

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



*Programa de Pediatría Social*

# **PROGRAMA DE PEDIATRÍA SOCIAL**

**HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME**

**ÁREA HOSPITALARIA DE VALME**

Sevilla, 1993

1.	PRESENTACIÓN	pág. 3
2.	RESÚMEN	pág. 4
3.	JUSTIFICACIÓN	pág. 5
4.	DESCRIPCIÓN	
	I.    PLANTEAMIENTO	pág. 13
	II.   ESTRUCTURA	pág. 14
	III.  OBJETIVOS	pág. 17
	IV.  LÍNEAS DE ACTUACIÓN	pág. 20
	V.   FASES DE DESARROLLO	pág. 21
	VI.  METODOLOGÍA	pág. 22
	VII.  RECURSOS	pág. 24
	VIII. EVALUACIÓN	pág. 25
5.	PROGRAMACIÓN ANUAL DE ACTIVIDADES	
6.	ANEXOS	
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
	SISTEMA DE REGISTRO INFORMÁTICO	
	TRABAJOS PREVIOS	
	NORMATIVA LEGAL	

## Presentación

---

El **Servicio de Pediatría**, la **Unidad de Trabajo Social**, la **División de Enfermería** y el **Programa de Atención Educativa** coinciden en la necesidad de elaborar un plan de trabajo común para mejorar la atención integral de salud que reciben los menores de edad con factores de riesgo social que son asistidos en el Hospital.

La redacción de este *Programa de Pediatría Social* se produce tras una **fase previa de tres años de trabajo conjunto** de estas Unidades en los siguientes campos de actuación:

- Atención social individualizada.
- Investigación de la situación social de la población infantil y juvenil del Área de Valme.
- Actividad docente dirigida a Médicos y Enfermeras, Trabajadores Sociales, Educadores y estudiantes de estas áreas.

El *Programa de Pediatría Social* se presenta como un instrumento organizativo que permite, por una parte, abordar la problemática social que tiene incidencia como factor de riesgo para la salud de la población infantil y juvenil de Área de Valme. Por otra, posibilita y organiza actuaciones de diferentes profesionales, sectores y Servicios en líneas comunes de trabajo.

La fase previamente desarrollada permite afirmar que el planteamiento del *Programa es útil para afrontar la problemática social y que es operativo a efectos funcionales* en nuestros centros sanitarios.

El planteamiento del *Programa de Pediatría Social* parte de la adecuación a las prioridades del Área, con la limitación de los recursos disponibles y, con los objetivos, entre otros, de contribuir a mejorar la calidad asistencial e implicar a los profesionales de Atención Primaria.

También se ofrece como instrumento para obtener mejor información de la situación real de salud de la población infantil y juvenil, a través de unos indicadores que son fundamentales para valorar factores de riesgo para la salud y, para definir estrategias globales, determinación de prioridades y distribución de recursos.

## Resumen

---

La propia dinámica de trabajo que se ha ido generando para dar respuesta a los problemas familiares y sociales de los niños y adolescentes ingresados en el Hospital, nos ha llevado a la **necesidad de coordinar objetivos y actuaciones** para poder mejorar la atención a niños y jóvenes con problemas sociales.

**Los primeros pasos** han consistido en unificar criterios, elaborar los sistemas de registro, investigar la incidencia y tipología de los problemas y situaciones de riesgo social y, sensibilizar a los profesionales para incrementar la detección de casos, mejorar la respuesta profesional y disminuir errores en el manejo de estos niños y de sus familiares.

Como **estructura organizativa** se ha optado por la modalidad de Programa porque se adapta a las necesidades funcionales de los distintos profesionales, permite cubrir los objetivos reales y se adapta a los recursos disponibles.

Los **objetivos** del *Programa de Pediatría Social* pretenden, en definitiva, contribuir a mejorar la calidad de la atención integral de salud que reciben los niños con factores de riesgo social y, en este sentido, dar respuesta al mandato social expresado en la Ley General de Sanidad y en el resto de la normativa en vigor; a la vez que colaborar con los órganos de gestión y con los profesionales del Área en el desarrollo de sus funciones.

El *Programa* cuenta con un *equipo de trabajo* constituido básicamente por un Pediatra, un Trabajador Social, un Enfermero/a y un Profesor/a.

A este equipo básico se incorporarán los profesionales y técnicos que convengan en función de los casos y/o de las actividades a desarrollar.

Las **funciones de este equipo** son las de definir las actuaciones más adecuadas en cada caso que, por su complejidad, así lo requiera; elaborar el plan de actuaciones programadas y evaluarlo; recoger y elaborar la información de cada caso y del conjunto de los afectados; ofrecer información y apoyo técnico a los profesionales responsables de la atención de cada niño o adolescente.

La **metodología** se basa en el trabajo intersectorial coordinado, en la colaboración multiprofesional, en la sensibilización y formación de todos los profesionales responsables de la asistencia de estos niños y, en la relación abierta con profesionales e instituciones extrahospitalarias.

El *Programa* considera especialmente importante la **relación con los profesionales de Atención Primaria de Salud** -sanitarios, trabajadores sociales, educadores, entre otros- y, con las instituciones del medio en que viven estos niños y jóvenes.

La incorporación al *Programa* de estos profesionales de dentro y fuera del hospital es un proceso que parte de la sensibilización, información para actuar más adecuadamente y, de la presentación del **Programa como un instrumento que puede facilitarles su trabajo**.

El *Programa de Pediatría Social* requiere el **apoyo institucional** de los órganos de gestión y está integrado en las prioridades asistenciales globales.

Está **integrado en la estructura orgánica** del Hospital de Valme y, funcionalmente, jerarquizado en el Servicio de Pediatría.

Cada año presenta la **programación de actividades** correspondiente al ejercicio siguiente y la evaluación del período anterior.

La provisión de los **recursos** está incluida en los presupuestos anuales del Hospital y se adapta a las prioridades generales; sin perjuicio de que pueda contar con otras fuentes de financiación para la realización de actividades, con la correspondiente autorización de lo órganos de gestión.

## Justificación

---

El *Programa de Pediatría Social* fundamenta su justificación en tres categorías de argumentos:

- Aplicación de conceptos técnicamente asumidos.
- Normativa legal vigente.
- Características socio-culturales de la población del Área de Valme.

## CONCEPTOS TÉCNICOS

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) define a la salud como una situación dinámica de **bienestar orgánico, psicológico y social** que permite el máximo desarrollo de las posibilidades del individuo.

**Los factores sociales actúan con un carácter condicionante que**, junto al bienestar orgánico y psicológico, **van a determinar el grado de salud que pueden alcanzar los individuos.**

Por otra parte, haciendo uso del **concepto social de la salud**, entendemos que la salud de la comunidad es la resultante de la acción de los factores económicos, culturales, políticos, urbanísticos, geográficos, etc. que inciden en un determinado territorio.

Estos factores económicos, culturales, políticos, legales, urbanísticos, etc. generan un ambiente mas o menos propicio para que, en su seno, los individuos alcancen un desarrollo óptimo y experimenten sensación de bienestar.

En este sentido, **la salud de la población** es la resultante de la acción de la sociedad en su conjunto, de la distribución de los recursos y de la accesibilidad a los servicios.

Es evidente, pues, que la salud debe entenderse como algo más que la mera ausencia de enfermedades. En este contexto conceptual abordamos los condicionantes sociales para la salud de la población infantil y juvenil.

Las diferentes etapas del desarrollo infantil (fetal, neonatal, preescolar, escolar y adolescencia) van a caracterizarse por un grado diferente de **vulnerabilidad** al medio y de **dependencia** con respecto al entorno familiar y social.

Durante todas estas etapas del desarrollo infantil, a través de la familia tiene lugar la satisfacción de sus **necesidades básicas: alimentación, afecto, aprendizaje, juego, higiene y cuidados de salud**, entre otras. El respeto de sus derechos individuales, la protección frente a las diferentes formas de abuso, el reconocimiento a su propia personalidad, son también necesidades de todos los niños y adolescentes.

El medio familiar y social es, pues, uno de los pilares fundamentales para posibilitar, a corto y a largo plazo, el normal desarrollo orgánico, psicológico y social de cada niño, de cada niña en particular y, en general, para favorecer la salud de las poblaciones infantiles.

Además, la familia constituye el ámbito en el que tiene lugar la mayor **provisión de cuidados en caso de enfermedad** y, una vez más, la forma de enfermar y de recuperarse va a estar condicionada por las circunstancias del medio familiar y social.

**La actuación familiar está condicionada, a su vez, por sus propias circunstancias:** características culturales, laborales, grado de integración social, disponibilidad de recursos, accesibilidad a los servicios, condiciones de la vivienda y del entorno urbanístico, circunstancias de las personas que componen el núcleo familiar.

En determinadas ocasiones, familias que satisfacen adecuadamente las necesidades básicas de sus hijos, pueden encontrarse superadas en sus posibilidades ante situaciones que requieren actuaciones o recursos especiales: es el caso de niños con enfermedades crónicas o invalidantes.

**La enfermedad de uno de los hijos** va a introducir en la familia incertidumbre, ansiedad y nuevas necesidades y **puede ser origen, por sí misma, de la aparición de problemas familiares**; ya sean problemas económicos, laborales, necesidades de formación y prestación de cuidados.

Las carencias y circunstancias adversas que inciden en el medio familiar y social constituyen, pues, **factores de riesgo** para la salud de los niños y para conseguir la curación o el tratamiento adecuado de las enfermedades que pudieran contraer.

La presencia de indicadores de estos factores de riesgo permite establecer **grupos de riesgo** sobre los que se pueden desarrollar actividades para corregir las deficiencias y prevenir efectos adversos para la salud.

## **NORMATIVA LEGAL**

Ante la existencia de factores de riesgo social es posible y es necesario actuar desde el sector sanitario. Es, además, un mandato social expresado en nuestro ordenamiento jurídico.

En el orden jerárquico de superior ámbito, la *Convención de los Derechos de Niño* aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas (20.11.89) y ratificada por el Estado Español (1.990), obliga a su cumplimiento en todo el territorio nacional.

La *Carta Europea de los Derechos del Niño*, a propuesta del Consejo de Europa, en Resolución del Parlamento Europeo (1.992).

La *Constitución Española* reconoce al niño como sujeto de derecho en sí mismo y, en su artículo 39 recoge el derecho a la protección de la infancia y de la familia.

La *Ley 21/1.987* de 11 de noviembre modifica el Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de adopción y protección de menores: **contempla la responsabilidad directa de los poderes públicos** y otorga competencia no al juez, como hasta entonces, sino a la Administración (de Servicios Sociales) bajo la vigilancia del ministerio fiscal.

La *Ley Orgánica 4/1.992* de 5 de junio regula las competencias de los Juzgados de Menores para garantizar los derechos de los menores de edad en los procedimientos judiciales y en el tratamiento que reciban.

La *Ley Orgánica 1/1996* de 5 de enero, **de Protección Jurídica del Menor**, constituye el verdadero marco jurídico que vincula a todos los Poderes Públicos, a las instituciones, a los familiares y a los ciudadanos en general, en el desarrollo y protección de los menores.

Concreta en el artículo 4º los derechos del menor al honor, a la intimidad y a la propia imagen, con especial referencia a la protección de la información que les afecta.

Especifica en su artículo 12º que las instituciones públicas realizarán la protección del menor mediante la prevención y reparación de situaciones de riesgo.

Obliga a informar a las instituciones competentes, a todos los ciudadanos y especialmente a aquellos que por su profesión detecten una situación de riesgo o posible desamparo (Art.13º).

La *Ley General de Sanidad* en el título 1º, cap. 1º, artículo 3º, marca las directrices del Sistema de Salud y especifica que **sus actuaciones estarán orientadas prioritariamente a la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y, a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales.**

En su artículo 8º considera actividad fundamental del Sistema Sanitario la realización de los **estudios epidemiológicos necesarios para orientar con mayor eficacia la prevención de los riesgos para la salud.**



En el artículo 10º, la *Ley General de Sanidad* especifica el derecho que tienen todos los ciudadanos sin discriminación, al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad así como a la **confidencialidad de toda la información** relacionada con su proceso patológico.

Esta obligación especialmente dirigida a los profesionales de los Centros Sanitarios tiene especial importancia en la información relacionada con circunstancias familiares y sociales.

En el artículo 18º, la *Ley General de Sanidad* marca como actuaciones propias de los Servicios de Salud, entre otras:

- Los **Programas de atención a grupos de población de mayor riesgo** en relación a problemas específicos.
- **La adecuación de la salud medioambiental** en todos los ámbitos de la vida, incluyendo expresamente la vivienda.
- La mejora y adecuación de la **formación** del personal de los Servicios Sanitarios en función de los problemas a atender.
- El fomento de la **investigación científica** en el campo específico de los problemas de salud.
- El control y la **mejora de la calidad de la asistencia** sanitaria en todos los niveles asistenciales.

La *Organización Mundial de la Salud* (O.M.S., Ginebra 1.985) en relación a la salud materno-infantil, hace especial referencia a la **aplicación del concepto de riesgo** en la problemática familiar: "permite hacer discriminación positiva, en el sentido de dar más asistencia a los que más la necesitan".

## **CARACTERÍSTICAS SOCIO-CULTURALES DE LA POBLACIÓN**

El Área hospitalaria de Valme cuenta con una **población total** de 315.172 habitantes que se distribuyen en unos pueblos de carácter esencialmente rural y, en otros con características propias de grandes ciudades de la periferia de la capital.

En unos y en otros la **densidad de población** va desde los 45 habitantes por Km<sup>2</sup> en Marchena, hasta los 480 en Dos Hermanas.

La **pirámide de población** se distribuye aún con una base amplia debido, fundamentalmente, a movimientos migratorios y a un crecimiento vegetativo positivo. Se trata, pues, de **una población con un componente joven muy importante**. Cuenta con una población de 118.756 menores de 19 años y la población activa (16 a 65 años) es de 116.421 personas, según Censo de 1.991.

Sólo el 67,2% de la población activa cuenta con **ocupación laboral** que se distribuye casi por igual en los sectores de la industria y construcción (36%), de los servicios (34%) y de la agricultura y ganadería (29%).

**El 32,7% de la población activa se encuentra en situación de paro**, con una tasa de desempleo de 404,30 por cada 1000 habitantes de población activa.

El nivel de instrucción del conjunto de la población descansa sobre **un 6,32% de analfabetos, un 29,69% de la población sin estudios** y, con un 37,39% que sólo cuenta con estudios primarios.

Esta distribución del nivel de instrucción sufre una concentración de los niveles más bajos cuando estudiamos a **la población ingresada** en el Hospital de Valme. Según la encuesta de satisfacción del usuario, el 31% carece de estudios y el 46% sólo tiene estudios primarios.

En este contexto demográfico y social se sitúa la población infantil y juvenil que participa de las influencias ambientales y que presenta caracteres diferenciales y problemática propia.

**La población menor de 20 años (118.726) supone el 37,67% de la población total**; y la población en edad de asistencia pediátrica, menor de 14 años, es de 85.463 habitantes, lo que constituye el 27,11%.

Desde el punto de vista laboral, la tasa de dependencia juvenil es de 69,2 habitantes menores de 15 años por cada 100 de población activa; frente a la cifra de 25,9 de la tasa de dependencia senil.

Si bien las circunstancias ambientales, familiares y sociales, condicionan el nivel de salud de la población general y especialmente de la población infantil y juvenil, también determinan en gran medida la forma de enfermar y de recuperar la salud.

Durante el año 1.995 el número de menores de 14 años atendidos en el Servicio de Urgencias ha sido de 10.189. Fueron ingresados 1.529 con un total de 7.392 estancias hospitalarias y, en Consultas Externas fueron estudiados 623 casos nuevos y se realizaron 3.102 revisiones.

**Está por descartar que los niños y jóvenes que pertenecen a familias con factores de riesgo son los que más servicios asistenciales demandan.**

## **ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN SOBRE LA SITUACIÓN SOCIAL**

En estudios de investigación realizados en grupos de niños enfermos ingresados en este Hospital, se pone de manifiesto la **elevada incidencia y la gravedad de los problemas familiares y sociales.**

En un grupo de 46 niños y niñas con edades comprendidas entre 7 y 14 años, se han encontrado un total de 82 factores de riesgo social tipificado en 8 categorías diferentes.

El tipo más frecuente (45%) ha sido la existencia de problemas del entorno familiar, seguido por la falta de recursos (25%) y de situaciones de abandono o malos tratos (8%).

En este grupo de niños con factores de riesgo social, los motivos de ingreso fueron intentos de autólisis, trastornos del comportamiento, y síndromes de conversión, enfermedades infecciosas y distintas formas de epilepsía.

Esta relación entre patología y problemática social se establece, *a priori*, en función de la **falta de cuidados de salud y situaciones de abandono, en las menores posibilidades reales a la hora del tratamiento y la recuperación y, por la vivencia personal de esta problemática.**

Revisando el conjunto de niños y niñas menores de 18 años ingresados en este Hospital de Valme por diversa patología desde 1.988 hasta 1.993 y que, además, **presentaron alguno de los factores de riesgo social**, se han detectado **un total de 328 casos** que, a efectos del estudio, se han reducido a 313.

En este grupo de niños y jóvenes menores de 18 años el factor de riesgo social más frecuente ha sido la **falta de recursos económicos** (129 casos, 41%) **seguido, sorprendentemente, de situaciones de maltrato o falta de cuidados adecuados** (110 casos).

Otros factores de riesgo social son, en orden de frecuencia, familias disociadas, enfermedad crónica del niño, vivienda o entorno urbanístico y social deficientes, drogodependencia del padre o de la madre.

El conjunto de **las situaciones de riesgo social se concentra en un grupo de familias** que presenta, como promedio, tres de estos factores por cada niño estudiado.

Un estudio específico realizado por la Dra. Domínguez Corrales pone de manifiesto el **promedio de casi un parto diario** (350 a lo largo de 1.992) **de madre adolescente.**

**En este grupo de familias, verdadero grupo de riesgo, se concentran no sólo la mayoría de las situaciones de riesgo social sino, también, una importante prevalencia de patología con elevado coste asistencial, con grave riesgo para la vida, que requiere gran número de controles clínicos y cuya evolución presenta los mayores índices de fracaso.**

La patología clínica más frecuente por la que ingresaron en el hospital se produce en los **recién nacidos** (67 casos de 313) con expresión diversa: bajo peso, síndrome de abstinencia, abandono, etc. Le sigue la patología infecciosa (T.B.C., V.I.H., Neumonías, etc.) con 48 casos, epilepsia y otras formas de encefalopatía en 40 niños, lesiones músculo-esqueléticas, accidentes e intoxicaciones en 38 niños, 22 casos de desnutrición, 14 de bronquitis obstructiva.

La intervención sobre estas familias pasa por el conocimiento de las mismas, por la **realización de un censo y de un mapa de distribución geográfica de la problemática social por barriadas**, localidades y, la posterior realización de **actividades programadas de prevención y de asistencia sanitaria y social.**

El trabajo programado permite la descripción y el análisis de los diferentes factores de riesgo social, como paso necesario para prevenir los efectos indeseables para la salud.

**Estos tres bloques de argumentos ponen de manifiesto suficientemente la necesidad de abordar los problemas, la obligación de atenderlos de forma institucional y organizada y, los esfuerzos por proponer una forma de organización, de funcionamiento que sea útil.**

## Descripción del Programa

---

### I. PLANTEAMIENTO

El abordaje de los factores de riesgo familiar y social permite una **atención integral** de salud de la población infantil y la **mejora de la calidad asistencial**.

El *Programa de Pediatría Social* se plantea, en sí mismo, como una aportación para dar respuesta a los problemas familiares y sociales de la población infantil y juvenil del Área de Valme.

Es una iniciativa que parte del sector sanitario, desde un centro hospitalario, pero sólo puede desarrollarse a través de la **cooperación entre profesionales de distintos sectores** y de los centros e instituciones extrahospitalarios.

Es, pues, un instrumento organizativo útil para realizar un trabajo conjunto entre profesionales con responsabilidad en la salud, la educación, la atención social y la protección jurídica del menor.

Parte, por lo tanto, de la base de que la respuesta tiene que ser desde un **abordaje intersectorial y desde la colaboración multiprofesional**.

La **participación** de los diferentes profesionales se entiende como posibilidad real de plantear objetivos, de proponer y desarrollar líneas de trabajo y actividades concretas, de participar en el flujo de información y en el seguimiento de cada caso en particular.

Con las conclusiones que se extraigan del propio desarrollo del *Programa* y con la participación de los diferentes profesionales se realizarán las modificaciones que mejor procedan. Es, pues, un instrumento **flexible y abierto**.

Como programa de trabajo constituye un medio de relación entre diferentes profesionales y sectores y, a su vez, **una plataforma para elaborar pautas de actuación** que facilite la atención coordinada de la población infantil y juvenil con problemas sociales.

Es, a la vez, instrumento de trabajo y de investigación, de atención integral y de reflexión sobre las actuaciones profesionales.

No obstante, su vocación de trabajo horizontal con otras Unidades y Servicios, el *Programa de Pediatría Social* **tiene claramente establecida su vinculación en la estructura orgánica y en las prioridades del Área de Valme.**

En este sentido, **aporta indicadores de orden social para completar la percepción de la realidad de salud de la población infantil y juvenil del Área de Valme**, con objeto de poder distribuir mejor los recursos para actuar sobre la raíz de graves problemas de salud.

Ideológicamente se plantea como un recurso para todos los profesionales implicados, para los órganos de dirección y gestión, para los centros e instituciones que comparten sus objetivos, de las propias familias y, en definitiva, para los niños que son los verdaderos receptores y el centro de todas las actuaciones.

El **ámbito** geográfico de actuación es el Área Hospitalaria de Valme y el **universo** de población abarca a los grupos de edad entre cero y dieciocho años de edad.

## **II. ESTRUCTURA**

El *Programa de Pediatría Social* se articula orgánicamente dentro del Servicio de Pediatría del Hospital de Valme.

Está constituido por un Director, un Coordinador y un Equipo de trabajo.

El **Director del Programa** es el Jefe de Servicio de Pediatría que asume su representación.

El **Equipo de Trabajo** con estructura y metodología muy funcionales, está constituido al menos por un Pediatra, un Enfermero, un Trabajador Social y un Educador.

A este equipo básico pueden incorporarse otros profesionales del Área que tengan relación con los casos atendidos, de forma permanente o en comisiones para trabajos concretos.

Son **funciones del Equipo de Trabajo** la definición de los objetivos y la elaboración y evaluación del programa anual de actuaciones, la respuesta a situaciones individuales de riesgo social, el apoyo técnico a los profesionales que atienden a menores en situación de riesgo.

Dentro del Equipo cada miembro asumirá las funciones y responsabilidades inherentes a su categoría profesional y laboral. Las carencias serán suplidas con la incorporación o colaboración de otros profesionales. Cada miembro del Equipo de Trabajo establecerá las relaciones que sean necesarias dentro del Sector profesional al que pertenece.

El **Coordinador del Programa** es un miembro del Equipo de Trabajo que actúa por delegación del Director del Programa de Pediatría Social. Es designado por la Dirección-Gerencia a propuesta del Director del Programa.

Son **funciones del Coordinador**:

- Convocatoria de reuniones en las que actuará como Secretario.
- Facilitar, cuando sea necesario, la relación con otros profesionales.
- Coordinación de las actuaciones del Equipo de Trabajo.
- Presentación del *Programa* a otras Unidades, Servicios y Centros.
- Presentación de la memoria anual, informe de evaluación y programación anual de actividades.

### III. ORGANIZACIÓN FUNCIONAL

#### **Actuaciones de atención a demanda**

Cualquiera de los profesionales (Médico, Enfermera, otros) que detecte alguno de los indicadores de riesgo social en un menor de edad mientras sea atendido en cualquiera de los Servicios de este Hospital o en cualquier Centro de Área, enviará una **Hoja de Consulta** (H.C.) a la Unidad de Trabajo Social (U.T.S.).

En la H.C. figurarán los datos de filiación del menor, así como los indicadores que justifican que hagan sospechar la existencia de factores de riesgo social.

La U.T.S. abrirá Expediente e iniciará la recogida de información posibilitando una **primera valoración**.

La Trabajadora Social presentará el caso a otros miembros del Equipo de Trabajo, donde **se propondrán instrucciones** para su mejor tratamiento, si fuera necesario, y se comentarán las actuaciones procedentes.

Periódicamente (semanal o quincenalmente) será revisada por el Equipo de Trabajo la **evolución** de los casos en seguimiento y las actividades programadas.

Posteriormente se informará a los profesionales responsables de su asistencia social, sanitaria y de su educación.

### **Actividades programadas**

La redacción del programa de actividades anuales se realizará con las propuestas de cada uno de los miembros del Equipo de Trabajo.

Las propuestas y la redacción del programa anual de trabajo deben estar finalizadas antes del mes de diciembre de cada año, con la aprobación de todos los miembros del Equipo. La aprobación de las actividades propuestas implica la responsabilización, el compromiso, en su organización y en su desarrollo.

Antes del mes de enero debe estar concluida la redacción de la **Memoria de evaluación** del año finalizado.

La redacción del **programa anual de trabajo**, así como la realización de cada una de las actividades, será responsabilidad de los miembros del Equipo de Trabajo que las propusieran, con el apoyo de los otros miembros y de cuantos profesionales y recursos sean convenientes y disponibles.



Se optará con preferencia por los métodos de relación y de trabajo que impliquen menor carga de reuniones y menor número de miembros del Equipo en cada reunión.

No obstante, **el Equipo de Trabajo mantendrá reuniones con una periodicidad quincenal** y, excepcionalmente, semanal.

Estas reuniones se procurarán muy operativas, con orden del día previamente establecido y con puntos previamente presentados, documentados y preparados, para una mejor y más rápida decisión.

## **IV. OBJETIVOS**

### **Objetivos Generales**

1. Contribuir a mejorar los niveles de salud de la población infantil y juvenil del Área de Valme.
2. Mejorar la calidad de atención integral que se ofrece a este sector de población que presenta factores de riesgo social.
3. Colaborar en la obligación legal de protección al menor.
4. Mejorar el rendimiento del trabajo de los profesionales y de los recursos empleados.

### **Objetivos Específicos**

1. Detectar a los niños con situaciones familiares y sociales que constituyen un riesgo para su salud.
2. Tipificar los problemas y establecer grupos de riesgo.
3. Planificar y desarrollar actividades para prevenir y resolver o paliar las situaciones de riesgo social detectadas y seguir su evolución.
4. Planificar y desarrollar actividades para informar y orientar a los padres para la mejor atención de los hijos y para acceder a los recursos existentes.

5. Implicar a la mayoría de los profesionales y de los Servicios que intervienen en la atención infantil.
6. Incluir criterios y objetivos del *Programa de Pediatría Social* en los Objetivos del Servicio de Pediatría.
7. Establecer pautas de actuación y coordinar las actuaciones de los diferentes profesionales implicados.
8. Facilitar cauces de información entre profesionales.
9. Colaborar con otros Hospitales de nuestro entorno y con los Centros de Atención Primaria del Área.
10. Colaborar con las Instituciones de Servicios Sociales, Educación, Ministerio Fiscal y Juzgados.

### **Objetivos Operativos**

1. Incrementar el número de casos detectados desde el Servicio de Urgencias.
2. Incrementar el número de casos detectados desde el Servicio de Pediatría, en la Unidades de Neonatología y de Pediatría General.
3. Incrementar el número de casos detectados por los profesionales de Enfermería.
4. Reducir la relación entre casos detectados desde el Servicio de Pediatría y entre los detectados por otros Servicios.
5. Incrementar el número de Expedientes (Historia Social y de Salud) debidamente cumplimentados.
6. Elaborar memoria anual y programación anual de actividades.
7. Publicar o presentar los resultados de los trabajos de investigación en reuniones científicas y profesionales.

8. Elaborar informe a cada Médico o Enfermero/a que envíe Hoja de Consulta a la Unidad de Trabajo Social.
9. Elaborar un Censo de población de riesgo y mantenerlo actualizado mensualmente.
10. Revisar anualmente los Protocolos y Pautas de actuación en presencia de situaciones de riesgo social.
11. Promover y coordinar la realización de al menos una actividad educativa dirigida a grupos de padres y/o madres.
12. Organizar o participar en la realización de cursos de formación dirigidos a estudiantes o profesionales.
13. Realizar actividades programadas conjuntamente con otros profesionales del Área Hospitalaria.

## V. LÍNEAS DE ACTUACIÓN

El *Programa de Pediatría Social* define las siguientes líneas de trabajo para cubrir los objetivos propuestos:

1.	<b>Atención social</b> de niños y jóvenes con factores de riesgo.
2.	<b>Atención integral de salud</b> de este sector de población.
3.	<b>Prevención</b> de situaciones de riesgo social y de sus consecuencias.
4.	<b>Apoyo técnico</b> a profesionales y elaboración de protocolos.
5.	<b>Formación</b> de profesionales y estudiantes.
6.	<b>Investigación</b> de la problemática familiar y social de la población infantil y juvenil.

***Tabla 1. Líneas de actuación del Programa de Pediatría Social***

## VI. FASES DE DESARROLLO

El *Programa de Pediatría Social* se desarrolla temporalmente en tres fases fundamentales, aunque resulte difícil establecer límites estrictos entre sus contenidos.

### Fase I

Redacción del Programa.  
Elaboración de los sistemas de registro.  
Investigación de la situación de partida.

### Fase II

Aprobación del *Programa de Pediatría Social*.  
Incremento de la demanda. Sensibilización y formación.  
Actividades de atención individualizada.  
Elaboración de protocolos y pautas de actuación.

### Fase III

Extensión a otros Servicios y a otros Centros del Área.  
Revisión y elaboración de nuevos protocolos y pautas.  
Desarrollo de todas las líneas de trabajo.

## Cronograma

<b>Fase I</b>	<b>Curso 1.993 - 95</b>
<b>Fase II</b>	<b>Curso 1.995 - 97</b>
<b>Fase III</b>	<b>Curso 1.997 y ss.</b>

**Tabla 2. Cronograma**

## VII. METODOLOGÍA

El desarrollo de las líneas de trabajo y de las actividades del *Programa* se realiza considerando las siguientes **premisas metodológicas**:

1. El niño y la familia son sujetos activos en el proceso de su propia recuperación y rehabilitación social.
2. Es prioridad del Programa obtener la participación y la implicación de los familiares y de los profesionales.
3. Todas las actuaciones deben respetar los derechos del niño y de sus familiares.
4. La finalidad deseable es que cada niño pueda recibir de su propia familia la adecuada satisfacción de sus necesidades básicas. La función del *Programa de Pediatría Social* es la de coordinar recursos y orientar para la superación de las deficiencias.
5. Las actuaciones programadas y las que se acuerden en situaciones individuales complejas, se realizarán con el conocimiento de del Director del Programa y, cuando procedan, con el conocimiento y autorización de los Órganos de Dirección y Gestión.

### **Metodología:**

- Elaboración y difusión de indicadores de riesgo social y de protocolos y pautas de actuación ante las diferentes situaciones.
- Realización de actividades y sensibilización y formación de los diferentes profesionales para detectar a los niños con indicadores de riesgo y para una correcta actuación.
- Elaboración de documentación de apoyo a la actuación de los profesionales.
- Realización o participación en cursos y actividades de formación a profesionales dentro o fuera del Hospital.
- Atención social de cada caso individual y coordinación con sus médicos, enfermeros y educadores para la mejor atención integral.

- Propuesta, coordinación, o desarrollo de actividades de educación para la salud e instrucción sanitaria de los padres y de los propios niños.
- Censo de los niños y jóvenes en situaciones de riesgo social.
- Investigación de las variables de carácter social de la población infantil y juvenil del Área de Valme y difusión de los resultados.
- Transmisión de información discriminada a los profesionales responsables de la asistencia social, de la salud o de la educación.
- Elaboración de informes técnicos para las instituciones responsables de la protección jurídica del menor.

### **Grupos de indicadores de riesgo social**

En principio y, a la vista de los resultados de estudios de casos atendidos en este Hospital en los últimos años (ver anexo), los factores de riesgo se agrupan en ocho categorías diferentes:

<b>1.</b>	<b><i>DROGODEPENDENCIA del padre o de la madre</i></b>
<b>2.</b>	<b><i>ENFERMEDAD o discapacidad de los padres</i></b>
<b>3.</b>	<b><i>PADRE O MADRE ADOLESCENTE</i></b>
<b>4.</b>	<b><i>FAMILIA DISOCIADA</i></b>
<b>5.</b>	<b><i>MALOS TRATOS</i></b>
<b>6.</b>	<b><i>ENFERMEDAD CRÓNICA O PROLONGADA del niño</i></b>
<b>7.</b>	<b><i>VIVIENDA o entorno urbanístico y social deficientes</i></b>
<b>8.</b>	<b><i>RECURSOS INSUFICIENTES</i></b>

***Tabla 3. Agrupación de indicadores de riesgo social***

## **VIII. RECURSOS**

### **Capítulo I**

Un Pediatra. Dedicación parcial: 8 horas semanales.

Una Trabajadora Social. Dedicación parcial: 8 horas semanales.

Una o dos Enfermeras. Dedicación parcial: 4 horas

Una Profesora. Dedicación parcial: 4 horas semanales.

Un Auxiliar Administrativo: Dedicación: 20 horas semanales

Un Coordinador de Programa. Dedicación: 4 horas semanales.  
Capacidad de desplazamiento.

Apoyo de los Servicios de Estadística, Informática, etc.

### **Capítulo II**

Diseño e impresión de los sistemas de registro.  
Material de oficina. Mantenimiento de informática.

### **Capítulo VI**

Dotación de un ordenador con capacidad suficiente.

### **Instalaciones:**

Mientras la disponibilidad de espacio lo permita, el *Programa de Pediatría Social* se localizará en la Unidad de Trabajo Social del Hospital de Valme.



### **Recursos económicos:**

Gastos de desplazamiento por actividades autorizadas dentro o fuera del Área de Valme.

Apoyo institucional y económico a trabajos de investigación y acceso a concursos de ayudas y becas.

## **IX. EVALUACIÓN**

La evaluación del *Programa de Pediatría Social* se entiende como un instrumento para valorar el cumplimiento de los objetivos y aspectos cualitativos del trabajo.

**A.- El cumplimiento de objetivos** se evalúa según su categoría:

- Objetivos Operativos. A corto plazo: cuatrimestral.
- Objetivos Específicos. A medio plazo: anual.
- Objetivos Generales. A largo plazo: cuatro años.

**B.- La evaluación cualitativa** del *Programa* se realiza valorando parámetros diversos:

- Reducción de casos no detectados.
- Mejora de la asistencia sanitaria y social.
- Satisfacción de los profesionales participantes.
- Satisfacción de padres atendidos.
- Operatividad de la organización funcional.

Se consideran **indicadores para la evaluación cualitativa:**

- Relación de casos reales / detectados / atendidos.  
Reducción de casos no detectados / casos reales.
- Notificación adecuada de los casos detectados:
  - en las primeras 24 horas de su ingreso.
  - con los datos suficientes.
  - por los profesionales responsables.
- Reducción de actuaciones profesionales inadecuadas:
  - no protección de la información.
  - actuaciones propias de otros profesionales.
  - falta de coordinación.
  - no actuaciones
- Casos atendidos conforme a protocolo.
- Casos en que se modifican los factores de riesgo.
- Casos en que se mantienen controles adecuados.
- Casos en los que se obtiene la colaboración del padre, de la madre, de ambos.
- Casos en los que se obtiene la colaboración de los profesionales locales (extrahospitalarios).
- Opinión favorable o crítica constructiva de los profesionales participantes.
- Opinión favorable o crítica constructiva de los padres atendidos.
- Cumplimiento de las actividades en los plazos previstos
- No incremento del número y duración de las reuniones.
- Valoración de los miembros del Equipo de Trabajo.
- Mejora de la actitud y de la respuesta de los padres ante los cuidados de los hijos.

## **Autores iniciales**

---

**Juan M. Gil Arrones**  
*Médico Adjunto. Servicio de Pediatría*

**Urbina Aguilar Raposo**  
*Trabajadora Social. Unidad de Trabajo Social*

**María de los Ángeles Caballero Trigo**  
*Trabajadora Social. Unidad de Trabajo Social*

**Ana María Moreira Real**  
*Trabajadora Social. Unidad de Trabajo Social*

**Rosa Núñez Thomé**  
*Enfermera. Subdirectora de Enfermería*

**María de los Ángeles Calatrava González**  
*Profesora. Aula Hospitalaria*

**Enrique Bravo Escudero**  
*Abogado. Unidad de Informática*

**SEVILLA 1.993**

### **NOTA ACTUAL:**

El Programa de Pediatría Social (PPS) se inicia en 1991 a raíz del encargo del Jefe del Servicio de Pediatría, el Dr. D. Gabriel Cruz Guerrero, de conocer el número de casos atendidos por causa de maltrato durante la infancia, de los que no se tenían registro. La redacción del PPS se realiza en 1993 por parte de los autores iniciales, y se presenta actualmente con motivo de la celebración del 40 aniversario del Hospital Universitario de Valme.

En Sevilla, once de mayo de 2022.  
Juan Gil Arrones.