

“ El objetivo de la Pediatría Social no es otro que la interacción mutua y específica, entre enfermedad o salud y sociedad. El pediatra social no es feliz por lo que quiere hacer, sino que quiere lo que hace ”



J. García Pérez

Presidente del Instituto Madrileño de Pediatría (IMPe). Frikípata*. Director Médico del Centro de Orientación, Preparación, Apoyo a la Adopción e Inmigración y Riesgo Social Pediátrico (RAPACINOS). Madrid

Editorial

PEDIATRÍA SOCIAL: ¿QUÉ ES Y QUÉ NO ES?

La Pediatría Social es una ciencia antropológica, integral y holística, que estudia al ser humano auténtico y real y, lo que debemos tener claro, es lo que no es la Pediatría Social: la formación del pediatra centrada en las competencias del ámbito hospitalario y en los condicionantes biológicos de la salud que ofrece un enfoque parcial del niño, fraccionado en órganos y funciones e ignorante de su entorno, la medicina socializada, medicina para pobres, la antítesis de la medicina individual o la sociología médica. La Pediatría Social es, más bien, un modo de ser que un programa de estudios, significa algo más que un espíritu o una actitud, comprende un conjunto de esfuerzos colectivos en favor de la infancia y representa un área específica de trabajo que requiere, para cuantos nos dedicamos de manera preferente a sus actividades, una preparación científica idónea y la presencia de móviles emocionales adecuados para tratar de beneficiar al mayor número de niños con el aporte de los conocimientos y de los avances sociales, tecnológicos y científicos de cada momento. En resumen, el objetivo de la Pediatría Social no es otro que la interacción mutua y específica, entre enfermedad o salud y sociedad⁽¹⁾.

Hace varias décadas que la Pediatría Social, preferentemente en Francia y Alemania, se ha institucionalizado como una disciplina con gran peso específico. En nuestro país, hasta 1962, que se define la Pediatría Social (PEDSOC) en el Congreso Internacional de Pediatría de Lisboa. En la década de 1962-1972, hay una eclosión de la actividad pediátrica. En 1972, comienza el simposio español de PEDSOC, celebrado en Madrid; al año siguiente, se funda la sección de PEDSOC de la AEP. En el 2005, surge la Sociedad Española de Pediatría Social (SEPS), a partir de la sección de PEDSOC. Posteriormente, la orden SCO/3148/2006 de septiembre, marca el Programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus áreas específicas y establece: un área clínica, un área de Pediatría Social y salud pública y un anexo^(2,3).

Dicha orden indica que a la Pediatría Social le atañe lo que se refiere al niño y adolescente, sano y enfermo, en sus interrelaciones individuales y con la comunidad, en el medio físico y humano, en el que, de manera ininterrumpida y con características propias se desarrolla. Y en el anexo de dicha orden, matiza que la Pediatría Social debe actuar como Pediatría del desarrollo: con programas

de salud madre e hijo, con indicadores de salud, con programas de salud para niños de 0 a 6 años, para el niño escolar y para el adolescente, programas de cuidados y atenciones al niño y adolescente enfermo con diversidad funcional y portador de enfermedades crónicas. Intervención ante el maltrato, violencia y abandono, en la adopción, guardia y custodia, en los problemas de los niños y adolescentes con marginación social e intervención con programas de prevención de accidentes e intoxicaciones⁽⁴⁻⁶⁾.

Además, los pediatras sociales debemos garantizar el óptimo desarrollo de los niños, niñas y adolescentes (NNA) y que sean respetados sus derechos, decisiones e intereses, y apoyar a los NNA y a sus familias cuando estén en una situación de riesgo bio-psico-social, a saber: inequidades sociales, exclusión social, privación económica, entornos inadecuados, infraviviendas, desnutrición, violencia, falta de estimulación para un crecimiento saludable y falta de un círculo adecuado de protección, entre otros factores de riesgo^(7,8).

A nivel práctico: atención a la infancia vulnerable, favorecer el cumplimiento de la convención de los derechos de los niños (CDN)⁽⁹⁾, “donde se define como niño a todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad”. Se fundamenta sobre el interés superior del menor, la no discriminación, la supervivencia y desarrollo infantil, así como la participación infantil. Se les considera como individuos independientes con sus propios derechos, integrados en una familia y en una comunidad⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Así pues, podemos deducir que el pediatra social debe considerar la historia social como una parte de la historia clínica y como una herramienta fundamental para abordar los problemas de salud de una manera integral, ya que los condicionantes sociales, como experiencias adversas en la infancia (EAI), sobre todo en los países en desarrollo, son muchas veces dramáticas, es el caso del fenómeno “*heat or eat*” (calentar o comer), que se refiere al poco desarrollo del crecimiento del niño en familias pobres, porque parte del dinero lo invierten en calefacción y no en comida. Algunos autores proponen estudiar los problemas sociales, que afectan a la salud infantil, usando las siglas IHELLP: *incomes* (ingresos),

*Pediatra raro dispuesto a atender patologías escéntricas o extrafalarias. Diccionario personal.

housing (vivienda), *education* (educación), *legal status/immigration* (situación legal/inmigración), *literacy* (alfabetización) y *personal safety* (violencia doméstica). En este sentido, la clasificación de las enfermedades de la OMS (Organización Mundial de la Salud), como la clasificación internacional de Atención Primaria de la WONCA (Organización Mundial de Médicos de Familia), incluyen los motivos de consulta con un enfoque biopsicosocial, para poder registrar de manera codificada los problemas sociales^(13,14).

Otro aspecto importante que el pediatra social debe valorar en su actividad asistencial, es la violencia en sus heterogéneas manifestaciones: maltrato emocional, negligencia, maltrato físico, abuso sexual, enfermedad generada por el cuidador, síndrome del niño vulnerable, violencia contra la mujer y su influencia en el NNA, violencia entre adolescentes, violencia de género y violencia situacional, violencia entre pares (acoso, *sexting*) y otras patologías⁽¹⁵⁻¹⁷⁾, drogas, ciberpatologías (ciberacoso, *grooming*, etc), prevención de la mutilación genital femenina y violencia filio-parental. Además, el pediatra social valora la diversidad (el género, la etnia, la diversidad funcional), así como las patologías crónicas, enfermedades raras, los conflictos interparentales, las inequidades en salud, el embarazo de adolescentes, las pandillas, los riesgos de radicalización y los delitos de odio.

Entender la inmigración como una multiculturalidad, como una riqueza, respetar el pluralismo cultural y religioso en general, para evitar generar experiencias perjudiciales, crónicas o recurrentes, angustiosas, con efectos acumulativos, con diferente gravedad y consecuencias para la salud, tanto presentes como futuras; con alteración del desarrollo del NNA: retraso del lenguaje, hiperactividad, dificultad de atención de la escolarización, demora en la adquisición de la lecto-escritura y bajo rendimiento académico. En el aspecto psicopatológico, nos podemos encontrar con agresividad, hiperactividad, ansiedad y somatizaciones. Enfermedades crónicas: asma, obesidad, incontinencia de esfínteres e hiperdemanda. En la edad adulta: cáncer, obesidad, diabetes, depresión, intentos de suicidio y tóxicos, entre otras patologías⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

Debemos trabajar con:

- Los servicios socio-sanitarios⁽¹⁹⁾: Atención Primaria; Unidades de Pediatría Social hospitalarias y Trabajo Social: atención, comunicación y seguimiento, tanto con las víctimas como con los profesionales y las instituciones.
- Los dispositivos institucionales: estatales (Cuerpo Nacional de Policía); participación ciudadana; autonómicos (violencia de género en adolescentes y atención al abuso sexual, y programas de atención integral a las personas LGTBIQ) y municipales (concejalías de la mujer).
- Otras Instituciones: universidades y terapias asistidas con animales.

En cuanto a la prevención:

- Procuraremos detectar la vulnerabilidad en el área de salud, como: valorar la sensibilidad de los profesionales, la formación de los cuidadores y cribado de las experiencias adversas en la infancia (EAI) en los NNA.
- La eliminación de barreras que dificultan el acceso adecuado a la asistencia socio-sanitaria, tales como: las inequidades en salud y valorar los accesos a los sistemas de salud.

- Instaurar un apoyo social efectivo, como favorecer relaciones estables, seguras y afectuosas y estimular la parentalidad positiva^(20,21).

Conclusiones

Por lo que respecta a las nuevas generaciones de pediatras y dada la evolución que ha experimentado la patología pediátrica y el perfil de la morbilidad infantil en los últimos lustros, les resultara imprescindible estar en posesión de una formación idónea en Pediatría Social; esta debería incluirse de manera obligatoria, como sucede en algunos países muy próximos al nuestro, en los programas docentes para pre y postgraduados. En España, aunque la Comisión Nacional de la especialidad de Pediatría lo estableció en 1986, por desgracia y en la práctica, pocas veces se lleva a efecto^(21,22).

En estos momentos, en nuestro país, para lograr una promoción y un desarrollo adecuados de la Pediatría Social, coherentes con la situación que ocupamos en el contexto Internacional y con el alto nivel alcanzado por la Pediatría española, se requerirán grandes dosis de ilusión, de laboriosidad y de persuasión que ya existen y, principalmente, los recursos suficientes públicos y privados para realizar cursos, seminarios, congresos y otras actividades docentes y científicas^(22,23).

Situada la Pediatría Social en la encrucijada de varias ciencias antropológicas, biológicas y sociales, su aprendizaje requiere la participación de múltiples profesionales: médicos, enfermeros, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, educadores sociales, pedagogos, epidemiólogos, etc. Estas tareas docentes precisan cimentarse en trabajos de investigación, cuya calidad y rigor científico no deben ser inferiores a los realizados en otros campos de la Pediatría (Fig. 1).

En estos momentos de constantes cambios sociales y de innumerables avances de la ciencia y de la tecnología, que requieren una continua puesta al día de los objetivos y de las actividades de la Pediatría, es cuando se persigue, que todos los NNA, sin discriminación, tengan acceso a la promoción de la salud. Ahora cuando la Pediatría individualizada trata de convertirse en colec-



Figura 1. Factores y ciencias que intervienen en la formación en Pediatría Social.

tiva, cuando la Pediatría preventiva y del desarrollo gana terreno a la Pediatría curativa, y cuando la Pediatría hospitalaria pretende dar su alternativa a la realizada en el primer nivel de atención, las perspectivas de la Pediatría Social se centran también, en mejorar la formación del personal que trabaja en el campo de la salud, en organizar adecuadamente los servicios y en fomentar la investigación, pilares básicos para desarrollar las actividades colectivas o individuales. Como vemos, la Pediatría Social resulta ser compleja, porque no depende solo del pediatra, es el resultado de las políticas de Estado, que sean permanentes y equitativas y que influyan en el desarrollo del bienestar biopsicosocial de nuestros NNA⁽²⁴⁻²⁸⁾.

Todos los seres humanos nacemos con la semilla de la bondad, tolerancia y racionalidad, pero nos llenamos de odio. La violencia engendra violencia, el amor engendra más amor. El mundo está lleno de hombres y mujeres, sádicos, envidiosos, violentos, vengativos y psicópatas, y la sociedad está plagada de barreras negativas. Para que esto no suceda, debemos ayudarnos los unos a los otros y no sacrificándonos los unos por los otros. El pediatra social no es feliz, por lo que quiere hacer, sino que quiere lo que hace.

“Los frikipatas no solo están dispuestos a atender patologías consideradas raras, sino que ellos mismos pueden ser considerados raros entre algunos colegas, por pensar que todas estas situaciones, también pediátricas, siempre requieren atención, formación, entendimiento, empatía, cercanía, hipótesis, acompañamiento y, en ocasiones, trabajo interdisciplinar y ayuda especializada como el resto de problemas pediátricos”⁽²⁹⁾.

Bibliografía

- Mercer R, Colomer C. La Pediatría social: ¿una forma de pensar el espacio de la consulta? Cuadernos de Pediatría Social. 2003; 1: 12-5.
- García Caballero C. Introducción a la Pediatría Social. En: García Caballero C. Díaz de Santos, 2000; p. 3-26.
- Hellbrüge Th, Pechstein J. Fundamentos generales. Bases, misiones y metas de la Pediatría Social. En: Opitz S. Enciclopedia pediátrica. Versión española. Madrid: Ediciones Morata. 1969; III: 301-37.
- Masse NP. Introducción a la Pediatría social. En: Manda R, Masse N, Manceaux M. Pediatría Social. Editorial Labor; 1978. p. 3-5.
- Blair M, Stewart-Brown S, Waterston T, Crowter R. Child public health. Oxford University Press. 2003.
- Polnay L. Community paediatrics. Churchill Livingstones. 2002.
- Norvenius N, Köhler L, Johansson J, Wennergren G. Protection, prevention, promotion. Development and future of child health services. Goteborg, Nordik School of Public Health. 2001.
- Goldhagen J, Mercer R. Child health equity: from theory to reality. En: Invernizzi A, Williams J. The human rights of children. Ashgate. 2011; p. 307-26.
- Comité de los Derechos del Niño. Observación General N° 12 (2009). El derecho del niño a ser escuchado. Naciones Unidas. 2009.
- Kohler L, ESSOP - 25 years: personal reflections from one who started the European Society for Social Paediatrics. Child: Care, Health & Development. 2003; 29: 321-8.
- Llorens J. La Pediatría social. Medicina Integral. 1982; 3: 571-3.
- Sobrino M et. al. Seminarios sobre Pediatría Social, celebrados en La Rábida en 2006 y 2008 (NP). Participantes: Anchoriz M, Allue X, Carranza V, Díaz Huertas JA, Gómez de Terreros I, Gil J, et al.
- Martínez González C. An Pediatr (Barc). 2010; 73: 229-32.
- Kenyon C, Sandel M, Silverstein M, Shakir A, Zuckerman B. Revisiting the Social History for child Health. Pediatrics. 2007; 120: e734-8.
- Lalonde MA. A new perspective of the health. Canadians Ministry of Health and Welfare. Ottawa. 1974.
- Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. 2007.
- Díaz Huertas JA, Marín López L, Muñoz Hoyos A. Concepto de Pediatría Social. En: Díaz Huertas JA, Marín López L, Muñoz Hoyos A, ed. Manual de Pediatría Social. Ediciones del Genal. Málaga. 2013.
- Díaz Huertas JA, Benítez Robredo MT, Muñoz Hoyos A, Ruiz Díaz MA. Aspectos relativos a la salud de la infancia y de la adolescencia en España SIAS 6. Sociedad de Pediatría Social. 2007.
- Allué X. Pediatría psicosocial. Ergon. 2000.
- Rajmil L, Díez E, Peiro R. Desigualdades sociales en la salud infantil. Informe SESPAS 2010. Gac Sanit. 2010; 24: 42-8.
- Hidalgo MI, Redondo AM, Castellano G. Medicina de la adolescencia (2ª ed). Ergon. 2012.
- Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP21. Estrategias para la mejora de la Atención Primaria. Análisis de situación de la Atención Primaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.
- Vall O, García-Algar O. Pediatras, Pediatría y Comunidad; 2005. p. 4-6.
- GuydaH, Razack S, Steinmetz. Social Paediatrics. Pediatr Child Health. 2006; 11: 643-5.
- Reyes M, Sánchez Jacob M. Bioética y Pediatría. Ergon. 2010.
- Kilkelly U. Child-friendly health care: the views and experiences of children and young people in Council of Europe member States. 2011. Disponible en: https://www.coe.int/t/dg3/health/Guidelines_on_child_friendly_health_care__English_version_.pdf.
- Directrices del Comité de Ministros del Consejo de Europa para una asistencia sanitaria adaptada a la infancia y exposición de motivos. 2011. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/>.
- Peris Vidal A, Núñez Gómez F. Investigar en Atención Primaria. Publicación de los resultados de la investigación. Pediatr Integral. 2012; XVI: 821.e1-821.e7. Disponible en: <https://www.pediatrintegral.es/numeros-antiores/publicacion-2012-12/publicacion-de-los-resultados-de-la-investigacion/>.
- Páez González R, Martínez González C. Frikipatas. Rev Pediatr Aten Primaria. 2023; 25: 98. Disponible en: <https://pap.es/articulo/13945/frikipatas>.



Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en “on line” a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatrintegral.es. Para conseguir la acreditación de

formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85 % de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario “on-line”.