

CONSEJERIA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL  
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD  
ÁREA DE VALME. SEVILLA.

# MEMORIA DEL PROGRAMA DE PEDIATRÍA SOCIAL 1993-2013

---

20 años de desarrollo

**Juan Gil Arrones**  
Coordinador



*Programa de Pediatría Social*

MEMORIA 1993 a 2013  
PROGRAMA DE PEDIATRÍA SOCIAL  
Área de Valme

---

**DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE PEDIATRÍA SOCIAL**

---

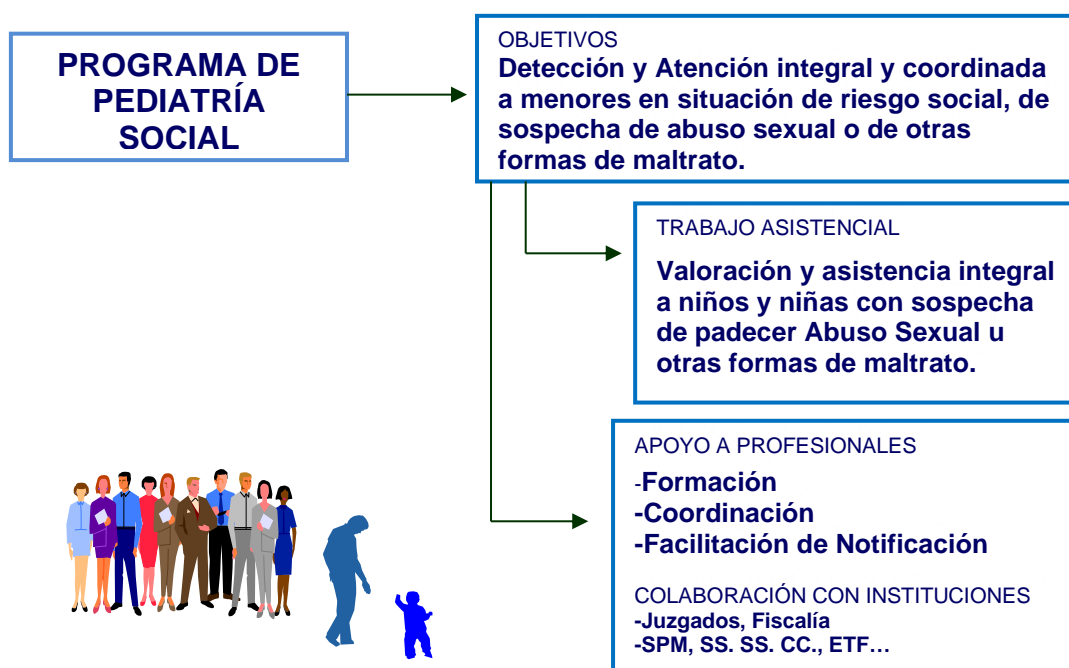
El Programa de Pediatría Social (PPS) es un programa transversal de atención a personas menores de 18 años que presentan *factores de riesgo social* (FRS) o *indicadores de sospecha de maltrato*.

Orgánicamente está integrado en la Unidad de Gestión Clínica de Pediatría y Neonatología del Área de Valme y, funcionalmente en la Unidad de Trabajo Social. Se inicia en el año 1991 y, según la redacción de 1993, se plantea objetivos de cara a la atención de menores y de apoyo a profesionales.

Como Programa se desarrolla a través de todos los profesionales del Hospital y de Atención Primaria que atienden a menores de edad. Coordina la atención integral de estos menores cuya salud está o puede verse afectada por causas adversas de su entorno social, realiza funciones de *apoyo a los profesionales* de los diferentes Servicios y Unidades Asistenciales mediante formación, elaboración de protocolos, coordinación entre especialistas y facilita la notificación de los casos (Hoja de Notificación) y las relaciones con otras instituciones: Servicios Sociales Comunitarios, Servicio de Protección de Menores, Juzgados (Parte de Lesiones, Informes periciales), Policía, etc.

**Objetivos**

---



MEMORIA 1993 a 2013  
PROGRAMA DE PEDIATRÍA SOCIAL  
Área de Valme

---

El PPS considera que la presencia de indicadores de sospecha de maltrato o la ausencia de un trato adecuado constituyen un *riesgo para el desarrollo y la salud* de las personas menores y que, la atención específica, integral y adaptada de estos menores permite mejorar sus posibilidades de desarrollo, de crecimiento y, en definitiva, de su salud y de la calidad asistencial que se les ofrece.

El objetivo último del PPS es facilitar una atención adaptada, integral y coordinada, a menores que presentan indicadores de padecer abuso sexual, otras formas de maltrato o que se encuentran en situaciones de riesgo social.

---

### Concepto del Maltrato Infantil

---

Inicialmente, en 1991 a 1993, ha sido necesario establecer los criterios que debíamos emplear para considerar los casos de sospecha de maltrato, puesto que el maltrato infantil no era un diagnóstico que constara en ninguno de los sistemas de registro ni en los informes asistenciales, en los que solo eran recogidos lesiones, heridas, fracturas, sangrados y enfermedades infecciosas, sin establecer la posible relación con el diagnóstico de maltrato o de abuso sexual.

El Maltrato infantil es una entidad compleja que interesa a diferentes sectores profesionales y administrativos que requiere, por lo tanto, un abordaje interdisciplinar e intersectorial.

El PPS como instrumento del sistema de salud, considera el concepto de maltrato infantil en sentido amplio, que incluye desde aquellos casos en los que el menor no recibe un “trato adecuado” o no se satisfacen sus necesidades básicas, entendidas como formas de abandono, hasta la producción de lesiones o daño físico o psicológico; independientemente de la existencia o no de intencionalidad de causar daño o de que pudiera derivarse responsabilidad civil o penal.

El concepto de maltrato que aplica el PPS está tomado de la Guía de Salud Infantil y del Adolescente, a su vez tomado y modificado del que propone el Centro Internacional de la Infancia de París en 1.980:

*Cualquier acción u omisión no accidental realizada por parte de personas o de instituciones, que comprometa la satisfacción de las necesidades básicas del menor, le cause lesiones o daño orgánico, psicológico o social, o vulnere sus derechos*

Este enfoque permite, además, desarrollar desde el escenario asistencial las estrategias de promoción de los valores de parentalidad positiva propuestas por la Consejería de Salud y Bienestar Social, recogidas en el Cuaderno de Trabajo “Salud y Buen Trato a la Infancia y Adolescencia en Andalucía”, publicado en 2010.

MEMORIA 1993 a 2013  
PROGRAMA DE PEDIATRÍA SOCIAL  
Área de Valme

---

### Trabajo asistencial

---

Facilitar una atención integral, interdisciplinar, intersectorial y coordinada de menores en situación de riesgo social, con sospecha o en situación de cualquiera de las formas de maltrato es, desde el principio, el objetivo fundamental y la razón de ser del PPS.

La adecuada atención de menores en situación de riesgo social o de maltrato dependerá inicialmente de la capacidad de detección de indicadores de sospecha por parte de los profesionales y de la adecuación de los procedimientos asistenciales, que deben ser adaptados a sus características y necesidades individuales y deben cumplir criterios de calidad asistencial.

Alcanzar niveles de **excelencia y calidad asistencial** en cada uno de estos menores es un objetivo metodológico imprescindible, para contribuir a la mejora de su calidad de vida y para evitar un posible impacto adverso para su salud derivado de los procedimientos, lo que constituiría una posible revictimización del paciente.

Se tienen como criterios de calidad:

- Respeto a los derechos de las personas menores de edad.
- Atención integral a las necesidades de los menores con indicadores de sospecha de ser víctimas de maltrato o de abuso.
- Evitar errores en la valoración: falsos positivos y falsos negativos.
- Atención interdisciplinar y cooperación intersectorial.
- Procedimientos asistenciales adaptados, inmediatos y coordinados en actos únicos asistenciales.
- Evitar actuaciones que puedan conllevar un proceso de revictimización de la persona menor de edad.

### Dimensión del problema

Según los estudios de investigación y las estimaciones del Consejo de Europa, en la actualidad, uno de cada cinco menores ha padecido alguna forma de abuso sexual y las formas de maltrato pueden afectar al 40 % de la población menor de 18 años; por lo tanto, la capacidad de detección de los profesionales es un factor fundamental para poder iniciar los procedimientos asistenciales, de protección y de apoyo que necesitan.

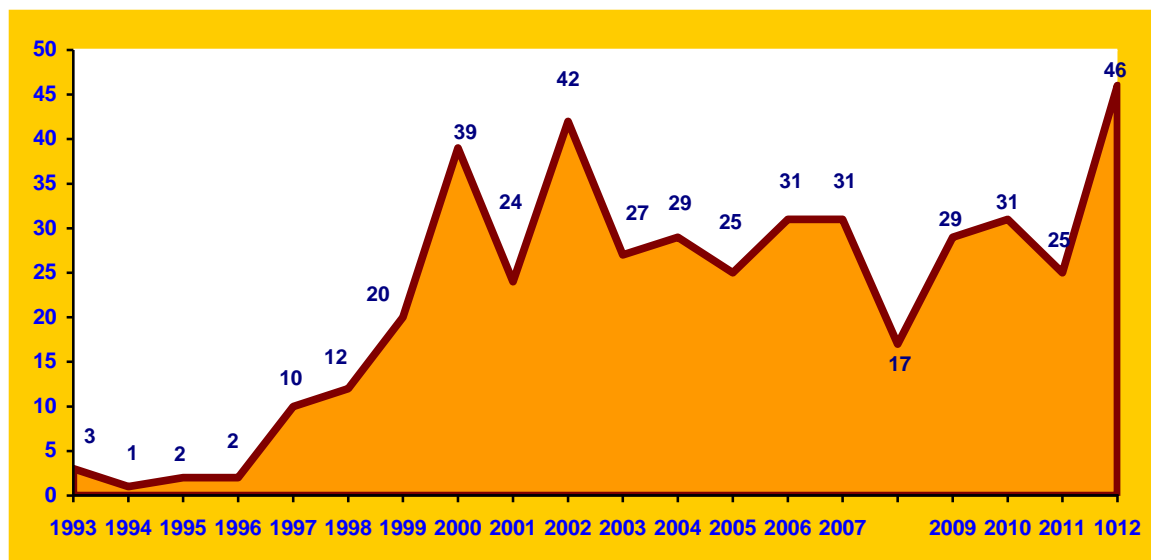
### Trabajo asistencial en el PPS

El número de casos detectados y atendidos ha evolucionado progresivamente, pero con oscilaciones, en estos años en función del conocimiento y de la actitud que tienen los profesionales con respecto a los indicadores de sospecha y a los procedimientos de notificación y de asistencia.

Desde los comienzos del PPS han sido atendidos 2.655 menores por presentar factores de riesgo social (FRS) o indicadores de sospecha de abuso sexual u otras formas de abandono o de maltrato físico o psicológico.

De ellos, 440 han presentado indicadores de sospecha de abuso sexual y han requerido una respuesta muy adaptada a sus características específicas.

MEMORIA 1993 a 2013  
PROGRAMA DE PEDIATRÍA SOCIAL  
Área de Valme



Gráfica 1. Menores atendidos por sospecha de abuso sexual. Total: 440 casos.

#### Frecuencia de casos atendidos por el PPS entre 1993 y 2000

Desde 1993 hasta iniciado el año 2000 fueron atendidos 297 menores por presentar diferentes formas de maltrato, 263 por Problemática Familiar como factor de riesgo social, 99 menores cuyos padres padecían enfermedad o discapacidad que podían dificultar la atención de los hijos, y 56 menores con indicadores de sospecha de abuso sexual.

En total fueron atendidas en este período de tiempo, siguiendo los procedimientos y criterios establecidos, 715 personas menores de edad.

#### Tipología de los casos atendidos en 1996

En estos años se han obtenido diferencias en la tipología de los casos detectados, probablemente debido a factores relacionados con la formación y la actitud de los profesionales y a la propia madurez y a la capacidad operativa del PPS.

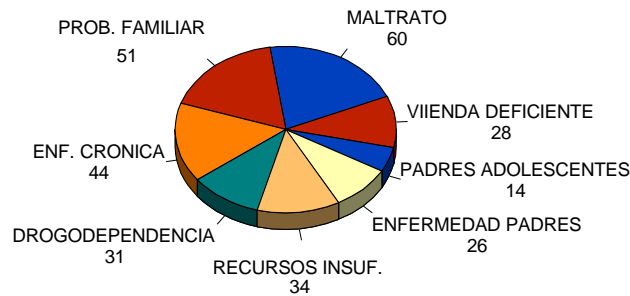
En estudio de los 118 menores atendidos en 1996, 58 estaban en situación de riesgo social, 60 presentaron indicadores de maltrato, siendo más frecuentes las formas de abandono; otros 2 menores presentaron indicadores de abuso sexual; como se expresa en la gráfica 2.

MEMORIA 1993 a 2013  
PROGRAMA DE PEDIATRÍA SOCIAL  
Área de Valme

---

## FRECUENCIA DE LOS F.R.S.

**TOTAL: 118 casos**

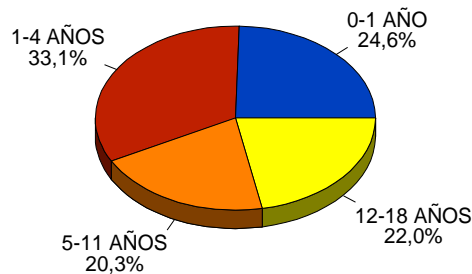


**Grafica 2**

Los 118 menores atendidos en 1996 se distribuyen más frecuentemente en el grupo de edad 1 a 4 años, aunque proporcionalmente su detección se concentra más en niños y niñas durante el primer año de vida.

## DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD

**TOTAL DE CASOS ATENDIDOS DURANTE 1996: 118**



**Grafica 1**

### Tipología de los casos atendidos en 1997

La realización de un Taller de Formación en la atención del abuso sexual infantil realizado en 1997 supone un punto de inflexión en la detección y en el abordaje de casos de sospecha de abuso sexual. A partir de entonces se incrementa el número de casos de sospecha de abuso sexual que son detectados y atendidos en el PPS.

En el año 2007 son atendidos 164 menores de los cuales, 133 presentan indicadores de maltrato y 31 casos de sospecha de abuso sexual.

Este incremento en la detección y estudio de casos de sospecha de abuso sexual es una tendencia que se mantiene en los años siguientes, con oscilaciones que solo pueden explicarse por la diferente capacidad operativa del equipo básico del Programa.

MEMORIA 1993 a 2013  
PROGRAMA DE PEDIATRÍA SOCIAL  
Área de Valme

---

### Tipología de los casos atendidos en 2008

Desde enero a diciembre de 2008 han sido valorados 171 menores por sospecha de maltrato; de ellos, 46 son casos de abuso sexual, 116 otras formas de maltrato y otros 9 estaban en riesgo de sufrir maltrato.

Los menores con factores de riesgo social (FRS) se consideran que están en riesgo de sufrir alguna forma de maltrato, principalmente abandono o negligencia.

Además del abuso sexual (46 casos), las formas de maltrato más frecuentemente detectados han sido abandono o negligencia (43 menores), maltrato psicológico (23 casos), maltrato prenatal (14 casos), agresión física (7 casos) y Síndrome de Münchausen (4 casos).

El incremento en la detección de casos de sospecha de abuso sexual está determinado, en parte, por la detección de una serie de 23 casos relacionados entre sí “en cascada” entre menores de diferentes edades.

### Tipología de los casos atendidos en 2011 y 2012

En el año 2011 son atendidos 202 menores, con un incremento de casos de riesgo social, lo que constituye una oportunidad de prevención de casos de maltrato.

Durante 2012 han sido atendidos 208 menores a través del PPS, con incremento de los casos de menores que presentan indicadores de abuso sexual.

TIPOLOGÍA	NÚMERO DE MENORES ATENDIDOS	
	año 2011	año 2012
Abuso Sexual	25	46
Otras formas de maltrato	21	45
Riesgo Social / Riesgo de maltrato	156	117
<b>TOTAL</b>	<b>202</b>	<b>208</b>

Tabla 3. Tipología de menores atendidos por el PPS en 2011 y 2012

En 2012 se ha duplicado la detección y estudio de casos de sospecha de maltrato y de abuso sexual, a expensas de una disminución del número de menores con factores de riesgo social, quizás por la incorporación de nuevos profesionales a la plantilla del Servicio de Pediatría y a la polarización del interés por los casos más “evidentes”.

Las formas de maltrato detectadas más frecuentemente, como en años anteriores, han sido 26 casos de abandono de cuidados necesarios o la inadecuada satisfacción de sus necesidades básicas: alimentación, estimulación, afecto, higiene, juego, aprendizaje, desarrollo social, reconocimiento de su individualidad personal y de sus progresos.

MEMORIA 1993 a 2013  
PROGRAMA DE PEDIATRÍA SOCIAL  
Área de Valme

---

Dos de estos casos de abandono corresponden a la renuncia de las madre por lo que sus hijos pasaron directamente a ser tutelados por la Entidad Pública tras el nacimiento. Otros 19 menores presentaron otras formas de maltrato: físico (9), prenatal (4), psicológico (4) o Síndrome de Münchausen (2).

En 2012 el grupo de edad más frecuente corresponde al de menores de un año de edad (50 casos), y el resto se distribuye de forma bastante uniforme entre los otros grupos etáreos.

Grupo de edad	N. de casos 2012
< 1 año	50
1 a 4 años	37
5 a 9 años	39
10 a 13 años	35
14 a 17 años	20

Tabla 2. Distribución por grupos de edad. 2012.

En 2012 también se ha incrementado notablemente el número de menores estudiados por presentar indicadores de abuso sexual; lo que consolida la trayectoria del PPS en la detección de casos y su posición de “**dispositivo de referencia**” de cara a otras instituciones y profesionales.

El mayor número de menores que han sido estudiados por presentar indicadores de sospecha de abuso sexual y de otras formas de maltrato, puede deberse en gran medida al mayor conocimiento de los indicadores y de los procedimientos, por los Pediatras y Médicos Residentes de la Unidad Clínica.

---

### Metodología asistencial

---

Todos los menores atendidos en el PPS han sido valorados desde el punto de vista médico y social y posteriormente han sido objeto de seguimiento médico y valoración social de su evolución en el contexto familiar.

Los menores con indicadores de sospecha de abuso sexual han sido objeto de valoración médica, social y psicológica.

La valoración médica de cada uno de los casos de sospecha contempla:

- Valoración inicial por el profesional de Urgencias
- Exploración pediátrica
- Exploración por otro especialista que proceda: ginecóloga, médico forense, dermatólogo, digestólogo, etc.
- Entrevista a los padres y al menor, si procede
- Coordinación con T. Social
- Notificación
- Diagnóstico diferencial
- Elaboración de informes
- Controles médicos



MEMORIA 1993 a 2013  
PROGRAMA DE PEDIATRÍA SOCIAL  
Área de Valme

---

La valoración social se inicia tras la comunicación a la Unidad de Trabajo Social (UTS) mediante Hoja de Consulta o por cualquier otro medio, se continúa mediante entrevistas a los padres y, cuando procede, a los menores; se contrasta la información inicial y se notifica la sospecha, mediante Hoja de Notificación, a los Servicios Sociales Comunitarios o al Servicio de Protección de Menores.

La valoración y la atención psicológica especializada se facilita a través de la derivación al Servicio de Protección de Menores quien, en los casos de abuso sexual, proporciona el estudio psicológico por especialistas del Equipo de Investigación de Casos de Abuso Sexual (EICAS), tratamiento a las víctimas por profesionales especializados de ADIMA y tratamiento de los menores agresores por profesionales de la organización Márgenes y Vínculos.

---

### Origen de la demanda

---

Los casos atendidos han accedido al PPS por tres posibles límites de entrada:

- a. Derivación que hacen otros profesionales o instituciones para nuestra valoración médica y social.
- b. El menor o sus familiares manifiestan que han sido objeto de maltrato o abuso.
- c. El profesional que atiende al menor detecta indicadores de sospecha.

En el año 2012 los indicadores de sospecha han sido detectados e informados al PPS por distintos profesionales del hospital que atienden a menores, fundamentalmente médicos (92 casos) y en menor medida profesionales de Enfermería (8 casos).

Las derivaciones que hacen otros centros o instituciones proceden más frecuentemente del Equipo de Protección de Menores (35 casos), de Centros de Salud (21 casos) y de otras instituciones (7 casos).

El menor o su familia solicitan el estudio en 19 casos.

Profesional	Casos derivados al PPS	
	2011	2012
Enfermeras	15	8
Pediatras	52	62
Otros especialistas	28	30
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>208</b>

**Tabla 3. Origen de la demanda. 2012.**

MEMORIA 1993 a 2013  
PROGRAMA DE PEDIATRÍA SOCIAL  
Área de Valme

---

Si consideramos que entre un 25 y un 40 % de la población menor de 18 años padece alguna forma de maltrato, según datos de Save the Children y del Consejo de Europa, resulta evidente que es necesario avanzar en la detección y notificación de casos de sospecha.

En los últimos años se constata un incremento en el número de casos detectados y derivados por los Pediatras y se consolida el número de casos detectados por otros especialistas, especialmente ginecólogas; lo que pone de manifiesto el trabajo de sensibilización y de apoyo que realiza el PPS.

En el pasado año 2012, un total de 52 casos, un 25% de los menores, residen en localidades no pertenecientes al Área de Valme, y 156 menores pertenecen a localidades del Área de Valme; lo que nos sitúa en cierto modo como un dispositivo de referencia en la atención al maltrato infantil.

Los menores del Área de Valme estudiados suelen pertenecer a las localidades de mayor población:

Dos Hermanas (36), Alcalá de Guadaíra (35), Los Palacios (13) Las Cabezas (12), El Cuervo (12), Arahal (9), El Viso del Alcor (9), Lebrija (8); pero también influyen otras variables como los índices de marginalidad y de la capacidad de los equipos asistenciales.

---

#### **Detección de factores de riesgo social (FRS)**

---

Un menor está en situación de riesgo social cuando:

*En su entorno familiar o social existen situaciones o circunstancias (factores) que pueden influir negativamente en su crecimiento, desarrollo, integridad física o psíquica, en el tratamiento y evolución de las enfermedades agudas o crónicas y, en definitiva, en su salud considerada en sentido integral.*

Por sí sola, la existencia de situaciones de riesgo social o de FRS no implica necesariamente una situación de maltrato; tan sólo debe significar una llamada de atención, una alarma que advierte a los profesionales del riesgo que existe de maltrato y de la posibilidad de prevenirlo mediante la notificación y el abordaje interdisciplinar.

La presencia de FRS conlleva dos características principales: capacidad anticipativa o preventiva y capacidad asociativa. La primera de ellas nos ofrece datos que, una vez detectados, nos ayudan a prevenir que una situación de limitación, de dificultad, de carencia o necesidad pueda convertirse en abandono o maltrato y, la segunda, nos dice que los factores de riesgo suelen ser acumulativos ya que casi nunca se dan de forma aislada; la bibliografía y los estudios al respecto, evidencian que el número de niños y niñas que reúnen más de un FRS es más frecuente, frente a los que sólo reúnen uno. En nuestra experiencia hemos observado una concentración de 2,7 FRS por cada niño o niña en situación de riesgo social.

Los FRS pueden darse en un momento determinado o prolongarse a lo largo del tiempo y añaden dificultad a la hora de dar una atención adecuada al niño, impide sus cuidados o repercute sobre su completo estado de salud.

MEMORIA 1993 a 2013  
PROGRAMA DE PEDIATRÍA SOCIAL  
Área de Valme

---

Existen, asimismo, situaciones carenciales o de dificultad que, por sí misma, resultan más graves que otras y esto es algo que los profesionales tienen que tener presente en su valoración; por ejemplo, dificultad de atención del hijo por consumo de sustancias tóxicas, frente a dificultad económica familiar con una adecuada actitud y capacidad de los padres.

Durante el año 2012 han sido atendidos y valorados desde el punto de vista médico y social 117 menores que presentan alguno de los FRS; principalmente:

- *Drogodependencia de los padres.*
- *Enfermedad o discapacidad del padre o de la madre*
- *Padre o madre adolescente*
- *Problemática familiar*
- *Niños/as con necesidades especiales por enfermedad crónica..*
- *Vivienda deficiente o entorno de exclusión social*
- *Recursos materiales, personales, culturales insuficientes.*

---

### **Prevención del riesgo de maltrato (de los FRS)**

---

El efecto de la crisis económica puede verse reflejado en el aumento de menores cuyas familias presentan **falta de recursos**, por lo que es conveniente estar atentos a la detección de este factor de riesgo, que podría ser causa de alguna forma de abandono en los cuidados, en la alimentación o en la estimulación del menor.

El seguimiento de estos menores mediante incremento de los controles de salud y el adecuado apoyo social, interinstitucional, puede paliar las deficiencias y constituye una estrategia de prevención del maltrato, sobre todo en su forma de abandono.

En este sentido conviene incrementar los esfuerzos en la detección y notificación de menores que presenten situaciones de riesgo social, que no siempre se dan en familias pertenecientes a entornos marginales.

Como siempre, la detección del número de menores con FRS va a depender, en cualquier caso, de la capacidad de detección de los profesionales y de su consideración con respecto a la importancia del problema.

---

### **Embarazos y nacimientos de RN en familias de alto riesgo social**

---

A través de la Unidad de Trabajo Social, en coordinación con el Servicio de Protección de Menores (SPM), el PPS ha realizado en 2012 el seguimiento y atención médico-social de 29 casos de embarazos o de partos de menores de familias de alto riesgo social, que puedan llegar a una situación de abandono de cuidados, desamparo u otras formas de maltrato.

En algunos casos es el Servicio de Protección de Menores (SPM) quien emite una Instrucción donde comunica el embarazo de una madre con antecedentes de alto riesgo social, aportando los antecedentes que obran en su poder, con la indicación de que se realice estudio médico, valoración enfermera y social de la actitud y conducta de los padres y, se proceda al correspondiente informe y valoración de la capacidad

MEMORIA 1993 a 2013  
PROGRAMA DE PEDIATRÍA SOCIAL  
Área de Valme

---

de protección y, en su caso, a colaborar en las medidas de protección que pudieran ser necesarias tras el nacimiento en el Hospital.

---

**Procedimiento de valoración y asistencia de niños y niñas con sospecha de padecer abuso sexual**

---

El abuso sexual en menores de edad es un diagnóstico relativamente frecuente en la práctica clínica cuya prevalencia depende, en gran medida, del conocimiento, de la detección y de la notificación que el profesional haga de los *indicadores de sospecha*.

El diagnóstico inicial del abuso es siempre un diagnóstico de sospecha. La certeza o el grado de probabilidad se obtienen después de un proceso de valoración de los indicadores de sospecha mediante el estudio médico, social y psicológico. El diagnóstico definitivo se basa, pues, en una valoración médica, social y psicológica de los indicios detectados inicialmente.

Para reducir el margen de error en la valoración del posible abuso sexual en un menor, la valoración de su impacto y el tratamiento deben ser realizados en el PPS con un planteamiento interdisciplinar y con la implicación de las instituciones con responsabilidades y competencias.

La respuesta asistencial a los 46 menores que han presentado indicadores de sospecha de padecer abuso sexual en 2012, ha estado organizada y coordinada en cada caso a través del PPS y desarrollada por el conjunto de los profesionales y Servicios que, por ley, tienen que actuar en un primer nivel de detección, valoración y asistencia a la víctima y, en un segundo nivel, por un equipo interdisciplinar en el que participan los diferentes profesionales y especialistas que intervinieron en el proceso asistencial de cada uno de los menores.

A través del proceso de valoración realizado por el PPS se integra la información, se notifica y se emite el correspondiente informe a las instituciones que procedan.

En cada uno de los casos de sospecha de abuso sexual se realizan una serie de actuaciones coordinadas:

El médico que detecta indicadores de sospecha o que recibe al menor derivado por otro profesional para valorar el diagnóstico de abuso sexual, realiza una valoración inicial del nivel de riesgo en que se puede encontrar e inicia el estudio interdisciplinar.

A través de la Unidad de Trabajo Social (UTS) se recibe al menor y a su familia, se *coordinan las exploraciones* por ginecólogas, dermatólogos, pediatras, médicos forenses o por otros especialistas.

Se facilitan las exploraciones necesarias en un *espacio y condiciones* adaptadas a la edad y al estado emocional de la víctima.

Posteriormente se procede a realizar una *valoración inicial de la capacidad familiar* de atención y de protección del menor y se establece una valoración inicial de su situación de protección y del diagnóstico más probable.

MEMORIA 1993 a 2013  
PROGRAMA DE PEDIATRÍA SOCIAL  
Área de Valme

---

Después, se *notifica* cada caso a la institución que proceda según el diagnóstico probable y el grado de riesgo para su salud o el riesgo de desprotección que se valore y, se acuerda un plan de trabajo que incluye el seguimiento médico y social.

---

### Actividades docentes

---

Durante 2007

Sesiones clínicas en el Servicio de Pediatría  
Sesiones Clínicas en el Servicio de Toco-Ginecología

Ponencia en el Curso de formación en “*Competencias básicas para la atención integral Infanto- Juvenil en el Sistema Sanitario Público de Andalucía*”, celebrado en el hospital de Poniente de El Ejido, en Almería, del 13 al 15 de febrero.

Ponencia en el curso de formación de profesionales en el ámbito de malos tratos a la infancia, organizado por El Instituto Andaluz de Administración Pública, de la Consejería de Justicia, del 20 al 23 de febrero.

Ponencia en el Curso de formación en “*Competencias básicas para la atención integral Infanto- Juvenil en el Sistema Sanitario Público de Andalucía*”, celebrado en el hospital de Poniente del 6 al 9 de marzo.

Participación en el Comité Científico y como Moderación de la Mesa Redonda sobre “Riesgo social en menores jóvenes y adolescentes” en las XIV Jornadas de Atención Integral Infanto-Juvenil del S.A.S., celebradas en el Hospital Reina Sofía de Córdoba, del 13 al 15 de Junio.

### TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

Coordinación y trabajo de campo del trabajo de investigación multicéntrico en el que participan los tres hospitales de Sevilla, ADIMA y EICAS, subvencionado con una de las ayudas a Equipos de Investigación, de la Junta de Andalucía.

### PARTICIPACIÓN EN FOROS PROFESIONALES

Comunicación en el XVIII Congreso Nacional de Pediatría Social, celebrado del 19 al 21 de abril, en Palma de Mallorca: Diagnóstico del abuso sexual.

Póster en el XVIII Congreso Nacional de Pediatría Social, celebrado del 19 al 21 de abril, en Palma de Mallorca: Estudio multicéntrico de 77 casos de abuso sexual.

Póster en el XVIII Congreso Nacional de Pediatría Social, celebrado del 19 al 21 de abril, en Palma de Mallorca: Selección de variables para el estudio de casos de abuso sexual.

MEMORIA 1993 a 2013  
PROGRAMA DE PEDIATRÍA SOCIAL  
Área de Valme

---

Póster en el XVIII Congreso Nacional de Pediatría Social, celebrado del 19 al 21 de abril, en Palma de Mallorca: Diagnóstico del abuso sexual en 77 casos estudiados.

Durante 2012 profesionales del PPS han participado como docentes en cursos de sensibilización y formación a profesionales sanitarios en la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), en cursos Universitarios, en Congresos, en el propio hospital de Valme y en otros hospitales del SAS:

Tercer Forum Internacional. Medicalización de la Infancia. 2.06.2012

Curso de sensibilización y formación de profesionales para la atención del maltrato infantil. UCG Pediatría de Cádiz. 11.07.2012

III Congreso Internacional de Pediatría Extrahospitalaria. Pedagogía del abuso en separación de parejas. 4 y 6.10.2012

Jornadas sobre avances en los derechos de la infancia. De la invisibilidad del maltrato a la promoción del bienestar. Universidad de Cádiz, 11.10.2012

Sesión Clínica: Situación del maltrato infantil en España. Valme, 4.10.2012

Curso de formación de formadores para el abordaje del buen trato a la infancia y la atención al maltrato. EASP, 29 y 30 11.2012.

---

### **Trabajo interdisciplinar con otros especialistas**

Durante 2012 se ha consolidado la **atención coordinada** de casos de sospecha de abuso sexual con especialistas en Ginecología y Obstetricia y con especialistas en Dermatología y Venereología, con los que se han realizado exploraciones conjuntas, a veces con la presencia del Médico Forense, cuando ha procedido.

Durante 2012 el PPS ha mantenido un trabajo conjunto con la UTS en cada uno de los 208 casos de menores estudiados, mediante reuniones cortas entre los profesionales responsables de su asistencia o de sus cuidados.

Se han realizado **entrevistas conjuntas** entre Pediatras, otros especialistas y Trabajadoras Sociales, con todos los padres de los menores que han presentado indicadores de sospecha de abuso sexual o de otras formas de maltrato.

Además, durante 2012 se han llevado a cabo 9 reuniones programadas de coordinación entre Médicos y Trabajadoras Sociales, para revisión, seguimiento y valoración de casos.

Se han emitido 55 informes sociales dirigidos a los **Centros de Salud** y otros 5 informes sociales a la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil (**USMIJ**).

MEMORIA 1993 a 2013  
PROGRAMA DE PEDIATRÍA SOCIAL  
Área de Valme

---

---

### Colaboración interinstitucional

---

Un Pediatra participa como miembro representante del sector de la salud, en las 50 reuniones anuales, de periodicidad semanal, de la **Comisión Provincial de Medidas de Protección de Menores**, de la Delegación Territorial de Salud y Bienestar Social, en la que se deciden las declaraciones de desamparo y las medidas de protección que procede adoptar en cada caso; así como todo lo relacionado con los menores tutelados por la Entidad Pública y, en lo referente a expedientes de adopción.

Es importante la colaboración con el Servicio de Protección de Menores (SPM) y con los Servicios Sociales Comunitarios que se mantiene a través de la Notificación de casos, mediante la tramitación durante este período de 17 Hojas de Notificación, 26 informes médicos y 21 informes sociales que amplían nuestro estudio y valoración de los casos.

Durante 2012 han sido derivados por el SPM al PPS 35 menores en situación de desamparo, para valoración médica.

En esta línea de colaboración interinstitucional, desde el PPS se han emitido 48 informes sociales a los **Servicios Sociales Comunitarios**, con quien se han mantenido continuo intercambio de información mediante llamadas telefónicas y FAX, y con reuniones presenciales cuando el caso lo ha requerido.

También se han emitido 7 informes sociales a los **Equipos de Tratamiento de Familia (ETF)**.

Se ha mantenido una línea de colaboración con la **Administración de Justicia**, mediante la elaboración de 4 informes periciales, seguimiento de 11 partes de lesiones y, mediante la asistencia de Pediatras, Ginecólogas, Dermatólogos y Trabajadora Sociales como testigos o peritos a 7 juicios o comparencias.

---

### Reconocimientos

---

1. Premio al mejor póster: *Niños y adolescentes hospitalizados con indicadores de maltrato*, en el XXIX CONGRESO NACIONAL DE PEDIATRÍA, año 2000.
2. Premio de la Sección de Pediatría Social de la A.E.P. a Equipos de Investigación en Pediatría Social. Madrid, 2000.
3. Nombramiento como miembro de la Comisión Provincial de Medidas de Protección de Menores, desde 2003, en representación del Sector de la Salud.

MEMORIA 1993 a 2013  
PROGRAMA DE PEDIATRÍA SOCIAL  
Área de Valme

---

4. Coordinación del grupo de Trabajo de Maltrato Infantil, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, desde 2010.
5. Dirección de los Cursos de Formación de Formadores en la Atención del Maltrato Infantil, en la Escuela Andaluza de Salud Pública, en 2011 y 2012.

---

**Participación en publicaciones más significativas**

---

1. ATENCIÓN INTEGRAL A LA INFANCIA CON PATOLOGÍA CRÓNICA: Adherencia al tratamiento. Edit. Alhulia S.L. Granada 2002.: Cap. 3.1; 321-334. (CL).
2. MANIFESTACIONES CUTÁNEAS DEL ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA. Rev. Piel 2003: vol.18, (2) 70-77. (A).
3. MALTRATO INSTITUCIONAL Rev. Cuadernos Pediatría Social. 2004 (5): 21-24. (A).
4. VALORACIÓN MÉDICA DE LA SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL EN PERSONAS MENORES. Rev. Cuadernos de Medicina Forense 2006; 12 (43-44): 57-74. (A)
5. ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO SOCIAL DESDE EL HOSPITAL. Rev. Vox Paediatrica 2010; 17(2):7-11. (A).
6. Funciones y competencias del ámbito sanitario ante el maltrato infantil. En: SALUD Y BUEN TRATO A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN ANDALUCÍA. Cuadernos de Trabajo (II). Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2010; (II): 83-95. (CL)
7. Estructura asistencial y organización funcional para la atención del maltrato infantil. En: SALUD Y BUEN TRATO A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN ANDALUCÍA. Cuadernos de Trabajo (II). Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2010; (II): 123-141. (CL)
8. Maltrato y abuso sexual infantil. En: Algoritmos básicos en Urgencias de Pediatría. Exlibris ediciones. Madrid, 2012; (33): 233-245.
9. El menor en riesgo social. En: Algoritmos básicos en Urgencias de Pediatría. Exlibris ediciones. Madrid, 2012; (34): 247-245-250.(CL).



MEMORIA 1993 a 2013  
PROGRAMA DE PEDIATRÍA SOCIAL  
Área de Valme

---

---

**Conclusiones**

---

1ª. La respuesta asistencial al problema de los malos tratos y del abuso sexual a menores tiene oscilaciones que dependen de la capacitación y del entrenamiento de los profesionales para detectar los indicadores de sospecha y, de la existencia de una estructura organizada y protocolizada.

En este sentido, el PPS ha permitido cubrir objetivos asistenciales con elevados niveles de calidad.

2ª. La respuesta asistencial a las personas menores de edad que son víctima de malos tratos es una responsabilidad legal de todos los profesionales y especialmente de los órganos de dirección del Centro, que debe facilitar los recursos y la organización funcional necesaria.

3ª. Es necesario desarrollar permanentemente estrategias de formación para incrementar la detección, notificación y asistencia de casos de riesgo, de sospecha o de certeza de maltrato de la población infantil y juvenil.

4ª. La asistencia interdisciplinar y coordinada ha sido eficaz para mantener a un grupo de profesionales entrenados en la valoración de casos, reduciendo los errores diagnósticos y metodológicos.

Las diferentes líneas de trabajo del PPS se han podido desarrollar por la coordinación de la UGC de Pediatría y Neonatología con la Unidad de Trabajo Social, la UCG de Ginecología y Obstetricia, la UCG de Dermatología y, por la implicación de otros especialistas de dentro y fuera del Hospital.

En Sevilla a seis de septiembre de 2013



Fdo. Juan M. Gil Arrones.  
Coordinador del PPS.