno. Después del cero viene la unidad. Y claro, como no está estructurado en la estructura, como no está considerado parte de la estructura la atención integral a los problemas de la infancia y a su entorno, y también el favorecimiento, no solamente de los problemas, sino el favorecimiento de los derechos que tienen esas personas a las que estamos tratando y nuestra profesión nos lleva a tratarlas, pues resulta que nos quedamos un poco frustrados, y la frustración del profesional se nota. Y los profesionales jóvenes que se incorporan ahora, se encuentran ante un mundo, ante un espacio en el que no tienen nada claro que tengan que luchar en una guerra personal para sacar un tema que le parece lógico, interesante y necesario, pero claro, hacerlo de forma personal le va a costar un coste personal muy elevado, ¿no? Y entonces no hay por qué pedirles a los profesionales que sean héroes, sino simplemente que sean profesionales. Y aquí, para conseguir esto, la primera conclusión es que nos tenemos que organizar. Si los pediatras, los profesionales, no nos organizamos, no

## VI. Anexo 3. Transcripción Literal

podemos ser interlocutores frente a las instituciones ni asumir el papel de abogada de la infancia, ni reclamar los derechos de la infancia, ni reclamar los nuestros como profesionales de la infancia. Entonces, yo creo que en la organización está una de las claves y hay que ser eficaces y no perder de vista el objetivo. El objetivo es la infancia, no somos nosotros, no son las organizaciones; el objetivo es la infancia. Y tenemos que romper barreras entre nosotros, tenemos que romper estructuras. La atención primaria y atención hospitalaria eso ya es arcaico, aunque nos lo impongan las instituciones, pero eso es arcaico, hay que romperla. Y hay que romper la estructura asistencial dentro de una consulta. ¿Qué hace un pediatra metido en una consulta? El pediatra tiene que tener tiempo para hacer atención de la comunidad, del niño en la comunidad, del grupo, de la población infantil, no solamente de la demanda una a una que viene porque tiene moco y tiene catarros. Tiene que preocuparse de la salud de la población infantil, con lo cual tiene que tener elementos para salir de la consulta y para trabajar con otros profesionales. El pediatra solo, aislado, ¿qué hace en la consulta? Esto es muy antiguo. ¿No nos damos cuenta de que esto es, además, estéril? Que estamos quemando, que estamos trabajando a demanda y, además, una demanda absurda que nos está consumiendo cantidad de energía y cantidad de tiempo que le hace falta para otras cosas, para resolver problemas, hace falta para resolver problemas. Entonces, en este sentido es como yo veo, desde mi punto de vista, que se plantea ahora el debate de por dónde tiramos, cuáles son las estrategias, cuál es vuestro análisis y os pido, por favor, que se inicie un turno de preguntas, de respuestas, de declaraciones, de comentarios dentro y fuera de esta sala, y que los que estén fuera viendo, participando a través del webinar online, por favor, que dejen su mensaje en el chat y los incorporamos a esta sala. Así que, por favor, un turno de preguntas.

### DEBATE-COLOQUIO:

#### **Antonio Gancedo Baranda**

Bueno, soy **Antonio Gancedo Baranda**, soy pediatra y trabajo en la Comunidad de Madrid. Como ha dicho Jesús, mi hospital de referencia es el Hospital Universitario Fundación Alcorcón, que es una ciudad que está situada al sureste de Madrid, con en torno a unos 200.000 habitantes. Es un hospital secundario y desde el 2009 está la consulta de pediatría social. Después, de manera transitoria, porque la compañera que lleva la consulta de pediatría social del nombrado y renombrado Carlos García Caballero está en Estados Unidos haciendo un *fellow* sobre HIV, y entonces le estoy sustituyendo yo hasta junio del 22. Es una pequeña presentación. Quiero agradecer a todos los presentes, a la sociedad, por haber tenido esta idea y por haberla hecho realidad. Y después, sobre todo, pues a personas como Oriol, Jesús, Xavi, don Ignacio, Luis, Rafa, Carlos, Manolo, que habéis sido los que habéis hecho esa labor de formación y de estímulo para todos los que hemos seguido después. Mi reconocimiento porque cuando los que habéis estado en primera línea cedéis el testigo a los que estamos en primera línea, sabemos los sinsabores que lleva y las escasas alegrías. Bueno, ese sería el primer punto.

Los cambios sociales, claramente, se ven. Tenemos una sociedad totalmente diferente a donde nos criamos y la que hemos ido viendo, pero que es ley de vida y que es lo normal. Entonces, bueno, los pediatras como tal nos tenemos que adaptar a la sociedad a la que

### VI. Anexo 3. Transcripción Literal

atendemos y por la que luchamos por restablecer una salud en su aspecto más amplio del concepto de bienestar físico, psíquico y social. Para mí el modelo es lo que ha dicho Oriol, y Juan y Ana Rosa y Jesús saben de mi querencia y de mi pesadez con Gilles Julien. Yo creo que ese hombre es una referencia y me encantaría poderme ir a Canadá y estar con él y aprender de él, lo que pasa es que a mí me quedan tres años para jubilarme. Lo veo un poco complejo, pero bueno. Pero es un hombre que tiene una labor de divulgación y que ha conseguido una cosa muy importante: ha conseguido convencer a su sistema público de salud que la inversión en la pediatría social y comunitaria, como él dice, es rentable, y no solo es rentable a nivel económico, sino que es rentable a nivel emocional, social. Y yo creo que eso es a lo que debemos tender en España, es decir, a convencer a los estamentos públicos de que la atención a la infancia desde una visión biopsicosocial es rentable. Es rentable porque hacemos a los niños y niñas que podemos recuperar o reorientar o ayudar o atender o escuchar, simplemente o acompañar y también a nivel económico. El otro día leía cosas terribles. Este niño que ha fallecido, que ha sido asesinado en Lardero, en La Rioja. Los americanos han estudiado lo que cuesta que muera un niño a costa de un abuso sexual, y que un niño muera debido a un acto de violencia sexual le cuesta a la sociedad 1.400.000 dólares. Pero, que asesinen a una niña por un acto de violencia sexual, cuesta un 1.200.000, es decir, hay un sesgo de género incluso en la muerte. Son cosas que son sobrecogedoras y que yo creo que la pediatría social tiene muchas cosas que decir y muchas cosas que actuar. Entonces, nos debemos preparar para ese futuro.

La verdad es que, viendo el recorrido de la Sociedad (SEPS), tienes una sensación agri dulce de todo el esfuerzo que se ha puesto, de todos los fantasmas, como dice el profesor Gómez de Terreros, que han ido apareciendo y que han dificultado la evolución de la pediatría social y su implantación en España. Y bueno, pues yo quiero dar también un hálito de esperanza. En el hospital mío en Alcorcón está la facultad de Medicina, vamos, acuden los alumnos de Medicina de la Universidad Rey Juan Carlos. Todos están pasando por pediatría social porque les dicen: "Hay una consulta de pediatría social". "¿De qué? ¿De pediatría social? ¿Eso qué es?". Entonces, cuando pasan, van a dos o tres consultas, se quedan muy impactados, pero por lo menos ya les empieza a sonar la historia de la pediatría social y todos los años, mínimo, dirijo uno o dos TFGM de pediatría social. El año pasado fue un estudio que hizo una alumna de una manera muy brillante, Carmen Cid, que hizo un estudio sobre los niños que sufrían acoso escolar y que acudían a la consulta de pediatría social, y demostró de una manera estadísticamente significativa que los niños que acuden a la consulta de pediatría social, a la larga, reducían sus asistencias a las consultas pediátricas, disminuían el consumo de recursos en las consultas pediátricas especializadas porque, muchas veces, simplemente con hacer la pregunta de "¿Qué tal en el colegio?" desvelabas una situación que no es que descartemos las causas orgánicas, pero muchas veces con esa pregunta y con esa atención y con ese seguimiento después en la consulta de pediatría social, pues ese dolor abdominal que había motivado que le hicieran eco, analítica, coprocultivo, calprotectina, escáner, se demostraba que era una situación de acoso. Y esta chica, esta alumna, lo demostró. Este año también hay otras dos alumnas que están con estos temas. Entonces, por un lado, los alumnos empiezan a sonarles lo que es la pediatría social. Por otro lado, hasta hace poco, mis residentes nunca jamás pasaban por la consulta de pediatría social. Desde hace dos años, todos los residentes pasan por la consulta de pediatría social. ¿Qué es lo que ocurre? Que a sus coR de otros hospitales les dicen: "Oye, que hay una consulta de pediatría social". "¿Y eso qué es?". Vuelve a ser la misma pregunta. Vienen y, de hecho, ya he tenido más de 12 residentes que han



### VI. Anexo 3. Transcripción Literal

rotado por mí de distintos hospitales de España, del Vall d'Hebron, de Tarrasa, de Murcia, de Albacete, de Txagorritxu, de Vitoria, y eso ha hecho que todos estos residentes que eran R3 o R4, por ejemplo, cuando han llegado a sus centros hospitalarios ha sido como una especie de levadura que han motivado que de cara al 2022 tenga seis residentes más. A ver, esto no lo quiero decir como un éxito personal, pero hay que moverse porque, si no nos movemos, al final nos quedaremos para hacer estudios a lo mejor muy concienzudos, pero sin ningún tipo de repercusión en la protección a la infancia y en su salud. Y después son los adjuntos, el dar el rollo de ser el friki, al final, los adjuntos de mi hospital saben que si tienen un problema, a la hora que sea, me mandan un correo. El otro día, el adjunto que estaba a las cuatro de la mañana de guardia, pues me mandó a las ocho de la mañana un chico que había entrado en la urgencia con unas determinadas características. ¿Eso qué hizo? Motivar que todo se activara: la trabajadora social, nos activamos pediatría social y bueno, pues más o menos se reorientó. Es decir, saben que tienen una referencia que si entra un abuso una agresión sexual, que si entra un *bullying*, que si entra una cosa, saben a quién se tienen que referir y no empieza el menor a pasar de un sitio a otro o se le da un alta de manera precoz y le hacemos maltrato institucional. Más o menos vamos mejorando.

El séptimo punto... Venga, pues muy rápido. El séptimo punto sería que hay dos aspectos que ahora en la literatura sajona, una vez que han muerto la pediatría francesa y la pediatría alemana, que eran las que orientaban a España, la pediatría sajona se basa principalmente, y ahí coincido con lo que dice Xavier, de todo el tema biopsicosocial, que predomina desde en las revistas de maltrato, en el *Lancet*, en el *New Medical Journal*, en todos, sobre dos cosas: las experiencias adversas en la infancia y el estrés tóxico.

El octavo punto sería la coordinación, que es precisa porque el que vaya de Llanero Solitario se va a estrellar y tenemos que coordinarnos.

Y el noveno punto, que yo creo que es muy importante y que sí que debemos siempre también tenerlo en cuenta, es el autocuidado del profesional. Las barbaridades que oímos, las desgracias que vemos, esa traumatización vicaria que tenemos todos los que nos dedicamos en primera línea a la atención a la infancia vulnerable, precisa un cuidado. Muchas gracias.

#### **Rafael Muriel Fernández**

Buenos días. Estoy aquí muy a gusto viendo a mis compañeras y mis compañeros en un debate que lleva ya más de 40 años en esta cuestión. A mí me gustaría situarme inicialmente en esa segunda etapa donde existe una irrupción y hacer política en el tema. Mi dedicación profesional fue no a la política, sino de técnico de la pediatría, pero en las instituciones que planificaban la atención. ¿Y qué se ve desde allí de estos 40 años?

En primer lugar, yo creo que había un dominio del contenido profesional propio, es decir, de la pediatría. El eje central era el pediatra, muchas veces cuestionando que fuera el propio niño o niña el eje central, y se obviaban a veces cuestiones tan evidentes como nuestra primera función, que es la capacidad de resolver los problemas que los niños tienen. Y asistíamos entonces en esa primera etapa en un... Arrastrábamos una historia de la infancia realmente tremendista donde se la masacraba de muchas maneras. No me voy a extender

### VI. Anexo 3. Transcripción Literal

en esta cuestión. Y de ahí que uno de los primeros asuntos que preocupaba al pediatra era la protección; al niño había que protegerlo, y las primeras iniciativas se centraron en el maltrato. Curiosamente, fue una cosa que a mí me llamó la atención y aquí hay gente que puede aclarar esta cuestión, pero las organizaciones que se preocuparon de la respuesta al problema del maltrato no tenían el eje de la pediatría. Eran organizaciones paralelas a la organización pediátrica y tenían sus propios congresos, sus propios encuentros, y teníamos una cuestión distintiva muy interesante: el eje no era el pediatra, el eje era el niño e intervenían muchas profesiones, muchas y variadas profesiones desde el principio. Había educadores sociales... Bueno, entonces todavía no había educadores sociales, eran trabajadores sociales, posteriormente educadores sociales, psicólogos comunitarios, etc. Y pediatras también. Y tenían su propia dinámica, sus propios congresos, sus propias publicaciones. Algunos de los que estamos aquí participábamos de esas dos realidades de forma conjunta.

Entonces pienso que, críticamente, nos hemos centrado en nuestra propia profesión, incluso combatíamos la participación en nuestro propio sector. Planificar con enfermería, con las auxiliares, era un problema, era un obstáculo, y se vivía desde fuera como obstáculo. Dentro del propio sector. Otros sectores ni se tenían en cuenta. Las relaciones, por ejemplo, con los problemas educativos, con el tema de la pobreza... La pobreza no aparece como un elemento central en la situación de la patología hasta mucho después, en etapas secundarias. Entonces yo creo que ahí ha habido esa... Y después con una cultura, hay que decirlo, muy "hospitalocéntrica". Casi todas las intervenciones que hemos oído son intervenciones de ámbito hospitalario. No hay mucha intervención del territorio, que es donde se enjuagan los problemas, no en las consultas, precisamente. Se pueden enjuagar en el entorno domiciliario, se pueden enjuagar en la escuela, se pueden enjuagar en el barrio, etcétera. Es donde inciden un montón de profesionales. Entonces, esa primera etapa: pediatra. Lo digo críticamente y también sin intención de hacer daño a nadie y de forma positiva.

Yo creo que el tema cambia o empieza a cambiar cuando existe también una incidencia gestora en el tema. Y, desde las consejerías, aparecen las direcciones generales de familia, de pediatría, etcétera, dentro del sector como la salud o de Asuntos Sociales. Eran consejerías distintas que también tenían sus problemas de relación. Y eso determinaba que había un cambio en el tema de la patología o el concepto de enfermedad y se orientaban las cosas más en el sentido del ciclo vital, del proyecto de vida. Las posibilidades eran si estaba enfermo o no estaba enfermo, había que valorarlo paralelamente, si tenía una posibilidad de desarrollar su proyecto de vida, y entonces querían importancia a las cosas sociales de una manera tremenda, ¿no? Eso, la pobreza. No me quiero extender mucho, pero pienso que estas situaciones hemos de analizarlas críticamente y que veamos qué errores hemos cometido en ese sentido. Y quiero también subrayar la importancia del territorio, el territorio del nivel local, para poder aproximar las relaciones con otras profesiones, para poder responder en la salida de la respuesta que hacemos. Pienso que la pediatría, en la segunda etapa, social, perdió mucha capacidad de respuesta, se debilitó enormemente por esa insistencia en ser, desde su óptica, de donde salía la solución de los problemas, y en qué espacio se da la solución de los problemas, si es en la consulta o es en el territorio.

Ya está con esta primera, pero creo que aquí hay mucho que debatir.

### VI. Anexo 3. Transcripción Literal

#### **Juan Gil Arrones**

Voy a pasar un comentario de **Bárbara Rubio Gribble** que dice que la pandemia ha puesto de manifiesto la importancia de los determinantes sociales en la salud y que los pediatras que nos dedicamos a la pediatría social tenemos una oportunidad de oro para reivindicar la necesidad de que a los niños se les atienda de una manera integral y coordinada con todos los sectores implicados como la salud, la educación, los servicios sociales, la justicia, el ocio y el deporte, con un abordaje centrado en los principios de la Convención de los Derechos del Niño. Es necesario que el pediatra salga de su consulta y se implique en los planes y políticas relacionadas con la infancia y la adolescencia. Es nuestro momento y no debemos desperdiciarlo. Sería una oportunidad a considerar.

Es un comentario y ahí está. Si alguien después quiere abundar sobre esto, pues ahí lo tenemos. Ahora le toca a Rafael García.

#### **Rafael García**

Buenos días, que todavía no son las doce. Yo soy trabajador social, no soy pediatra, y llevo trabajando treinta y tantos años en atención primaria de salud. ¿Por qué digo esto? Porque a mí me parece que, lo decía Muriel, estamos mirando mucho al hospital, pero al hospital llega la ínfima parte de los problemas de los niños y las niñas. Juan quizás tenga esa doble visión de estar en el hospital y de estar en Atención Primaria. Yo creo que hay una dificultad por parte de Pediatría de Atención Primaria que es la visión social. No se tiene, se trata a los niños igual. Si hay problemas con los niños es porque vienen desde fuera, que le tienen que indicar al pediatra a través del trabajador social que hay un problema. Pero, una vez que resuelve el tema, que puede ser un informe, se quita de en medio. Y si no hay una nueva planificación horaria, por ejemplo, ante un niño con dificultades, puede tener más tiempo para ese niño y hay niños que no tienen tantas dificultades y se pueden reducir los tiempos. De eso a salir a salir a la calle, decía Rafa. Efectivamente, los proyectos vitales se juegan en el territorio y ahí no estamos haciendo mucho. Estamos intentando trabajar en lo intersectorial, pero cuesta. Y, al final, lo poquito que trabajamos en lo intersectorial, trabaja el trabajador social, pero no veo al pediatra. También es verdad que la situación que tienen en los centros de atención primaria es complicada. Quiero poner esto en evidencia porque se nos están yendo muchas situaciones de los niños y las niñas. Se nos van, y creo que habría que abrir el campo. De la misma manera que Xavier decía que los médicos de familia y comunitarios no son ni de familia ni comunitarios, efectivamente. Después de los años que yo he estado, cuando salían a la calle, que yo sí lo he visto desde la calle, y hemos hecho las cosas en la calle, desde el ámbito pediátrico, no. Por desgracia, tiene un déficit de formación, y un déficit grande de formación. No sé cómo trabajar, vosotros los pediatras, desde la facultad. Porque, es más, yo intento que algunos residentes, que no van mucho a los centros de atención primaria, pasen por lo menos por la consulta del Trabajo Social y les doy una vuelta por el pueblo para que vean dónde están los servicios sociales, que vean... Porque de alguna manera puedan tener una visión, porque es que, realmente, se nos están pasando un montón de niños. Un montón de niños. Los que van al hospital ya es una situación un poco complicada. Los que van al hospital, pero ¿qué pasa con los que no van al hospital, que son la mayoría? Al

## VI. Anexo 3. Transcripción Literal

final terminan con servicios sociales, que tampoco, que también se le escapan a muchos, ¿no? Bueno, simplemente quería aportar eso.

### **Juan Gil Arrones**

Voy a leer también un comentario de **José Ignacio Pérez Candás**. Dice que en el Servicio de Salud del Principado de Asturias (él trabaja en Asturias, o acaba de jubilarse, pero es de la comunidad asturiana, del Principado de Asturias), dentro del plan personal jerarquizado de atención sanitaria a la infancia y la adolescencia que está formado por tres programas: el Programa de salud infantil, el Programa de prevención e identificación del niño maltratado y el Programa de identificación del riesgo psicosocial, que pretende detectar de forma universal los problemas derivados de los determinantes sociales de la salud. Este programa lleva implantado en Atención Primaria desde hace un lustro, cinco años, y creo que podría ser una forma de concretar las acciones de pediatría social y pediatría comunitaria que deben ir paralelas, estamos coincidiendo.

### **Estefanía Romero Castillo**

Mi nombre es Estefanía Romero, soy pediatra del hospital Puerta del Mar de Cádiz y, como ha dicho Ignacio, me han echado el anzuelo y he picado. Gracias por invitarme porque, bueno, llevo unos años como en plan amateur, en plan *hobby*, digamos, porque he sido pediatra de Atención Primaria cinco años, llevo 11 años en el hospital, hago urgencias pediátricas, y lo social me gustaba desde hace mucho y siempre he intentado aportar mi granito. Y, poco a poco, me han ido poniendo el nombre. En mi hospital no hay consulta de pediatría social, pero me fueron poniendo el nombre de “pediatra social”. Eso ha ido cayendo por su propio peso por mi implicación y, bueno, intento hacerlo lo mejor que puedo.

Primero, me he quedado abrumada con la historia que tenéis los cuatro ponentes porque es verdaderamente apasionante. Es una historia... Habéis creado realmente lo que es la base de la pediatría social y es increíble escuchar vuestras vivencias. Entonces, los que hemos llegado un poco más tarde por edad podemos contar pocas vivencias y lo que quiero aprovechar para decir, precisamente por mi edad, aunque tampoco soy tan joven, es que creo que es un buen momento para la pediatría social porque la sociedad ha cambiado. Efectivamente, tiene otras demandas y las personas en general y las demandas de nuestros hijos, aparte de que las problemáticas sociales, tanto de desigualdad como de requerimientos para la salud y el bienestar psicosocial del niño, se han incrementado muchísimo y los problemas que conlleva nuestra sociedad actual han creado más problemas en los niños aún, de todo tipo, pero sobre todo relacionado con la salud física. Hay que aprovechar este momento porque lo requiere la sociedad, la misma sociedad lo está demandando, y porque nosotros, creo que la pediatría en estos últimos 20 años, doy mi perspectiva de que, cuando yo empecé, el antiguo jefe de servicio, que es estupendo, que fue maravilloso, fomentó mucho las subespecialidades en mi hospital. Cuando llegué, había un pediatra que hacía digestivo, uno que hacía nefrología... En un hospital de referencia de tercer nivel de toda la provincia de Cádiz. Entonces, el siguiente jefe de servicio que yo viví, que justo terminé la residencia, comenzó a fomentar... “¿Tú qué quieres hacer? Necesito dos digestivos”. Y a los residentes que iban saliendo: “Necesito no sé cuánto. Tú hazme esto, tú hazme lo otro”, y lo fomentó. Cuando yo entré en el hospital... Os

### VI. Anexo 3. Transcripción Literal

cuento como anécdota para que veáis el cambio que creo que es positivo. “Estefanía, ¿tú qué quieres hacer? Porque urgencias solo no...”. Y yo le dije claramente hace diez años: “Ponme en una consulta de pediatría social”. Y me dijo: “Vale, vas a hacer endocrinología”. Y yo: “Muy bien”. Y yo, bueno, lo enfoco bien, porque es verdad que tuve un flechazo con la diabetes. “Porque endocrinología tiene niños crónicos, muy crónicos, y haces un vínculo, y como a ti te gusta y sirves para eso. Un vínculo con la familia, la cronicidad...”. Y yo: “Vale, pues bien”. Hice endocrinología tres años, pero luego volví a mi urgencia. Y al revés: el siguiente jefe ha fomentado un poco, además, tengo dos jefes maravillosos que me liberan para ciertas actividades de este tipo y, ya os digo, me van poniendo ya el título de pediatra social.

La cuestión es que veo que como se han asentado la subespecialidades, lo que también era necesario, entonces, ahora sí que estamos tanto la sociedad como en el tono científico como en nuestros propios jefes, como nuestros propios estamentos distintos, primaria, hospital... yo noto la diferencia. Y que ya el residente, cuando yo me quedo con una familia porque ha llegado el típico caso que no quiere nadie, que es para Estefanía, noto cómo los residentes se quieren venir conmigo a ver la historia. Veo que el problema básico, aquí además, en primaria creo que los pediatras sí que tienen un chip, es muy importante porque hace un seguimiento a largo plazo de esa familia y de la conexión que tienen. Yo por una visita en urgencias no me puedo tampoco... A lo mejor no detecto las cosas que debería. Pero en primaria es fundamental, y creo que los pediatras de primaria ahora mismo pues tienen mucho esa base ellos mismos y se la están creando ellos solos. Y, como dice mi jefe actual, todo pediatra debe ser un pediatra social, o sea, tiene que tener esa parte, por supuesto, esa atención integral. Pero que veo diferencias, pero que creo que en hospitalaria, y para que haya gente luego en el relevo generacional y que le guste esto, hay que fomentar mucho más y que de R1 es obligatorio el curso de maltrato, fin. O sea, es que no hay más. Igual que haces obligatorio, o yo lo hacía el de radiología básica. O sea, eso tiene que ser fundamental. Entonces, desde que entramos en la residencia, ir enfocando que diagnosticar un riesgo biopsicosocial en un niño, un riesgo de desatención, un riesgo de maltrato, o no ya maltrato, una de situación de riesgo social, debe ser un diagnóstico más. No es voy a ver esto como una sepsis.

¿Hay unos signos que te orientan a que puede ser una sepsis? Pues vale, ve a por la sepsis. ¿Hay unos signos que te orientan a...? Entonces, así hay que enfocárselo a los residentes. Claro, también hacen falta personas que se dediquen a eso dentro del propio hospital para poder enseñar esa parte o que todos nos concienciamos un poco. Y bueno, podría hablar más cosas, pero voy a dejar turnos para...

#### **Purificación Reyes Neyra**

Yo, como Rafael, soy una infiltrada porque no soy pediatra, yo soy psicóloga, pero antes de ser psicóloga ya estaba en ADIMA, con lo cual yo creo que parte de mi formación ha sido bajo el paraguas de Ignacio, de Rafa, de Manolo... Aunque mi formación es como psicóloga, he vivido la pediatría social como parte propia o parte necesaria del trabajo con la infancia. El pediatra es el médico de los niños y hay una especialización ahí, ¿no? Lo único que vamos un paso más allá en el sentido de entender que la salud, el entorno genera salud o genera enfermedad en el adulto y en el niño, ¿no? Lo que hablaba Xavier de que todos los médicos

## VI. Anexo 3. Transcripción Literal

quizás deberían de tener esa orientación comunitaria, mucho más los niños. Cuando Juan me llamó era un poco para ver la visión que se tenía desde fuera, la que teníamos nosotros como experiencia, porque aparte del trabajo en ADIMA, como ha dicho antes Ignacio, soy psicóloga en un equipo de evaluación y diagnóstico de menores víctimas de violencia sexual, los programas que la Junta de Andalucía tiene concertados con ADIMA, y llevo 24 años en ese trabajo específico y también por ahí tengo la experiencia del trabajo directo, en este caso concreto con Juan, con la puesta en marcha dentro del Hospital de Valme, de una unidad incluso de valoración específica para ese tipo de casos donde trabajamos conjuntamente durante muchos años.

¿Qué es lo que yo veo desde mi experiencia de todos estos años de trabajo, de lo que puedo ver ya a nivel del día a día de la práctica? Lo primero es que lo que yo veo desde la pediatría social, por lo menos aquí en Andalucía, en el ámbito nuestro, es que se asocia siempre, lo estáis comentando, a motivaciones personales y a referentes concretos, y eso es un problema importante porque vamos viendo, aparte de decisiones políticas o circunstancias, cómo se han ido desmontando las unidades de pediatría social, en concreto en los hospitales, eran las unidades hospitalarias. Veo por lo que explicáis también que en la pediatría social no hay, por así decirlo, un reconocimiento de esa necesidad ni dentro de la propia profesión ni fuera también, por lo que vais diciendo. Lo reconoce el que está motivado, pero no hay un reconocimiento claro de que la pediatría tiene que estar asociada a lo que habláis de la historia social y de la necesidad del entorno que hablaba también el compañero.

Otra cosa que también habéis estado hablando es que está muy centrada en el ámbito hospitalario, y en eso estoy de acuerdo con Rafael. Al hospital solo llegan las situaciones de patología. Se ha asociado mucho a las situaciones de maltrato, pero, verdaderamente, ahora mismo tenemos muchas circunstancias, muchos niños con circunstancias de salud que tienen que ver con aspectos sociales por la situación... La pandemia es verdad que lo ha evidenciado todo. Quizás hemos retrocedido, lo hemos visto mucho en servicios sociales: hemos retrocedido como 20 años porque donde estábamos ya trabajando situaciones de salud mental o situaciones sociales, hemos vuelto a cubrir situaciones puramente de necesidades básicas a nivel económico. Todo eso quizás también agrava, por así decirlo, la crisis de todas las profesiones, pero también se ve más. Pero es verdad que anteriormente a eso estaba muy centrado en el ámbito hospitalario y es necesario también, para apoyar y que el pediatra sea útil y la pediatría social sea útil, tiene que salir a donde ahora mismo está el problema. Y el problema está en la calle, en el barrio, en la comunidad, en el momento, y tiene que haber esa implicación no solo al salir de las consultas, sino también en la consulta saber que el que entra por la puerta del pediatra de atención primaria tiene que ser sensible, como ha explicado Estefanía, a las necesidades para poder haber también, dentro del propio sistema de atención primaria, dentro de cada centro de salud, un pediatra social de referencia que sea además el que esté en contacto con Servicios Sociales. Que no sea solo el trabajador social, que es lo que vemos nosotros en la práctica. Nosotros, que trabajamos directamente con los centros de salud, con quien nos coordinamos nunca es con el pediatra, siempre es con el trabajador social. El pediatra ve al niño, muchas veces incluso le hace una primera entrevista al niño, hace la exploración, pero lo más que tenemos, como dice Rafael, es el informe. Nunca hay esa coordinación directa, es el trabajador social el que se mueve, y ahí tiene que haber quizás también ese cambio. Creo que, incluso en pediatría, se sigue manteniendo una visión muy biomédica. Hay dificultades para implicarse en otras áreas a nivel, sobre todo, de

### VI. Anexo 3. Transcripción Litera

atención primaria. Desde fuera se ve como que es más una motivación y no una necesidad real que se vea, y luego porque parece que se ha asociado a esto. Y una cosa que vemos también, y que quizá en eso Rafa e Ignacio también lo pueden estar viendo, que dentro del ámbito que nosotros nos movemos, como por ejemplo ellos, que tuvieron la sensibilidad de generar ADIMA, que la asociación lleva 30 años, pero no solo ya de la pediatría, sino de los derechos de la infancia, de que el pediatra social sea visible en otros ámbitos de la infancia. Yo veo ahora que ese papel de la pediatría social que lideró y abanderó durante mucho tiempo en figuras concretas que siguen estando ahí, porque Juan están en el Consejo de Menores, o Manolo o Ignacio o Rafa, pero yo siempre me pregunto: y cuando ellos digan: “Hasta aquí. Voy a dar paso”, ¿quién de la pediatría social va a estar en esos sitios? No se ve ese relevo generacional y han perdido fuerza dentro de asociaciones. Yo a Jesús, por ejemplo, que lo he visto como presidente de FAPMI, ADIMA ha estado dentro de la FAPMI, o a José Antonio Díaz Huertas, ese movimiento desde las asociaciones, yo que ahora me muevo, yo no lo veo. Trabajamos con Save the Children, no vemos pediatras sociales en ese ámbito que se mueve a nivel de infancia. Cuando tenemos reuniones para la Ley de Infancia y Adolescencia que ha salido en Andalucía o, por ejemplo, en la plataforma incluso, en la POI, cuesta trabajo ver a los pediatras ahí implicados. Y eso...

Sí, pero me vengo a referir, que cuesta. No es que no veas al pediatra, pero ves siempre las mismas caras. O sea, ves siempre... ¿Sabes lo que te quiero...? Yo veo que es eso un poco... Yo, verás, estoy para transmitir esa parte, que es lo que me han pedido, qué es lo que yo veo. Y sí que es verdad que es necesario, quizá, que gente que viene con motivaciones y todo eso y que se haga como más real, quizá esas sean las dificultades que se detectan desde fuera.

#### **Xavier Allué Martínez**

Quería hacer un brevíssimo comentario y saludar las dos últimas intervenciones por una cuestión muy concreta y que, a lo largo de toda la historia de la pediatría social, no se ha encontrado un hueco: la ausencia de la perspectiva de género. Los profesionales, bueno, son las profesionales: el 90% de los mir de pediatría son mujeres y, dentro de poco tiempo, aquí todos los carrozas somos tíos y la gente que va a estar en primera línea sois mujeres. Tenemos la fortuna de tener una presidenta que ya ha dado el salto del cromosoma, pero que eso influye, por un lado, en los profesionales, pero también en la asistencia a los niños la perspectiva de género es importante, porque no es lo mismo la atención a los niños que la atención a las niñas en una multitud de situaciones, no solo la escisión del clítoris o la circuncisión, sino muchísimas otras cosas, porque culturalmente es como está establecido y ahí debemos ponerlo, pues no sé, como la línea pie de página o como marca encima de cualquier aportación el que se tenga en cuenta esa realidad. Gracias.

#### **Juan Gil Arrones**

Voy a leer un comentario de **Virginia Carranza**. Sí. Los tengo por listas perfectamente.

Dice Virginia: “Me gustaría señalar la importancia de tener referencias en pediatría social, principalmente, a nivel de atención primaria, y pienso que es allí donde mejor se conoce a la familia y donde se mejor se puede actuar. Tal como está estructurada la actividad asistencial hoy día, es muy difícil llevarla a cabo desde una consulta de pediatría de atención primaria. Y,

### VI. Anexo 3. Transcripción Literal

por otra parte, es inevitable señalar el problema que se está señalando, porque el problema de la atención al entorno familiar del pediatra de atención primaria es todavía peor cuando se ejerce en la atención privada, tiene todavía mayor dificultad para hacerlo. Y después han sido años que estaba peleando porque en su actividad de atención primaria privada pueda tener un trabajador social que le aporte trabajo compartido con los problemas sociales y que forme dentro del equipo que haga la valoración diagnóstica de los compañeros". Tal como decía Antonio, vuelve a decir que sí hacen falta figuras de referencia y hacer visibles, que hagan visibles también y hacer visible al pediatra tiene la función de hacer visibles los problemas de la infancia en materias de protección. Os da las gracias.

#### ***Luis Martín Álvarez***

Yo, como oigo mal cuando habláis con mascarillas, no sé si... Ahora me voy a quitar la mascarilla, porque es que yo no os oigo con la mascarilla. Bueno, yo soy Luis Martín, soy pediatra, he sido pediatra hospitalario durante mi época de mir, que no se llamaba ni mir entonces, se llamaba "seminario de hospitales", y luego estuve un tiempo en el hospital y luego estuve trabajando en salud pública una temporada, bueno, seis años, y luego ya los últimos 30 años de mi carrera profesional estaba en atención primaria. Entonces, bueno, eso es una ventaja o un inconveniente según se vea, ¿no? Porque estás cambiando así.

Y yo creo que, en este momento, muchas de las cosas de la pediatría social han salido desde el sector, de lo que hablamos, han salido desde el propio sector hospitalario por múltiples razones, por sensibilidades o por lo que sea, pero eso ha salido de ahí. Pero también hay que tener en cuenta que también los otros sectores con los que tenemos que trabajar, ellos nos pueden decir determinadas cosas, no solo somos nosotros los que tenemos que decir ante determinadas situaciones del niño.

Y una segunda cosa, y así voy a tratar de ser más breve, es que, claro, el discurso ha ido cambiando. Yo, por ejemplo, gracias a la pediatría social me enteré que había un señor que se llamaba Tolosa Latour, que tiene una calle en Chipiona, del preventorio de Tolosa Latour, pues entonces me enteré de que había habido una Ley de Infancia, y que yo creo que pocos pediatras, les preguntas... Yo, en mi periodo de pregrado, nada, y en mi periodo de residente a mí nadie me habló ni de salud pública en la infancia ni de factores sociales. A mí, nada. Y yo creo que sigue igual la situación. No sé, aquí tenemos a ilustres profesores que eso no se sigue, el alumno de pregrado... Y no digamos en el posgrado, porque yo recuerdo cuando Carlos García Caballero, que estaba en la AEP, en la directiva y todo eso, creó la sección, estaba muy contento porque en el primer currículum se había incluido la pediatría social. Lo que se había incluido era, básicamente, lo preventivo, prácticamente, creo recordar, y si no, corrígame Ignacio, se incluyó la parte preventiva cuando ya el discurso que empezaba a ocurrir era el de la promoción de salud, que Alma Ata, etcétera. Entonces, la otra cosa que quería sacar es que hay discursos que han pasado. Luego surgió el tema de la protección de infancia, donde yo creo que los pediatras sí, ¿no? Porque por sensibilidad porque ya lo empezaron a asumir, verbigracia, lo que surgió en Sevilla, etcétera. Pero un discurso que a mí me llama la atención, que es muy del niño, es el discurso de las necesidades de la infancia, que en un momento, en los 70 y en los 80, se hablaba mucho de necesidades, que eso es un discurso muy centrado en el niño y yo creo que la pediatría social, no es que la pediatría



### VI. Anexo 3. Transcripción Litera

social tenga una ocasión, que bueno, sí, es que lo que hay que ver es qué temas o qué es lo que elegimos, cuáles son nuestros ejes de actuación con arreglo a los cambios sociales, con arreglo a los cambios del niño, incluso de la situación epidemiológica. Entre los epidemiólogos ha habido pediatras. Arbelo Curbelo escribió el primer libro de demografía sanitaria infantil, donde yo aprendí de casualidad lo que era el peligro infeccioso y nutricional gracias al señor Arbelo. Entonces, yo creo que tenemos que definir. Y yo creo que el tema de centrarse en el niño, perdonad que insista, en el tema de las necesidades. Es que fue básico en un momento, y cuando se ha podido utilizar no se ha utilizado, como lo dice el profesor Félix López, de Psicología Evolutiva. Y luego yo creo que también nos hace falta reconocer la infancia desde una perspectiva más evolutiva, más dinámica y de la perspectiva de ciclo vital, porque es un periodo de la vida y eso le marca. Es un periodo de la vida que, además, los cambios que ocurren son tremendos y que, cuanto más pequeño es el niño, más le van a influir. Entonces, yo creo que la perspectiva más evolutiva y esto, pero sobre todo tenemos que ver qué línea porque, claro, el tema de los determinantes de salud lo que van a condicionar son las políticas públicas, no las políticas sanitarias. Pero el pediatra debe conocerlos porque si él está con niños, debe estar con la mirada atenta a qué está diciendo la política pública. ¿Cuántos de nuestros compañeros pediatras...? ¿Ahora quién se ha ido...? Vamos a ver, la Ley de Protección Integral contra la Violencia en la infancia y Adolescencia. Es decir, “No, pero eso es de los abogados”. No, eso no es de los abogados, son de los niños que te están pasando por delante a ti en la consulta, y hay que traducir, igual que los derechos y todo eso, hay que traducir qué implicaciones tiene a un pediatra en la práctica. Entonces, habrá que decirles a los señores del Consejo General del Poder Judicial, aunque eso está mejor que no lo nombremos hasta que se seren las aguas. La ley es muy importante porque la ley dice, aparte de que se presupueste y eso, que hay obligación de formar a los distintos sectores implicados. Fijaos que eso es un cambio importante. La ley dice eso y, entonces, yo insisto, mi punto es: volvamos al discurso centrado en el niño de las necesidades. Yo estaba pensando: “Yo por qué empecé a estudiar eso”. A mí, fíjate, lo he pensado, me movió el tema inequidad, desigualdad. Yo cuando veía a un niño que se estaba maltratado y tal, decía: “Y a este por qué le toca y a otro no le va a tocar”. O, por ejemplo, el tema de pobreza, que veía la pobreza, te estaba pasando por delante y no la querías ver o sabías que no podías hacer nada. Entonces, yo insisto: hay que centrarse más en el niño de las necesidades, y yo creo que los determinantes el pediatra los debe conocer. No digo que pueda actuar. Es que todos los objetivos de desarrollo sostenible son importantísimos para la infancia. ¿Y qué puedo hacer yo? Pues no sé qué podré hacer, pero lo tendrá que decidir qué hace, ¿no? Nada más. Gracias.

#### **Ana Rosa Sánchez Vázquez**

Me parece muy interesante todo lo que se está comentando. Lo que a mí me ha llamado la atención de lo que habéis hablado y de vuestras vivencias y de las muchas personas que están aquí es que sois como unos auténticos exploradores. Ante las situaciones de la infancia, explorabais cuáles eran sus verdaderas necesidades e hicisteis todo lo posible por iniciar un camino que no estaba hecho. Yo creo que es un poco lo que nos corresponde en esta época nueva: empezar a coger el pico y la pala y explorar caminos diferentes para poder llegar a lo que verdaderamente el niño necesita, como ellos hicieron. Si la prioridad era el tema de infectología, pues una unidad de infecciosos. Si el problema era el tema del maltrato, pues vamos a investigar

### VI. Anexo 3. Transcripción Literal

sobre eso. ¿Que era el tema cultural? Allí lo hacían. ¿Que era el tema de pobreza? Como lo han hecho ellos: ante una necesidad, en el tiempo que correspondía, han ido explorando nuevos caminos con un pico y una pala, que no estaba hecho. Lo han hecho ellos y eso es un valor, creo yo, de la pediatría social y del pediatra, porque esa perspectiva de ciclo vital la tenemos y es innata nosotros, porque vemos al niño desde que nace hasta después, hasta que se nos va. Pero no solo eso: que si la perspectiva del ciclo vital ahora conocemos todo el tema, que ha comentado Antonio Gancedo, de las experiencias adversas de la infancia y del estrés tóxico, sabemos que esa experiencia no solamente condiciona su salud física, emocional, psicológica, sino la salud en la edad adulta y está superrelacionado, con lo cual, todos estos avances nuevos de la sociedad, de la investigación, de la neurociencia, nos dan bases para seguir adelante y explorar nuevos caminos. Eso es lo que yo quería destacar porque, a base de su esfuerzo, se han ido metiendo en las instituciones para promover diferentes políticas de la infancia. Gracias al esfuerzo de personas concretas se llevan a cabo planes. Eso es importante, es una tarea de un pediatra que tiene esa inquietud, que es un poco lo que nos diferencia con la pediatría social, según yo veo. Otra parte son los profesionales que estabais comentando y que yo estoy totalmente de acuerdo, profesionales de atención primaria y atención hospitalaria. Se hace así por la forma en que se trabaja, pero, verdaderamente, quiero recuperar lo que ha dicho Rafa: el centro es el niño. No podemos compartimentarlo. El centro es el niño y somos nosotros los que tenemos que intentar adaptarnos a eso. Dicho eso, igual que en atención hospitalaria hay determinadas especialidades, en atención primaria hay pediatras que están más sensibilizados y otros menos sensibilizados. Estoy de acuerdo que todos los pediatras, y dentro de la formación mir, están sus competencias del área social. Es una de las competencias que debemos de forzarnos en hacer llegar a los residentes. Nada más el hecho de que haya un pediatra en un servicio o en un centro de salud motiva a los residentes de que eso ya existe. Eso es un trabajo que tenemos que hacer. Y dentro de atención primaria, evidentemente, es la comunidad donde está el niño. En el hospital se ven casos ya muy graves, un zarandeo, un maltrato o situaciones de conflictos bastante graves, pero en la comunidad es donde se encuentra. La forma de trabajar yo considero que es diferente porque unos trabajamos en el riesgo y otros se trabaja más desde búsqueda de otros indicadores para ver qué medidas de protección. Lo complicado que a mí me parece también todo esto es que nosotros, como decíamos, decía Luis, el pediatra no es el único que atiende al niño, son muchos profesionales. Entonces, la multidisciplinariedad y la intersectorialidad es fundamental y no sabemos trabajar en equipo ni sabemos trabajar en red, porque si yo me meto en alguna cosa de trabajo social, a veces me consideran intrusista. Si me meto en algo de salud mental, también, y lo que sabemos los pediatras... Yo no sé de lo tuyo ni de lo tuyo, pero sí sé lo que puede el niño necesitar, porque lo intuyes. Y, ante esa necesidad, vemos (yo creo que es lo que han aportado ellos y es lo que nos pasa) qué es lo que ese niño necesita y no le está dando la sociedad ni se lo están dando servicios sociales ni se lo están dando, a lo mejor, en otro terreno. Entonces, fundamental es que nos sentemos a poner en medio el niño y empezar a trabajar en conjunto. Desde mi desde mi perspectiva, ¿no? Tanto atención primaria teniendo su forma de actuar, como en el hospital, pero todos somos eslabones de una misma cadena.

A mí me preocupa también, dentro de las instituciones que atienden a la infancia, y también lo ha comentado alguien, no sé si Jesús, es el tema, aparte de los límites de competencias que decía o el intrusismo, es la formación, que también habéis dicho que hay que tener formación cualificada. Y nos encontramos con programas (Márgenes y Vínculos, yo estoy en Almería) que tienen un recambio profesional grandísimo y un recambio en problemas de salud de la infancia muy graves, o sea, muy importantes. Eso creo que es un problema. Entonces,

### VI. Anexo 3. Transcripción Literal

somos diferentes instituciones en que este problema del maltrato es de Servicios Sociales, y Salud puede meterse hasta cierto punto. Entonces, ahí hay un tema de competencias que es problemático, es muy problemático y hay que saltar esa estructura, con lo cual creo que es importante la cualificación y la formación de los profesionales. Y la parte de la integralidad, ahora estamos con el plan estratégico de la infancia y han contado con nosotros. En Almería tuvimos una experiencia cuando yo trabajaba en el Hospital de Poniente. Trabajaba una unidad de pediatría social funcional y en atención primaria lo hizo igualmente una compañera mía, se coordinó con su trabajador social e incluso con los comunitarios del ayuntamiento, con lo cual es posible hacerlo y se puede hacer. ¿Qué falta? Falta que la gente de Pediatría se puedan... Los pediatras, no tienen que ser todos, como tú has apuntado. Un referente por centro o un referente por no sé, ya se vería, pero que haya alguien interesado porque, aunque todos tenemos que tener esta inquietud social, hay que tener más habilidades. Siempre digo que igual que un neumólogo tiene que hacer fibrobroncoscopia o saber determinadas cosas, la pediatría social necesita ciertas competencias que no las tenemos y las tenemos que adquirir, porque yo las tengo que adquirir a diario: de estudiar, de investigar, de cómo manejo tal, de las habilidades en la historia social. Son esas cosas a las que me refiero que tenemos que avanzar en ese sentido, rompiendo estructuras y viendo cuáles son realmente las necesidades de la infancia de hoy, como ha dicho Luis, y qué es lo que le aporta. Porque la definición del buen trato es la satisfacción de las necesidades de la infancia, y por ahí es por donde debemos de empezar. Y, en principio, ya está. Eso quería contar.

#### **Juan Gil Arrones**

**José Ignacio Pérez Candás** coincide contigo en que hay que trabajar en formación, él trabaja en formación, en tres niveles fundamentales: en la formación pregrado, en la formación mir y después la atención en la formación continua de los profesionales.

#### **María Dolores Lanzarote**

Hola, buenos días. Muchas gracias por la invitación de la Gota de Leche y de don Ignacio, que tira de mí desde el año 94. Yo soy Lola Lanzarote, soy psicóloga, psicoterapeuta de familia, profesora en la facultad de Psicología, en el departamento de Clínica, y soy una de las tres intrusistas de aquí que estamos infiltrados.

Tengo muchas cosas y no sé por dónde empezar. Lo primero que venía la cabeza cuando leía toda la documentación que me mandó tanto Juan como don Ignacio, veía toda la evolución, todo lo que se ha avanzado y, por otro lado, me daba mucha pena por el momento actual, todo lo que queda por hacer. Evidentemente, siempre va a quedar por hacer y, después del COVID, yo creo que mucho más. Una amiga mía decía que el COVID ha sido como la marea en Chipiona, porque ella es de Chipiona también, que cuando baja la marea se ve todo lo bonito y todo lo feo que deja el mar: la roca, pero también las conchas, también las caracolas. Y el COVID ha dejado muchas necesidades no cubiertas a la vista. Entonces, en esta sociedad adultocentrista, donde los perros puedan pasear los niños, pues también hay muchas más necesidades, entonces creo que el primer mensaje es concienciar. Y creo que eso, el pilar de las políticas sociales que se están llevando a cabo, pero con financiación para poderlas llevar a cabo, pues me parece que es fundamental. Porque, claro, sin financiación, el papel

### VI. Anexo 3. Transcripción Literal

todo lo traga, todo lo soporta, ¿pero después qué se hace? Entonces esa pata me parece que es fundamental como aliado. La otra pata que me parece fundamental como aliado es la prensa, o no tanto la prensa como las redes sociales. Ayer mismo me llegaba un vídeo que se llama "Grupo 8,2", "Somos 8,2 millones de niños", que me pareció muy interesante, os lo recomiendo, donde se visibilizan las necesidades que tienen los niños que no son atendidas, y no son atendidas por los padres, que antes habéis hablado de las familias, ¿no? Yo, como terapeuta de familia, para mí es fundamental hacer una evolución de todo el proceso familiar en tres generaciones. Sin eso no tengo visión, no tengo perspectiva, no me aporta nada. Es decir, el niño es el síntoma, desde la terapia de familia, y es el síntoma de esta sociedad en muchos aspectos, llámese *bullying*, llámese maltrato, llámese agresor o llámese víctima. Las redes sociales me parece que están haciendo muchísimo daño, pero también podemos tener un aliado ahí. Entonces, no sé si nos puede servir. Los apoyos políticos pueden servir a la hora de intervenir y la prensa y las redes sociales a la hora de prevenir, porque sí es verdad que la prensa deja mucho que desear a la hora de comunicar muchas de las cosas.

Por otro lado, yo una cosa que sí se habla mucho de los malos tratos o de los abusos es que, si no se tiene en la cabeza, no se pregunta. Entonces, todos los aspectos sociales, familiares, culturales, si no se enseña a los profesionales que tienen que tenerlos presentes, no los van a preguntar, con lo cual nunca se van a conocer. Entonces, me parece fundamental esos aspectos.

Y, por otro lado, Virginia ha hecho hincapié en una cosa que me parece fundamental: la atención primaria pediátricosocial, fundamental, pero es que hay muchos niños que no van a atención primaria, yo a mis hijos no los llevo al pediatra hace años porque no ha hecho falta. Entonces, me parece que hay que bajar todavía más, y yo bajaría a la escuela. Es decir, se han creado los coordinadores de COVID durante esta pandemia, ¿por qué no se puede hacer el coordinador de pediatría social y que se comunique con su pediatra referente en atención primaria? Es decir, ya se ha creado un recurso, ya se ha creado la forma. ¿Pues por qué no aprovechar eso? Porque, si no, se están perdiendo, de los 8,2 millones, yo diría que siete. No se llega a esos niños. Y bueno, ya si nos vamos a la privada ya si que no llegan, porque es el que paga.

Pero, aparte, el padre es el que paga. Es un cliente, no es un usuario como en el SAS.

Sí, pero hay otro inconveniente: cuando tú te peleas con alguien fuerte, ¿qué nos pasa? Te lo piensas cuatro, cinco, seis, ocho o diez veces, con lo cual, el riesgo es mayor de no visibilizar una evidencia.

#### **Manuel Sobrino Toro**

Los problemas respiratorios me hacen que no pueda estar con mascarilla. Bueno, me conocéis, soy Manuel Sobrino, más conocido como Manolo Sobrino. Se me ha mencionado muchas veces, quizás demasiadas veces. Yo la experiencia que tengo es la experiencia propia de alguien que lleva más de 30 años de profesor universidad. Ya casi no... Bueno, me queda un tiempo para jubilarme, pero... Hace poco consolidé mi posición en la universidad e incluso mis compañeros me quieren tanto que me han hecho director de departamento, con lo cual

### VI. Anexo 3. Transcripción Litera

creo que ni siquiera me han hecho un favor, sino que me han hecho es... Imaginad lo que me han hecho, ¿no? Llevo también más de 20 años siendo director de esta santa casa, de la Fundación Gota de Leche, que es una institución, probablemente, de las más antiguas de España, de 1906, donde precisamente se hacía pediatría social, pediatría preventiva y social, donde los médicos veían a los niños antes de que se pusieran enfermos, cosa que ahora lo vemos como algo normal, pero que antes no era normal ni es normal en América Latina. Antes ha mencionado Jesús García Pérez el tema de la AIEPI. El tema de la AIEPI lo que hace, que es Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, que en el ámbito anglosajón se llama IMCI (Integrated Management of Childhood Illness), todo en África fundamentalmente, lo que trata es que las personas que se encargan de ver a los niños, y no tienen por qué ser médicos si no hay médicos cercanos, detecten cosas y no solamente se atienda al motivo de consulta. Está vacunado, está malnutrido... Sería largo, no quiero desviarme. Entonces, mi análisis está un poco desde esa perspectiva de un pediatra que lleva más de treinta y tantos años, casi cuarenta, viendo niños por una parte, por otra parte alguien que lleva tiempo en la universidad y por otra parte alguien que está aquí en la Fundación y que ha dedicado un tiempo a la cooperación internacional y que todavía sigo haciéndola si el COVID nos deja.

Vamos a ver, la pediatría social. Nosotros ya nos reunimos en el año 2006 y 2008. Yo quiero poner en valor el documento de La Rábida. Lo quiero poner en valor porque fue un esfuerzo intelectual importante donde algunas de las personas que están aquí y estuvimos allí y nos quebramos los sesos para sacar ocho o diez paginitas que cualquier listo, y conocemos a más de uno, hubiera convertido un tratado de pediatría social. Tanto papel y tanto árbol que se corta innecesariamente, ¿no? Ya conocemos esto en nuestra sociedad, ¿no? Este documento sintetiza un poco lo que entendíamos que debía ser la pediatría social a la luz de nuestras propias experiencias y lo que le habíamos leído y leíamos, y sigue siendo, creo, un documento válido de referencia. Perdonad, no quiero ser (inaudible). Fue algo muy compartido con diferentes...

Tenemos dos escenarios distintos: uno es el escenario académico. Yo, compro profesor, puedo decir qué es la pediatría social y podemos estar... Otro es el escenario profesional, que el que más se ha hablado aquí. Y en el escenario profesional, si quieres hablamos un minuto. Tres cosas decíamos: ¿Qué tiene que hacer una persona que se autodenomina o un profesional autodenominado o que lo denominan pediatra social? Pues tiene que colaborar con otros especialistas pediátricos: el endocrino por los niños que son crónicos de diabetes o que tienen problemas tiroideos, con el neonatólogo porque es muy chiquito, menos de 1000 gramos, que después va a tener problemas y hay que seguirlo en la consulta y tiene que colaborar con él. Después había un segundo escenario que era el escenario claramente pediátrico directo, o sea, eran niños ya con problemas con problemas de abuso, niños en acogimiento familiar, niños en acogimiento residencial, todo ese tipo de cuestiones. Y después hay otro escenario tercero que decíamos que eran aquellos niños donde había varios profesionales que tenían que intervenir en un programa concreto, atención temprana, por ejemplo. Aquí en Andalucía, que está más o menos estructurado el programa, una de las carencias claras de atención temprana es que el riesgo social (y yo eso lo explico cuando me han invitado en un par de másteres) que hay niños que son de riesgo social que tenían que ir a atención temprana y no van, porque oyen bien, no tienen problemas de tal, no van

### VI. Anexo 3. Transcripción Literal

atrasados... Pero son niños que tienen que ir. Entonces, esos son los tres escenarios, ¿no? Entonces, nosotros tenemos que hablar de lo profesional, vale, pero también tendríamos que hacer un ejercicio para entender qué es lo que es pediatría social. Y pediatría social no es lo que pasaba hasta hace 30 o 40 años, que se metía, desde un punto de vista académico, todo lo que no cabía en el resto de las especialidades pediátricas. Entonces, está claro que eso no puede ser.

Después hay otra cuestión: yo no entiendo la pediatría social si no va hermanada, aunque sea otra disciplina, con la salud pública infantil. Es que estamos hablando de cosas distintas, porque estamos circunscribiéndonos exclusivamente a problemas de niños que llevan al hospital, abusados, o a atención primaria o tal.

Otra cuestión: yo, en la facultad, e Ignacio fue pionero en eso, hemos metido la pediatría social. Nos ha costado Dios y ayuda porque el que teníamos antes, pues no andaba por la labor, pero como ya no está el que está antes y ahora ya empieza uno a mandar, pues en la asignatura de Pediatría tenemos dos temas de pediatría social, sí o sí, porque lo dice el que manda. Entonces, yo lo que procuro en esos temas de pediatría social es intentar que los alumnos entiendan qué son los programas de prevención de infancia, lo que tenemos en Andalucía, o sea, "cuidado, que este va al hoyo, y antes de que vaya al hoyo, lo sacamos". Segundo, aquellos niños que ya están en protección con los diferentes... Porque un médico tiene que saber esas cosas, porque le va a llegar a la consulta de medicina de familia o de pediatría un niño y "No, este viene de un centro de salud", y no viene con su padre y con su madre, viene de la mano de un abogado social o del educador del centro. ¿Y esto qué es lo que es? Tiene que tener un mínimo conocimiento de qué va la cosa. Son niños de talla baja, niños que han sido abusados, que tienen problemas... Que tú a lo mejor lo ves y no tiene pinta de nada, porque va el tío con sus zapatillas, con sus pantalones vaqueros, pero detrás hay una historia de vida que ninguno de nosotros, probablemente, viene encima con la edad que tenemos. Esto son sensibilidades respecto a lo que es el pregrado. A los residentes se les enseña mal porque ni hay consultas de pediatría social ni se hacen rotaciones, que yo creo que debería ser casi obligatorio, por lo menos mínimas. No cuatro meses, pero dos semanas para que vean de qué va la cosa.

Y después, en el tema de la formación continuada, se está confundiendo, con todos mis respetos, se están haciendo programas de pediatría social que no son pediatría social, son otra cosa. Llamemos a las cosas por su nombre. "Máster en pediatría social preventiva y no sé cuánto", "máster de pediatría ambulatoria y tal y cual", pero la pediatría social es una cosa que yo la veo muy clara, entonces, si metemos más cosas... Y después otra cosa, no olvidemos: en la pediatría social, la primera palabra se dice "pediatría". La pediatría es lo que es, no estoy diciendo, y yo estoy acostumbrado a trabajar con vosotros, encantado y, además, me encanta que hayáis venido, trabajadores sociales, psicólogos, pedagogos, psicopedagogos... De hecho, aquí en la Gota de Leche tenemos programa y están todos integrados. Quizás el pediatra es el que menos interviene porque en Andalucía, gracias a Dios y gracias al sistema, la pediatría funciona bien a nivel público y a nivel privado y no hace falta que aquí se le (inaudible). Quiero decir con esto que estoy acostumbrado, pero no olvidemos que la pediatría social tiene que ser pediatría, que es la salud del niño y del adolescente, porque si empezamos a hablar de temas sociales exclusivamente, ya no somos pediatras, somos

### VI. Anexo 3. Transcripción Literal

trabajadores sociales, y si hablamos del comportamiento de los niños, ya nos convertimos en psicólogos, en psiquiatras infantiles. Luego, yo insisto, y esto es algo que lo dije ya en el 2015 en el Congreso de Salamanca: perfecto a la multi y a la interdisciplinariedad, por supuesto, pero cada profesional tiene su papel en ese rol y tiene su rol, porque es que si no, al final, empezamos a hablar, como había un catedrático en Cádiz de Pediatría que también le gustaba la informática y a los informáticos les hablaba de pediatría y a los pediatras les hablaba de informática, ¿no? Entonces no vayamos a caer...

Y ya con esto... Había más cosas para decir, pero no quiero ocupar más tiempo.

#### **Juan Gil Arrones**

Hay un comentario de **María Luisa Poch Olivé** que dice que es muy importante comentar que si se está desarrollando... Muchas veces el chat cambia las palabras, ¿no? Que es importante comentar si se está desarrollando, en las participaciones, no solo los problemas concretos o los más graves son los que llegan a las consultas de pediatría social y es muy importante mantener figuras de referencia. Vuelve a insistir en la figura de referencia. Y también es muy importante abrirse al enfoque comunitario. El aprendizaje de atención primaria, trabajar en equipo y sensibilizar es fundamental. Parece que a veces se deja en manos de gente comprometida, como sois todos vosotros, y en unidades, pero esto es una tarea que tenemos que trabajar con la infancia y todos los que trabajamos con la infancia, independientemente de donde se desarrolla nuestra labor asistencial, sea cual sea la especialización. Es una responsabilidad que creo que entra en el ámbito de la ética profesional.

Y Raquel Páez pregunta: “¿Cómo logro contaminar a los pediatras de forma transversal en este enfoque integral y correspondiente teniendo en cuenta los condicionantes sociales y los contextos en que los menores y los familiares se desarrollan? ¿Cómo lideramos, cómo somos profesionales al cuidado de su protección en este cambio de visión?

¿Cómo hacerlo?”, se pregunta.

#### **Rafael Muriel Fernández**

Yo creo que estamos en los inicios de una nueva etapa, una tercera etapa que, a mi juicio, la experiencia que hasta ahora hemos tenido en pediatría social. Me parece que es la etapa más difícil. La sociedad que enfrentamos ahora, no me voy a detener en eso porque en medio minuto no se puede decir, pero tiene cantidad de problemas donde se mezclan la complejidad y las respuestas tienen que ser complementarias necesariamente. Hablando de los escenarios, hay un escenario importante que normalmente no tenemos en cuenta, que es el escenario legislativo. Ahora se han hecho en junio la ley de violencia y en septiembre se ha hecho la ley de infancia de Andalucía. En ambas las asociaciones en defensa de la infancia han sido consultadas y como fruto de esas consultas se ha nombrado un artículo que el profesor Ignacio ha dicho respecto a los cuidados paliativos, pero hay muchos más. Hay muchas relativas a la pobreza, etcétera, que han hecho. Ese es un frente que tenemos que trabajar y que tenemos que estar presentes a la hora de decir. Y no solamente para elaborar la ley. Aquí hay gente que ya trabaja en que esa ley se cumpla. Si la ley dice que hay que hacer

*VI. Anexo 3. Transcripción Literal*

coordinador desde prevención y de riesgo y no se hace, pues hay que pedir explicaciones. Y si no nos la dan, pues hay que volver a insistir.

***Ignacio Gómez de Terreros***

Brevísimo. Yo, la asignatura que dejo pendiente al relevo generacional es el tema de las desigualdades autonómicas. Hay autonomías que no tienen ni un pediatra social, o sea, ninguna preocupación en ese sentido. Creo que es fundamental el hacer un análisis de las comunidades autónomas, Ceuta y Melilla de cómo se están tratando los temas y cómo estimular para que aparezcan personas que, por lo menos, impulsen el desarrollo de un determinado tono. Eso es lo que me preocupaba y que quería dejaros como deberes.

***Juan Gil Arrones***

Muy bien, pues nada más, muchas gracias. Con este final acabamos la mesa. La mesa se ha extendido un poquito más de la cuenta, pero es que me daba pena cortarla. Ahora lo que vamos a cortar va a ser el café y volvemos dentro de 15 minutos.



*De izquierda a derecha: Juan Gil Arrones, Ana Rosa Sánchez Vázquez, Carme Vidal Palacios, Jesús García Pérez, Estefanía Romero Castillo, Rafael Muriel Fernández, Purificación Reyes Neira, Antonio Gancedo Baranda, Ignacio Gómez de Terreros, María Dolores Lanzarote Fernández, Luís Martín Álvarez, Manuel Sobrino Toro, Xavier Allue Martínez.*







Sociedad Española  
de Pediatría Social

	 GOBIERNO DE ESPAÑA	MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030	SECRETARÍA DE ESTADO DE DERECHOS SOCIALES
---	--	---	--

