

Especial sobre los  
**DERECHOS  
DEL NIÑO**

20 de Noviembre  
Día Universal de los  
Derechos de la Infancia



## SUMARIO

- Noticias (Pág. 2)
- Editorial: **En el Día de los Derechos de la Infancia** (Pág. 3)
- **La CDN y la Salud de los Niños** por Sagrario Mateu Sanchís (Pág. 4)
- **La Pederastia: un punto de vista desde la Pediatría Social**, por Antonio Muñoz Hoyos (Pág. 6)
- **Recientes Congresos sobre Infancia Maltrada : Conclusiones** (España, Guatemala) (Pág. 9)
- **Protocolos: Hospitales Promotores de Salud - Derechos de los Niños Hospitalizados**, por Rosa G. Suárez López de Vergara (Pág. 12)
- Internacional: **La Iniciativa Salud y Derechos de la Niñez en América Latina**, por Raúl Mercer y Ernesto Durán (Pág. 16)
- **Entrevista a: Tony Waterston** (Pág. 19)
- Agenda (Pág. 21)
- Libros: **Bioética y Pediatría**. (Pág. 22)
- Última página: **Cartel oficial del Día Universal de los Derechos de la Infancia**

## NOTICIA FUE NOTICIA FUE NOTICIA FUE NOTICIA FUE NOTICIA

## EL SENADO PROPONE SACAR A LOS MÁS PEQUEÑOS DE LOS CENTROS TUTELADOS

El País / 18 de octubre (Joaquina Prades)

**El objetivo de la reforma es que 10.000 menores vivan en familias de acogida**

A grandes males, grandes remedios. El Senado considera necesario desalojar de los centros de menores a los niños de entre cero y seis años y ponerlos bajo la protección de familias de acogida. Es una de las principales propuestas de la comisión parlamentaria creada para sentar las bases de la futura Ley de Adopción Nacional y Acogimiento Familiar, que concluirá su dictamen el próximo día 20. Este diagnóstico, que supondrá un giro radical en la situación de los menores tutelados por la Administración, cuenta con el respaldo de todos los grupos parlamentarios, y será enviado al Congreso de los Diputados el 3 de noviembre.

**La plaza cuesta entre 3.500 y 6.000 euros al mes en un centro; 700 en una familia**

España figura a la cabeza de Europa occidental en número de menores institucionalizados, un dato considerado dramático por la gran mayoría de los expertos que han comparecido ante los senadores a lo largo de estos dos últimos años. Es imposible conocer la cifra oficial de menores tutelados en España por abandono o desamparo, ya que la variedad de tutelajes según cada comunidad autónoma ha dado lugar a un archipiélago legal de escasa porosidad. Pero de los datos aportados a la comisión pueden cifrarse estos menores -hasta los 18 años- entre 35.000 y 40.000, de los cuales alrededor de un 25% no ha cumplido aún los seis años.

La denominada Comisión Especial de Estudio de la Problemática de la Adopción Nacional y otros Temas Afines ha optado por seguir el modelo de la mayor parte de países del entorno europeo -Reino Unido fue pionero en clausurar

este tipo de centros- e impedir que los bebés abandonados o en situación de desamparo pasen años cruciales de su vida en locales tutelados por la Administración. Antes se llamaban orfanatos y ahora centros residenciales, pero las consecuencias de devastación psicológica para los niños de tan corta edad son similares, según la mayoría de expertos.

La alternativa para estos niños son las familias de acogida o de adopción, que se convierten en figuras clave de la reforma.... (Ver 2 páginas más en el texto completo, en : [www.pediatriasocial.com/elpais18octubre.doc](http://www.pediatriasocial.com/elpais18octubre.doc))

### CLAVES DE LA REFORMA

- **Centros.** Cierre progresivo de los centros, hasta alcanzar el acogimiento familiar de los menores de cero a seis años.
- **Biología.** Menor prevalencia de los derechos de las familias biológicas y más atención a los intereses del menor y a su estabilidad emocional, de acuerdo con una sentencia del Tribunal Supremo de 2009.
- **Acogimiento.** Campañas de captación de familias de acogida y mayor coordinación entre las comunidades autónomas tanto en requisitos previos como en ayudas económicas y la relación con la familia biológica.
- **Educación.** Flexibilizar la rigidez actual del sistema educativo en lo referente a la edad que corresponde a cada curso o la repetición de este. Reconsideración para estos niños de la norma general de repetir solo en los años pares.
- **Listas únicas.** Elaboración de una lista única de adoptantes, tanto nacionales como internacionales.

Artículo relacionado:

**Jesús Palacios**, catedrático de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Sevilla, en la Tribuna del diario El País, titulado "**Los niños invisibles: La mayor parte de los menores españoles separados de su familia por razones de protección terminan por ser enviados a instituciones. Una anomalía a la que no se pone solución en medio de inaceptables excusas**".

(Ver 2 páginas más en el texto completo, en : [www.pediatriasocial.com/elpais3noviembre.doc](http://www.pediatriasocial.com/elpais3noviembre.doc))

## HAITÍ, 10 MESES DESPUÉS

Tras el terremoto que asoló Haití el 12 de enero de 2010, dejando decenas de miles de víctimas mortales, más de un millón de personas siguen viviendo en campamentos de refugiados. Al brote de cólera detectado a mediados de octubre, que se ha cobrado ya centenares de vidas, se suma la devastación de las inundaciones provocadas por el Huracán Tomas.

A la vista de la situación, cabe preguntarse ¿Ha llegado a Haití la ayuda internacional? ¿Se ha empleado con éxito lo recaudado? ¿Ha sido suficiente?

Antes de que las imágenes de los haitianos hambrientos y sin techo desaparezcan definitivamente de las pantallas que pretenden mostrar "la realidad", pidamos explicaciones y preguntémosnos si hicimos lo necesario.

## La fiscal de Sevilla pide a los medios que dejen de "acosar" a la niña-madre de 10 años

El Mundo / 5 de noviembre

La fiscal jefe de Sevilla, María José Segarra, ha pedido a los medios de comunicación que dejen de "acosar" a la familia de la niña que ha sido madre con sólo 10 años, y ha anunciado acciones legales contra los que hayan revelado la identidad de la pequeña o su domicilio en la localidad sevillana de Lebrija.

Segarra ha acusado a los medios de comunicación de "poner a la menor en situación de riesgo" y de "obstruir la labor de los servicios sociales del Ayuntamiento". La fiscal jefe solicitará, "de persistir la situación de acoso", una nueva vivienda al Ayuntamiento de Lebrija para la familia de la menor.

Según ha explicado Segarra, la familia de la pequeña asegura haber recibido ofertas de dinero y regalos para dar entrevistas a determinados medios.

Esta publicación cuenta con  
International Standard Serial  
Number ISSN 1989-9793

## CONSEJO EDITORIAL:

Director: Jesús García Pérez

Coordinador: Víctor Ruiz

### Equipo Editorial:

M<sup>a</sup> Teresa de Aranzabal

M<sup>a</sup> Teresa Benítez

Concepción Brugera

Joaquín Callabed

José A. Díaz Huertas

Gabriel Galdó

Isabel Junco Torres

Antonio Muñoz Hoyos

Carlos Redondo Figuro

Bárbara Rubio Gribble

Carmen Vidal

### Edita:

Sociedad de Pediatría Social

c/ Alcalde Sáinz de Baranda, 34

28009 Madrid

Contacto con la redacción:

[pediatriasocial@gmail.com](mailto:pediatriasocial@gmail.com)

Cuadernos de Pediatría Social es una publicación plural, que respeta las opiniones que sus colaboradores manifiestan en los artículos publicados, aunque no necesariamente las comparte.

Patrocinado por:



## EDITORIAL

### EN EL DIA DE LOS DERECHOS DE LA INFANCIA

Cuadernos de Pediatría Social ha querido hacer coincidir el número correspondiente al mes de noviembre con la celebración del Día Universal de la Infancia, día en el que se conmemora la aprobación de la Declaración en 1959 y de la Convención de los Derechos de los Niños en 1989 en la Asamblea de las Naciones Unidas.

La situación de los Derechos del Niño en nuestro país tiene sus luces y sus sombras. Las primeras ganan a las segundas, pero no dejan de ser sombras. La infancia y adolescencia en España se encuentran en una situación -en su atención sanitaria, educativa, etc- destacada respecto al bienestar, en comparación con otros países, pero se echa en falta una mayor preocupación de la sociedad por las necesidades y problemas en salud de la infancia, especialmente las relativas a aspectos psicosociales.

La inversión de la pirámide de población hace que este colectivo tenga un menor peso a la hora de las decisiones políticas. Recordemos que los niños no votan y, por lo tanto, muchas de estas decisiones pueden estar condicionadas en cuanto afectan a los adultos, especialmente a sus padres, p.ej. plazas en escuelas infantiles suficientes en número y de calidad, valor que se concede a la asistencia pediátrica, etc.

Por otra parte, la crisis económica en que nos encontramos, nos preocupa que pueda tener repercusiones en los recursos que se destinan a la infancia y de apoyo a la familia.

Acabamos de celebrar el X Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada, en que se ha puesto de manifiesto la importancia de este problema en nuestro país y la necesidad de avanzar en la atención y prevención del mismo, y de una mayor implicación del ámbito sanitario.

Incluso podemos hablar de cierta regresión. En algunas Comunidades Autónomas, sus programas de maltrato permanecen en el más triste de los olvidos; los registros de casos de maltrato infantil siguen sin generalizarse; finalizados Planes de Infancia no se han renovado; existe falta de profesionalización en personal de los servicios de infancia y tutela; disminuciones de plantillas en centros de acogida, etc.

Respecto a la salud, mientras que los indicadores de salud infantil ponen de manifiesto que se han alcanzado niveles de los mejores países del mundo, el modelo de atención pediátrica sigue sin definirse claramente, colectivos como los niños con enfermedades raras demandan una mayor atención, iniciativas de la OMS como los Hospitales Promotores de Salud -basados en los derechos de los niños- permanecen desconocidos, la salud mental infantil sigue siendo una asignatura pendiente, etc.

El Observatorio de la Infancia, del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, que está teniendo un importante papel en el impulso de políticas integrales de infancia (sociales, educativas, sociales, sanitarias, de protección,...), requiere de un mayor impulso en el desarrollo de sus actividades.

Tampoco podemos olvidarnos de la situación mundial de la infancia, sobre la cual los informes anuales de UNICEF ponen de evidencia, y la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que no se alcanzan como sería deseable en consonancia con los compromisos adquiridos, haciéndonos recordar la frase del Ferrán Casas: "*Los temas de infancia son de alto consenso, pero baja intensidad*".

Los niños se enfrentan a catástrofes naturales, al avance de la infección por el VIH, las desigualdades sociales de género y el feminicidio, el trabajo infantil, la explotación comercial sexual de menores, ....., la violencia.

No quisiéramos terminar sin recordar el compromiso que toda la sociedad, y concretamente la Sociedad de Pediatría Social, tenemos en el impulso del desarrollo de los Derechos del Niño, y en su difusión, en nuestro caso, en el ámbito sanitario.

### La Junta Directiva

# Reflexiones sobre la CDN y la Salud de los Niños

por Sagrario Mateu Sanchís

Hace dos meses que la delegación del Gobierno español, constituida por funcionarios y responsables políticos de diferentes Ministerios, explicamos ante la Organización de las Naciones Unidas, en Ginebra, el grado de cumplimiento que en España tenemos sobre la **Convención de los Derechos del Niño** que nuestro país ratificó hace 20 años.

Es verdad que en tantos años hemos incorporado los principios de la Convención a nuestra Normativa, y que los derechos civiles de los niños contemplados en la CDN, se aplican y se respetan de una manera habitual, tanto de los niños nacidos en España como de los que nos llegan de otros países.

Y respecto a su salud, en nuestro Sistema Nacional de Salud no dejamos de atender a cualquier niño que precise asistencia, sea cual sea su situación administrativa. Pero, ¿forma parte del pensamiento diario de los profesionales dedicados a la asistencia sanitaria el contenido de la Convención? La asistencia en salud a nuestros niños es impecable, pero ¿la Convención de los derechos de los niños y la salud de los niños, tienen algo que ver?, ¿pensamos en cumplirla cuando estamos realizando actuaciones médicas o de enfermería?

Las profesiones sanitarias son absorbentes, ya lo sabemos; además, de un modo teórico, ni nos planteamos no respetar los "derechos en salud de los niños", sean los que sean estos derechos.

No dudamos de que los niños tengan derechos; claro que los tienen, ya nos ocupamos los padres y los adultos en general de defenderlos.

Claro que, además de defenderlos, hacemos más aún, los decidimos nosotros. Somos nosotros, los adultos, quienes elegimos qué derechos tienen los niños, y articulamos nuestra protección hacia ellos.

Y si además esos adultos somos cualificados en la atención a los niños -educadores, médicos, etc- ya no hay duda de que nos consideramos totalmente ungidos para decidir por nuestros menores, en todos los campos de la vida y también en su salud.

## Respetando la autonomía de los menores

Tenemos deberes de protección frente a los menores. Debemos legislar, estudiar, investigar y trabajar para ellos, como dice la CDN teniendo en cuenta que el interés del menor es lo primero y lo más importante.



Cartel editado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, para conmemorar el Día Universal de los Derechos de la Infancia en 2010.

Y aquí, reflexiono e invito a reflexionar.

El mejor interés del menor es lo que él necesita, sí, pero también lo que desea. ¿Estamos seguros de que nuestros niños y niñas nunca saben qué es lo mejor para ellos?, ¿estamos seguros de que cuando nuestros niños y niñas desean algo siempre están equivocados?

Allí, en la ONU, nos escucharon y nos felicitaron por nuestros logros y buenas actuaciones en la mejora de la salud de los menores, pero nos instaron encarecidamente a mejorar y, entre otras cosas, a reflexionar y a actuar respetando la autonomía de los menores.

Los niños y niñas tienen derecho a expresarse acerca de qué sienten, de qué quieren y de qué creen que es bueno para su salud. Hay estrategias en otros países, por ejemplo en Suecia, para lograr realizar encuestas de salud y de bienestar a los niños y niñas, totalmente fiables en sus resultados.

Hay que hacerles llegar información específica sobre su salud, información veraz, tan veraz como debemos hacérsela llegar a los adultos, en lenguaje comprensible para ellos, pero con claridad: ellos pueden entendernos. Los mensajes y las recomendaciones de salud sólo son eficaces si se interiorizan y se decide individualmente aceptarlos, al igual que las leyes sólo son validas cuando los ciudadanos decidimos respetarlas.

La CDN habla de protección de los niños ante abusos sexuales, de protección ante desarraigos familiares o ante agresividades sociales y culturales.

También habla de que fomentemos la participación de los menores en la toma de decisiones que afecten a su salud y a su vida, de que hagamos realidad la autonomía de decisión de los niños y de las niñas.

¿Que es peligroso?, ¿difícil?

### ¿Difícil y peligroso para quién?

Los adultos, y más aún los adultos cualificados, tenemos que hacer un gran esfuerzo, un gran y nuevo esfuerzo para conocer la biología -esto no cuesta menos- la psicología, los pensamientos y sentimientos, que nos van a llevar a conocer realmente qué es bueno para el niño. No podemos quedarnos únicamente en decidir aquello que creemos que es bueno para ellos desde nuestro punto de vista.

Conocer las claves de la niñez y tratar de resolverlas nos conduce inevitablemente a la satisfacción de los derechos de los niños, a conocer qué es bueno para su salud, y ayudarles a interiorizarlos y a comprometerse consigo mismos en ser más sanos, por decisión propia.

Estas posibles actitudes nuestras son más difíciles que ordenarles dictatorialmente qué pueden y qué no pueden hacer. Esto ya no vale, ¡quedan ya tan lejos las dictaduras en nuestro país! Hasta es políticamente correcto criticar todas las formas de dictaduras.

Decidir por los demás es una forma de dictadura, así sean niños, discapacitados o ...mujeres, no queda tan lejos el convencimiento de algunos de que las mujeres no podían decidir por sí mismas.

"Tampoco los niños, ni los discapacitados pueden decidir por sí mismos", piensan otros....¿Porqué no pueden? ¿acaso porque no saben? Aquellos que nos creemos cualificados, y que nos creemos que sabemos más sobre la salud que algunos colectivos (todavía hay profesionales que piensan que ellos saben más que el resto del mundo) es por que no estamos cumpliendo con la primera obligación que tenemos los sanitarios.

### Enseñar al que no sabe

¿No dicen esto mismo, en alguna parte, los evangelios católicos? Enseñar, si creemos que conocemos cosas que los demás necesitan saber.

Saber siempre ha sido considerado peligroso; el secreto, un arma de poder, de triste poder porque impide, en el caso de la salud, que las personas aprendan cómo pueden ser más sanas y más felices.

También los niños y las niñas tienen derecho a saber, y sabiendo decidirán por sí mismos (decidir, esto sí que se considera peligroso). Pero nosotros, los profesionales sanitarios, tenemos tres deberes fundamentales:

El primero CONOCER: conocer los avances científicos, epidemiológicos, conocer la realidad en salud de los niños, y conocer cómo son y qué sienten realmente.

El segundo, transmitir nuestro saber, INFORMAR: como precise el que nos escucha, como nos entienda, pero informando.

El tercero, RESPETAR las decisiones: y articular la posibilidad de que esas decisiones tomadas por los niños puedan llegar a los que tenemos responsabilidad ante ellos, y podamos tenerlas en cuenta en la medida de lo posible.

La Convención no es un documento rígido y anticuado, al contrario, es un instrumento vivo en perpetua evolución y que liga su aplicación a la realidad de los países, de las sociedades y de nuestros niños.

Debemos cumplir la CDN y no sólo las Administraciones, implementando Normativas; hemos de cumplirla todos los que trabajamos con niños, respetando de verdad sus derechos, los que les protegen y satisfacen de verdad, no los que garantizan primordialmente la seguridad y la comodidad de los profesionales.

El miedo es consustancial con la libertad, pero la responsabilidad y el buen uso de esa libertad es el premio de las sociedades libres.

Si cumplimos la Convención, nuestros niños serán responsables, libres, más felices y también más sanos, que era lo que planteábamos al iniciar este artículo.

No siempre sabemos cómo hemos de hacerlo, pero sí que nuestros niños se lo merecen.

Madrid, noviembre de 2010

**Sagrario Mateu Sanchís** es ginecóloga, Jefa de Salud de la Mujer y del Niño en la Dirección de Salud Pública del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.



*Sagrario Mateu, recibiendo el cargo de Jefa de Salud Materno Infantil de manos de su predecesor, el pediatra Dr. Juan Bosch Marín.*

## Consideraciones sobre

# LA PEDERASTIA:

## Un punto de vista desde la Pediatría Social

por Antonio Muñoz Hoyos

El diccionario de la lengua define al pederasta como el hombre que comete pederastia, y a ésta como el abuso sexual cometido en niños. Para nosotros el abuso sexual es una forma de maltrato infantil definida, desde el punto de vista médico, como la participación de un niño/a en actividades sexuales que no puede comprender, para las cuales no está preparado por su desarrollo y a las que no puede otorgar su consentimiento.

Si atendemos a las noticias aparecidas en los medios de comunicación en los últimos tiempos, casi se podría afirmar que pederastia es sinónimo de cura o sacerdote. De hecho, si utilizamos con el buscador Google el término pederastia, el 100% de los resultados de la primera página se refiere a casos exclusivamente relacionados con la Iglesia Católica. Todavía más, en un diario de difusión nacional hemos llegado a leer una sentencia como esta: *"Confiar un hijo a los curas ha venido a ser como poner el gallinero al cuidado de una guarida de zorros"*.

Por otra parte y según datos publicados por *The National Child Abuse and Neglect Data Systems*, el *John Jay College of Criminal Justice in New York City* y la *National Review Board*, los profesores de escuelas públicas tienen una tasa de abusos notablemente superior a la de los clérigos. Aún más; Phillip Jenkins, profesor del Instituto Criminal de Pensilvania dice: *"el 99,8% de los curas católicos jamás han cometido abusos sexuales. Es el mismo porcentaje de otros colectivos como los protestantes, médicos, rabinos, maestros, etc"*.

En cambio, es sabido que en Gran Bretaña existen 30.000 personas incluidas en un registro de pederas-

tas, mientras que en España, se estima que más de 30.000 personas practican anualmente el turismo sexual con menores. A pesar de todas estas evidencias, no hemos encontrado ninguna noticia en la que se cuantifique, a estos pederastas que son detenidos en el mundo, en base a su profesión, su ideología política, sus creencias religiosas, su clase social o su signo del zodiaco, excepción hecha y sistemática de los mencionados religiosos.

Con esto no queremos justificar, ni siquiera pasar por alto el grave asunto que ha significado que, durante la segunda mitad del siglo XX, la Iglesia Católica y los medios de comunicación callaron los cientos de casos de pederastia cometidos por ministros religiosos en diversas partes del mundo (Irlanda, Estados Unidos, Austria, Alemania, Italia, Bélgica, España...). Pero sí llamar la atención sobre un complejo asunto en el que cada una de las partes que se implican toma partido, instrumentalizando el problema de forma interesada, olvidándose en sus inicios de lo que realmente importa: **el niño**.



Cartel de una campaña española contra la explotación sexual infantil en el turismo.

Un análisis algo más amplio de miras e intereses, nos invita a contemplar el problema con otras directrices, ya que en el origen de esta lacra social se han de considerar múltiples factores, entre los cuales, vamos a describir algunas consideraciones tomadas de la literatura:

### 1) Consideraciones históricas:

Sería muy esclarecedor conocer cómo se ha concebido y tratado al niño por parte del adulto, a través de la historia y las distintas culturas. Al lector interesado le recomendamos leer la *Historia de la Infancia* de Lloyd deMause (1). La pederastia ha sido una práctica muy habitual en todas las civilizaciones, considerándose incluso un hecho "normal". En la antigua Grecia, no tenía el carácter que tiene entre nosotros, sino que incluso era algo honorable, tanto por parte del muchacho, como del adulto. Los griegos consideraban normal que un hombre adulto se sintiera atraído por un muchacho tanto o más que por una mujer. La relación incluía aspectos educativos y de formación del niño que era una especie de pupilo, guiado y aconsejado por el mentor y maestro. Acontecimientos que están en clara contradicción con nuestros principios y estilo de vida actuales, a pesar de ello, seguimos considerando a Grecia como la cuna de la civilización occidental.

Afortunadamente, es evidente que la evolución histórica de estas costumbres han modificado la concepción de las personas, el rol que desempeñan y una serie de principios y valores que sin duda sitúan al niño en una posición más respetable y digna.



Ganimedes, efebo del que Zeus se enamoró instantáneamente y raptó transformado en águila. (Copia romana de una escultura griega del siglo IV AC, en el Museo de El Louvre)

## 2) Consideraciones antropológicas y sociales:

Philippe Aries y García Méndez (2)(3), entre otros, han afirmado que **"un análisis histórico riguroso demuestra que la historia de la infancia es la historia de su control. Esta perspectiva parte del rechazo de considerar a la infancia como una categoría ontológica \***, sosteniendo, por el contrario, que la misma constituye el resultado de un complejo proceso de construcción social, cuyos orígenes pueden remontarse al siglo XVII". Con este pensamiento reinante, la muerte de un niño tenía escasa importancia social, era fácil de explicar las elevadas tasas de mortalidad; la muerte de un niño era un hecho insignificante. El niño tenía interés social si lograba sobrevivir y pasaba a incorporarse a la sociedad como adulto.

La evolución más reciente del concepto de niño lo vincula con la noción de menor, estableciendo así una dicotomía entre estos dos con-

ceptos: 1) Por **niño**, se entiende todo aquel que cuenta con las condiciones básicas de desarrollo (familia, escuela y salud) y, 2) Por **menor** aquel que no goza de ellas, y por ende se encuentra en una "situación irregular", que lo hace potencialmente un delincuente. En ese sentido, el menor se convierte en objeto de cuidado y de protección de las políticas públicas. Apareciendo a finales del siglo XVIII el internamiento como forma de atender los problemas sociales, para cada problema se utiliza una institución cerrada como: la cárcel, el hospital psiquiátrico, el hospicio, y para los problemas de la educación, la escuela.

En las primeras décadas del siglo XX, en especial con la crisis de los años treinta, las condiciones sociales generan un aumento de los niños en situación irregular, al tiempo que aumenta la preocupación por desarrollar mecanismos sociales que permitan controlarlos. Fue así como se desarrollaron, en el mundo entero, los tribunales de menores para el control de los niños en situación irregular, en especial de los menores abandonados. Para estas doctrinas, la categoría más importante fue la de menor en situación irregular; y de ahí, que se les conozca con este nombre. En ellas el menor fue concebido como objeto de tratamiento y no como sujeto de derechos. Estas concepciones del niño y del menor perduraron por largo tiempo, en medio del desarrollo de la doctrina de la "situación irregular", hasta que se proclama la concepción del niño como sujeto de derechos.

La superación de la consideración del niño como objeto de tratamiento es el resultado de un largo proceso que parte de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, que concibe a todos los seres humanos - sin excluir a los niños- como personas, sigue con la Declaración de los Derechos del Niño de 1959 y tiene su máximo exponente en la **Convención Internacional de los Derechos de Niño en 1989**, en la cual se les considera como sujetos de plenos derechos.

En definitiva, con la aparición del concepto de niño como nueva categoría, surgen las primeras preocupaciones por su situación en el marco social. Posteriormente se va ampliando a la concepción como personas, y después, como sujetos titulares de derechos prevalentes. En la actualidad, la búsqueda se orienta al establecimiento de mecanismos que permitan la eficacia plena de todos sus derechos. Este proceso es continuo, no termina, porque surgen nuevas formas de concebir a la persona y al niño, nuevos paradigmas de comportamientos, se replantea la historia como fuente de conocimiento, etc. Como fruto de este dinamismo, podemos citar la interpretación de la realidad social bajo la perspectiva de género, el menor maduro, el menor no acompañado, etc, y la creación de nuevos derechos y mecanismos para hacerlos efectivos.

## 3) Consideraciones neurofisiológicas:

Para Soto E (4), las teorías neurobiológicas sobre el origen de la pedofilia se centran en:

I. Las que postulan un fallo en el control ejecutivo del cerebro asociado a una disfunción de la corteza frontal y desinhibición conductual; como se sabe, la corteza prefrontal juega un papel fundamental en el control de nuestras conductas y, sobre todo, en el análisis de las consecuencias de nuestros actos.

y II. Las que proponen que se trata de una disfunción en regiones temporales y límbicas, con alteraciones en las regiones cerebrales profundas, implicadas en el control de la conducta sexual. Las primeras se sustentan en que los ofensores sexuales tienen bajo rendimiento en pruebas de control ejecutivo, como las de asociación verbal, retraso de gratificaciones, la prueba de ordenación de cartas, etc. En contraste, las teorías relacionadas con disfunción límbico-temporal se sustentan en la frecuente asociación entre epilepsia del lóbulo temporal y parafilias, y entre lesiones de dicho lóbulo e hipersexualidad, como es el caso del síndrome de Klüver-Bucy.

\* Concepto ontológico o naturalista es aquel cuya característica fundamental es inherente al ser, independiente del tiempo y el espacio, es decir, sería inmutable. La sola consideración de que las personas llegan a ser niños y después salen de esta condición permiten negar la existencia de un concepto ontológico o naturalista de niño.

Recientemente se han propuesto hipótesis que incorporan ambos componentes, tanto el frontal de control ejecutivo con desinhibición conductual, como el del control límbico y temporal que perturba el impulso sexual (5).

### La frontera entre pedofilia y pederastia

Desde el punto de vista terapéutico, es claro que, independientemente de la intervención que se realice, las preferencias sexuales de los pedófilos no se van a modificar, de la misma manera que no es posible, con terapia, modificar las preferencias sexuales de un heterosexual o de un homosexual. Entonces, las intervenciones legales y terapéuticas deben tener claro este hecho. Un pedófilo será pedófilo hasta el día de su muerte; esto no quiere decir que necesariamente vaya a realizar actos ofensivos contra niños (es decir, cruzar la frontera entre la pedofilia y la pederastia), ya que ello claramente depende de la oportunidad y del impulso sexual, y ambos pueden intervenir socialmente. En este sentido, se suelen distinguir dos tipos de pedofilia, una primaria o esencial, arraigada en el sujeto, y otra (u otras) secundaria, que aparecería motivada por factores circunstanciales.

### 4) Consideraciones finales:

Llegados a este punto creemos que es pertinente y procede retomar el concepto de salud, definido por la Organización Mundial de la Salud en su Constitución de 1946 como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. Esta definición es utópica, pues se estima que sólo entre el 10% y el 25% de la población mundial se encuentra completamente sana. Una definición más dinámica de salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores

sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad.

En definitiva, a la luz de estas consideraciones y bajo la óptica de la Pediatría Social, entendemos que la acción del pediatra debe centrarse en:

- 1) Detectar y denunciar los casos evidentes o sospechosos de acuerdo a las directrices marcadas por las autoridades políticas, sanitarias y científicas.
- 2) Invitar a todos los sectores sociales para que se adopten actitudes y medidas que permitan con objetividad, conocer la magnitud del problema y sus consecuencias. No olvidemos que es admitido por todos que la gran mayoría de los abusos sexuales cometidos a menores, no son denunciados.
- 3) Estudiar y conocer las causas de este problema, definiendo bien cómo participan cada uno de los factores que intervienen en su génesis. Para lo cual es esencial que se conozcan las aportaciones de la Psiquiatría y la Neurofisiología.
- 4) Promover el desarrollo de leyes de protección a la infancia que sean eficaces, inspiradas en la Declaración de los Derechos del Niño. Con la finalidad de evitar que el niño siga siendo, una vez más y en nuestra época, una víctima del

desacertado comportamiento de los adultos.

- 5) Participar en la creación de programas de atención y seguimiento que sean diseñados por equipos multidisciplinarios, que permitan atender al niño que ha sido objeto de abusos sexuales, para mitigar o paliar las consecuencias de estas acciones.

**A. Muñoz Hoyos** es catedrático de Pediatría en la Universidad de Granada.

### Bibliografía

- 1) Lloyd deMause: Historia de la infancia. Alianza Editorial. Madrid. 1994.
- 2) Aries Philippe: "El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen", Taurus. Madrid .1987.
- 3) García Méndez. Emilio: Infancia, ley y democracia: una cuestión de justicia. En Infancia, ley y democracia en América Latina. Temis - Depalma, 1998.
- 4) Soto Eguibar E. El pederasta y su cerebro. Metapolítica. 2010 (70).
- 5) Seto M. C. "Pedophilia", Annual Review of Clinical Psychology. 2009 (5)391-407.

*Cartel de campaña contra la explotación sexual infantil., con difusión estatal en España.*



## Recientes Congresos

# X Congreso Estatal de Infancia Maltratada. Sevilla (España)

Del 3 al 6 de noviembre se celebró en Sevilla el X Congreso Estatal de Infancia Maltratada. Bajo el lema "Construcción del Bienestar y Buenas Prácticas en la Atención a la Infancia", estuvo co-organizado por la Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la Prevención del Maltrato Infantil (ADIMA) y la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI), junto al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, y entidades locales de la Junta de Andalucía del Ayuntamiento de Sevilla, así como la colaboración de la Universidad de Sevilla, así como otras entidades como la Sociedad de Pediatría Social.

El Buen Trato y la Construcción del Bienestar Infantil debe considerarse como un fenómeno global que exige un análisis desde al menos los siguientes estamentos: La Administración, los profesionales, las ONG y los ciudadanos en general. Todos ellos tienen su cuota de responsabilidad y de mérito en el panorama infantil y por ello el análisis del marco actual no puede ser completo si no se facilitan espacios de reflexión y autocrítica para cada uno de estos sectores, que además actúan, en la mayoría de los casos, de forma conjunta, simultánea y coordinada, como ha sido este congreso.

Las conclusiones preliminares del X Congreso fueron presentadas a la finalización del mismo, y serán desarrolladas más adelante por parte del Comité Científico del Congreso en el Libro de Actas. Estas se presentan como un conjunto de buenas prácticas agrupadas por ámbitos de actuación.

### Buenas Prácticas en el Sistema de Protección

- Desarrollo de líneas de investigación dentro del sistema de protección que ayuden a conocer el funcionamiento y proponer mejoras.
- Repensar las funciones de los centros de protección como recurso idóneo para cubrir las necesidades de los niños, niñas y adolescentes.
- Especialización de los recursos y profesionales.

### Buenas Prácticas en el Sistema Judicial

- Necesidad de crear un escenario jurídico del menor como víctima, como forma de evitar la victimización secundaria:
- Normas procesales concretas que aseguren que el testimonio del menor se recabe en inmediatez.
- Determinación de plazos máximos en la investigación como garantía de la prioridad de las causas en las que estén implicados menores.
- Campañas de sensibilización hacia Jueces, Fiscales y

Letrados, centradas en la psicología del menor como víctima.

- Los MENA deberían disponer de un marco protector donde se incluya su derecho a ser oído y a la asistencia letrada en la gestión del expediente de repatriación.
- Creación de Consejos Audiovisuales de ámbito estatal y autonómico, para ejercer funciones de vigilancia y sancionadoras, ante la vulneración del derecho al honor, la intimidad familiar y personal, y su propia imagen.

### Buenas Prácticas en el Sistema de Salud

- Protocolizar la notificación con la creación de un lenguaje común, concreto y consensuado.
- Incluir en el Protocolo el trabajo en red, especificando las redes de coordinación interprofesional e interinstitucional.
- Adaptar el espacio sanitario a las necesidades de los niños, niñas y adolescentes y sus familias.
- Considerar el ámbito sanitario como un contexto óptimo para la mejora de las competencias parentales y el desarrollo de la parentalidad positiva.

### Buenas Prácticas en el Sistema Educativo

- La Escuela es el lugar idóneo para la prevención del maltrato infantil y el refuerzo de los factores de protección familiar.
- La participación de los niños, niñas y adolescentes en el sistema educativo debe construirse dentro de un ambiente en el que existan normas claras y consensuadas, se



fomente la comunicación interpersonal, el afecto, y la consideración del alumno como persona y no como problema.

- Si se forma para la participación y desde la participación, pasaremos de un modelo uniforme a uno personalizado, orientado al éxito de las personas y de la escuela.

### Participación de miembros de la SPS

El Comité Científico del X Congreso estuvo presidido por Ignacio Gómez de Terreros, e integrado por José A. Díaz Huertas, presidente SPS, que también formó parte de los ponentes, junto a Josefa Aguayo, Jesús García Pérez, Juan Gil Arrones, Gaspar Rul. Ian, Bárbara Rubio Gible y Miguel A. Ruiz Díaz.

## IV CONGRESO NACIONAL DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN AL MALTRATO Y/O ABUSO SEXUAL "LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS PRIMERO" Ciudad de Guatemala (Guatemala)

El IV Congreso Nacional de Prevención y Atención al Maltrato y/o Abuso Sexual "Los niños y las niñas primero" se realizó los días 3, 4 y 5 de noviembre de 2010, en la Ciudad de Guatemala, organizado por CONACMI Plan Internacional, y dirigido por Miguel Ángel López Guerra. Asistieron representantes de Guatemala, México, Colombia, Panamá y España, y se contó con la participación de la SPS, representada por su presidente.

Al término del mismo, se firmó la siguiente **Declaración**:

Después de haber intercambiado y dialogado sobre los avances y limitaciones del sistema nacional de protección de niñez y adolescencia, así como sobre la problemática que les afecta.

Consientes de que los niños, niñas y adolescentes en Guatemala, representan un 51% del total de la población guatemalteca, de los cuales un 56% viven en situación de pobreza y un 22% en situación de pobreza extrema, por lo cual carecen de condiciones de vida dignas que favorezcan su desarrollo integral.

Conociendo los compromisos del Estado como garante de los derechos de la niñez y adolescencia en el país, adquiridos con la aceptación y ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño, así como de otros convenios y tratados internacionales y la aprobación de la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, y otras leyes de

carácter especial que contienen y desarrollan sus derechos fundamentales y el impulso de acciones efectivas para su protección y desarrollo integral.

Observando que el Estado y la Sociedad Civil ha realizado esfuerzos tendientes a mejorar las condiciones de vida de los niños, niñas y adolescentes, los cuales han sido insuficientes para resolver su compleja y amplia problemática y la creciente violación a sus derechos, especialmente en lo que se refiere a la violencia sexual.

Reafirmando que los niños, niñas y adolescentes son sujetos plenos de derechos, y no objetos, por lo cual el Estado tiene la obligación de proteger su derecho a la vida, la integridad física, moral, psicológica y sexual, a la educación, a la salud, a la alimentación, a la cultura, al deporte, a la recreación y convivencia familiar, a la participación, a la organización, a la expresión y opinión, y su desarrollo integral, sin discriminación alguna por razones de raza, color, sexo, idioma, religión, origen nacional, étnico o social, posición económica, discapacidad física, mental o sensorial, nacimiento o cualquier otra índole o condición.

Reconociendo que los niños, niñas y adolescentes en Guatemala, son afectados por la desnutrición; desatención en salud y educación; explotación económica; vulnerabilidad por los niveles de pobreza y por los desastres naturales; la violencia; maltrato y abuso; discriminación;

explotación sexual comercial; trata y tráfico de personas; secuestro, compra, robo, sustracción y adopciones irregulares; niñez viviendo en situación de calle; uso de estupefacientes y sustancias que producen dependencia; marginación y discriminación por discapacidad; aplicación inadecuada de los procesos de protección; incumplimiento de los derechos y garantías del debido proceso tanto en niñez víctima como en adolescentes en conflicto con la ley penal.



**CONCLUIMOS:**

Que las instituciones del Estado y organizaciones sociales desempeñan sus funciones y desarrollan programas para la niñez y la adolescencia, en condiciones precarias, por la falta de recursos presupuestarios, técnicos y humanos, derivado de lo cual proponemos las siguientes acciones, en materia de:

**Educación y Capacitación**

- Desarrollar programas enfocados a la atención primaria, secundaria y terciaria, dirigida a padres y madres de familia, niños y jóvenes, líderes comunitarios, personal docente de los centros educativos públicos y privados;

- Implementar talleres sobre el tema del abuso sexual, dirigido al personal docente y población estudiantil, así como la creación de espacios diferenciados para la detección, intervención y tratamiento del niño, niña y joven abusado;

- Diseño de una estrategia de comunicación que pueda llevar la información a los departamentos y municipios, difundirla a través de medios de comunicación en diferentes sistemas, incluyendo información para niños con capacidades especiales;

- Capacitar con respecto a la historia de Guatemala;

- Institucionalizar programas educativas de prevención como en escuela, centros de salud y otros, con enfoque de auto cuidado en la familia y otros ambientes en los que se desarrollan los niños, niñas y adolescentes;

- Diseño de los programas de capacitación interactiva, dinámica, lúdica adaptada a cada grupo,

**Recursos, Financiamiento y Presupuesto**

- Generar financiamiento estatal a las instituciones públicas, que generen propuestas de prevención y protección a la niñez y adolescencia contra el maltrato y abuso sexual;

- Asignar un presupuesto específico en las instituciones estatales para habilitar un área especializada y multidisciplinaria en la temática del abuso sexual;

- Establecer una alianza de prevención entre el Estado con las diferentes ONG's;

- Gestionar recursos humanos voluntarios, y apoyo organismos y organizaciones internacionales cooperantes;

- Creación de bibliotecas especializadas en la materia, bibliotecas virtuales y recursos tecnológicos de fácil acceso a los niños, niñas y adolescentes.

**Implementación de Mecanismos de Monitoreo y Seguimiento**

- Implementar escuelas a padres de familia dentro de las comunidades en la atención y prevención de niños, niñas y adolescentes en el maltrato y abuso sexual;

- Diseño de mecanismos de monitoreo y evaluación de la atención a víctimas sobrevivientes de maltrato y abuso dentro y fuera de la familia;

- Crear mecanismos de regulación a programas de televisión que incitan violencia;

- Crear una comisión que conozca de los casos de los niños, niñas y adolescentes abusados y maltratados dentro de las redes de apoyo social comunitario;

- Todos somos actores de la situación de violencia familiar y en la comunidad y es necesario que rompamos el silencio para romper los círculos viciosos.

**Incidencia y Cabildeo**

- Apoyar las demandas de la comunidad respecto a la problemática del abuso sexual, sensibilizar a la población acerca de la temática de la agresión sexual, cómo detectarla, prevenirla y erradicarla;

- Implementar campañas permanentes de valores familiares en los diferentes medios de comunicación;

- Implementar procesos de desensibilización y fortalecimiento de liderazgo en COCODES, COMUDES, CODEDES e instituciones afines en la prevención de maltrato, abuso sexual en niños, niñas y adolescentes;

- Promover participación infantil;

- Promover en cada institución los valores morales, espirituales y cívicos, así como la organización comunitaria;

- Fomentar la educación de la no violencia a través de congresos, talleres, seminarios, y otros;

- Programar actividades con la finalidad de fortalecer a la familia;

- Promover la relación con iglesias para fortalecer nexos en pro de la niñez y adolescencia;

- Promover campañas preventivas en la escuela Anti "Bulling" y los juguetes bélicos;

- Promover procesos de educación popular con enfoque de Derechos;

- Propiciar un proyecto permanente de "Escuela para padres", "Escuela de maestros", programas educativos para alumnos incorporado al Curriculum nacional base;

- Generar un engranaje entre las instituciones gubernamentales y no gubernamentales tomando en cuenta la cultura y formas de organización comunitaria;

- Establecer redes de protección de padres de familia para incidir en el ámbito escolar a nivel público y privado;

- Involucrar padres y maestros con enfoque a derechos de la niñez;

- Que los alumnos tengan voz y voto en la participación de toma de decisiones;

- Promover el protagonismo activo de niños, niñas y adolescentes;

- Crear una Política Pública nacional, municipal y local comunitaria para la atención del fenómeno del maltrato y abuso.

## PROCOLOS

### HOSPITALES PROMOTORES DE SALUD - DERECHOS DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS -

**Autora:** Rosa G. Suárez López de Vergara

Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud. Miembro de la Task Force de Hospitales Promotores de Salud para la Infancia y Adolescencia.

Entendiendo la Promoción de la Salud como el proceso de capacitar a las personas para aumentar el control sobre su salud y para mejorarla, según fue definida en la Carta de Ottawa en 1986, el desarrollo de este concepto en la infancia y adolescencia, tiene la idea de incorporar a los niños como sujetos activos en el proceso, con el fin de que logren alcanzar el mayor grado en el control de su salud. El hospital actuaría como promotor de salud al ser un elemento importante de cultura en el contexto local, siendo así, un ejemplo a seguir para otras instituciones.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha sido siempre una fuerte defensora de la promoción de la salud, por ello en 1992 la Región Europea de OMS crea una red para la actividad de promoción de la salud, y se constituye la Red Internacional de Hospitales Promotores de Salud (HPH) (Health Promoting Hospitals).

Se partía de la idea inicial de tratar de modificar la actividad hospitalaria, eminentemente asistencial, y aprovechar el potencial humano y de conocimiento, para abarcar todos los problemas de salud con una perspectiva integral.

Años más tarde en 2004, se organiza dentro de esta Red Internacional, un grupo de trabajo específico para la Promoción de la Salud en la etapa de la infancia y adolescencia, al ser ésta crucial, puesto que tiene una gran trascendencia en la vida de las personas.

Este grupo así formado, fue reconocido por la OMS con el nombre de Task force para la Promoción de la salud de niños y adolescentes en y por los hospitales (Task force HPH-CA)(Health Promotion for Children and Adolescents in and by Hospitals), y trata de proporcionar un mejor entendimiento del papel que los hospitales deberían jugar en la promoción de la salud en estas edades de la vida.

Al constituirse la Red Internacional de Hospitales y Servicios Sanitarios Promotores de Salud, se planteó la misión de trabajar para la incorporación de los conceptos, los valores, las estrategias y los estándares o indicadores de promoción de salud, en la estructura organizativa de los Hospitales y de los Servicios Sanitarios de la Salud.

Desde el momento de su constitución, se trabajó en la elaboración de documentos que sirvieran de base para el grupo, y de ese modo se editaron los siguientes: Antecedentes, Recomendaciones sobre los Derechos de los Niños en los Hospitales y Plantilla para la descripción de Buenas Prácticas de Promoción de la Salud.

En relación a los **Derechos del Niño en el Hospital**, el Grupo HPH-CA, ha trabajado durante los últimos años en la elaboración de un Modelo y Herramienta de auto-evaluación del respeto a los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en los Hospitales (Self-evaluation model and tool on the respect of Children's Rights in Hospital, SEMT), basados en el concepto de que los niños son titulares de derechos, según la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Niños (CRC - "Convention on the rights of the Child").

Inicialmente y antes de elaborar la herramienta, se investigó sobre los antecedentes existentes en relación a la Promoción de la Salud para Niños y Adolescentes en diferentes hospitales, junto con la revisión bibliográfica de Convención de los Derechos del Niños, la Carta de la Asociación Europea para Niños Hospitalizados, la Carta de la Red Internacional para el Cuidado Paliativo de los Niños y los Estándares de la Iniciativa de Asistencia Sanitaria Adaptada al Niño.

También, se establecieron procesos de consultas con los socios internacionales: la Comisión de Asistencia Sanitaria de Inglaterra, el Defensor del Pueblo Griego, el Grupo de Trabajo sobre

Hospitales Orientados al Inmigrante y Competentes Culturalmente, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) - Centro de Investigación Innocenti y con las Oficinas Centrales de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Se inició el trabajo para desarrollar el Modelo y Herramienta de Auto-evaluación citado (SEMT), que culminó en 2009. España participó en su elaboración a través de los miembros de la Task Force: representante de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias y representante del Hospital San Joan de Deu de Barcelona .

El objetivo principal de este Modelo y Herramienta fue valorar la distancia entre el respeto total a los Derechos de los Niños en el hospital y la práctica real, para así tratar de promover la mejora y el cambio.

Este documento SEMT analiza tres áreas de derecho:

- **Área 1:** Derecho al cuidado de la salud en el mayor estándar alcanzable. Subdividido en cuatro apartados.
- **Área 2:** Derecho a la información y participación en todas las decisiones involucradas en sus cuidados sanitarios. Subdividido en dos apartados.
- **Área 3:** Derecho a la protección de cualquier forma de violencia. Subdividido en seis apartados.

En cada uno de los diferentes apartados se analizan un promedio de entre 6 a 12 cuestiones relativas a ese derecho objeto de análisis. Se recogen las opiniones diferentes del equipo evaluador y se realiza una evaluación cualitativa, siguiendo una graduación de cuatro puntos de la escala de valoración:

- Conseguido de forma significativa
- Progreso significativo
- Ligeramente tomado en consideración
- No tomado en consideración en absoluto

Una vez finalizado el Modelo y Herramienta de Auto-evaluación sobre el respeto de los Derechos del Niño en el hospital, se procedió a la difusión e implementación. Y se programó la realización de un estudio piloto en diferentes hospitales de los distintos países integrantes de la Task force HPH-CA, para evaluar la utilidad del documento del análisis de los derechos, y explorar las diferentes capacidades que podrían desarrollarse a partir del mismo.

Del total de 17 hospitales participantes, en nuestro país han realizado la evaluación cuatro hospitales, tres hospitales de la Comunidad Autónoma Canaria: Complejo Hospitalario Universitario Materno-Infantil de Canarias (CHUMIC), en Las Palmas de Gran Canaria, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC), en Tenerife y Hospital Universitario de Canarias (HUC) en Tenerife, y el Hospital San Joan de Deu, en Barcelona.



Documentos traducidos al español por la Consejería de Salud del Gobierno de las Islas Canarias

En la Comunidad de Canarias se crearon grupos multidisciplinares de profesionales dentro del ámbito de cada uno de los hospitales, que analizaron el documento desde la perspectiva de la asistencia diaria. El trabajo fue recibido con expectación por los profesionales sanitarios de los hospitales participantes. Percibieron que en su trabajo diario, existe multitud de actuaciones que están en la línea de los Derechos de los Niños. Se suscitó una creciente concienciación de los Derechos de los Niños en el hospital, así como el interés de incorporarlos en todas las actuaciones asistenciales. También, se observaron y valoraron las lagunas existentes y se realizaron propuesta para cada uno de los derechos analizados en la herramienta, creándose una amplia conciencia para continuar trabajando.

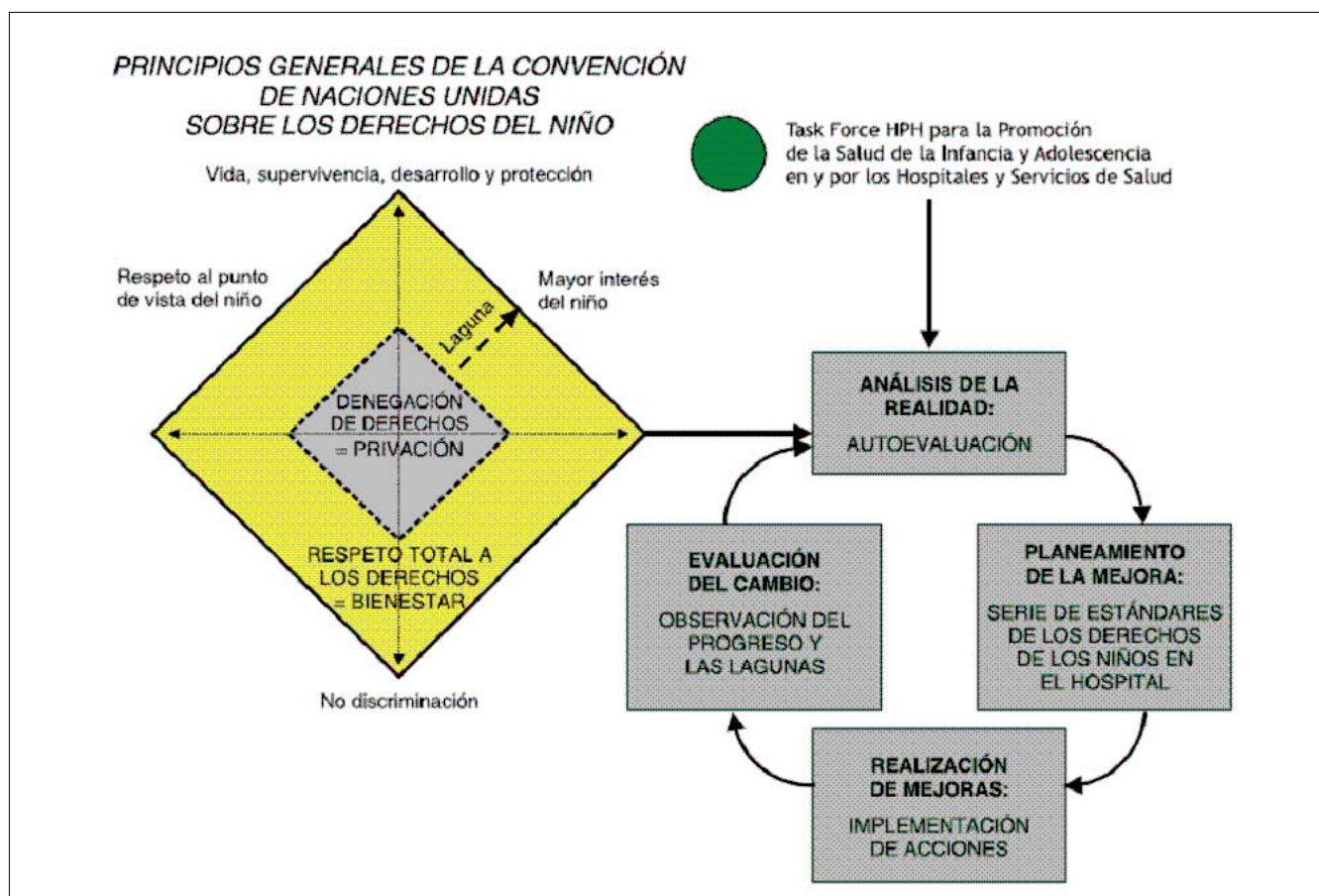
Como resultado de este trabajo se ha elaborado un material didáctico: Carteles y Carta abierta de los pacientes pediátricos sobre Los Derechos de la Infancia y Adolescencia en el hospital, que han sido distribuidas en los hospitales de la Comunidad Autónoma Canaria (300 pósters de los Derechos y 3.500 Cartas abiertas de los pacientes pediátricos dirigidas a la personas que les atienden en el hospital), permitiendo la difusión e implementación de los Derechos de los Niños en el hospital.

La Task force HPH-CA espera con este documento SEMT, mejorar de forma efectiva la promoción, respeto y cumplimiento de los derechos de los niños en Hospitales, Departamentos y Servicios Pediátricos y aumentar la conciencia de los profesionales, gestores y creadores de políticas.

Asimismo, se espera incrementar el nivel de participación de la infancia y adolescencia en los procesos de toma de decisiones que les afectan relacionados con la salud.

En resumen, el Modelo y Herramienta pretende facilitar a las organizaciones de asistencia sanitaria la valoración del respeto a los Derechos de los Niños y contribuir a la mejora continua de los entornos de asistencia sanitaria, a través de la auto-evaluación repetida de la situación, así como de las modificaciones efectuadas.

Siguiendo con la línea de colaboración de la Dirección General de Salud Pública con la Task Force de Hospitales Promotores de Salud para la Infancia y Adolescencia (Task Force Health Promotion Hospitals for Children and Adolescents, HPH-CA), participamos en el 8ª Workshop del Grupo en Lisboa, los días 28 y 29 de octubre de este año.



Durante la reunión se debatieron temas que se encontraban subdivididos en tres áreas:

1. Los derechos de los niños en el marco de los cuidados en salud.
2. Servicios amigables para los niños.
3. Aprovechar al máximo el activo de los niños en los cuidados de salud.

Estas áreas marcarán las líneas de trabajo del Grupo para los próximos años.

En el momento actual, en nuestro país, hay un nuevo proyecto de actuación basado en la Convención de los Derechos de los Niños, auspiciado por UNICEF España, para promocionar los Derechos de los Niños. Consiste en abrir caminos de análisis, difusión y entendimiento en aquellos lugares donde se presta atención a la infancia y adolescencia, como son los hospitales, centros de salud, centros de acogida y centros escolares. Por ello, UNICEF trata de coordinar en red a los componentes de la Sociedad de Pediatría Social, La Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al nacimiento y la Lactancia (IHAM), La Fundación curArte y la Task Force de Hospitales Promotores de Salud para la Infancia y Adolescencia de la OMS (HPH-CA), con el fin de trabajar para la promoción de la salud, con la base de los Derechos de los Niños. Cada uno en su campo de actuación, pero tratando de lograr una comunicación fluida y permanente, que redunde en beneficio de los niños.

Inicialmente se pretende comenzar el trabajo en el ámbito hospitalario, con el fin de ir incorporando a los hospitales en el análisis, a través de la auto-evaluación del respeto de los derechos de los niños hospitalizados, valorando el nivel alcanzado, las lagunas existentes y las propuestas para el cambio. A continuación, y con el dinamismo que permita el trabajo de equipo, se irán incorporando otros trabajos en los diferentes ámbitos de actuación, con el fin de promocionar la salud en la infancia y la adolescencia tratando de incorporarlos para que incrementen sus conocimientos en los cuidados de salud que les permitan participar en los procesos de tomas de decisiones que les conciernen.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1986. Disponible en: <http://www.who.int/hpr/NPH/docs> <http://www.paho.org/Spanish/hpp/ottawacharterSp.pdf>
2. Health promoting hospitals. World Health Organization Regional Office for Europe. Disponible en: <http://www.euro.who.int/healthpromohosp>
3. Convention on the Rights of the Child. UN GA Res 44/25. Available at: <http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/k2crc.htm> Accessed November 4, 2002.
4. European Association for Children in Hospital. Disponible en: <http://www.each-for-sick-children.org/>
5. Aujoulat I, Simonelli F, Deccache A. Health promotion needs of children and adolescents in hospitals: A review, Patient Education and Counseling, 2006, Vol 61(1): 23-32.
6. Documentos de Antecedentes, Recomendaciones sobre las Derechos de los Niños en los hospitales y Plantilla para la Descripción de Buenos Prácticas de Promoción de la Salud. 2007. Disponible en: <http://who.collaboratingcentre.meyer.it>
7. Simonelli F, and members Task Force Health Promotion for Children and Adolescents in and by Hospitals (HPH-CA). Self-evaluation Model and Tool on the Respect of Children's Rights in Hospitals and Health Services. SEMT. 2009. <http://who.collaboratingcentre.meyer.it>
8. The respect of Children's Rights in Hospital: An Initiative of the International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services. Final report on the implementation process of the Self-evaluation Model and Tool on the Respect of Children's Rights in Hospitals (SEMT).2010. <http://who.collaboratingcentre.meyer.it>
9. Suárez López de Vergara RG, Simonelli F, Armas Navarro A. Hospitales Promotores de Salud para la infancia y Adolescencia. Task force HPH-CA (Health Promotion for Children and Adolescents in and by Hospitals). Anales de Pediatría. Libro de ponencias del Congreso de la Asociación Española de Pediatría. 2010; 285-7.

## INTERNACIONAL

# INICIATIVA SOBRE SALUD Y DERECHOS DE LA NIÑEZ EN AMÉRICA LATINA

## Las sociedades de pediatría, las y los pediatras: corresponsables en la garantía de los derechos de niños, niñas y adolescentes

por **Raúl Mercer** (Argentina) y **Ernesto Durán** (Colombia), pediatras sociales, integrantes de la **Iniciativa Salud y Derechos de la Niñez**.

Los 20 años de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño marcan un punto de inflexión en donde los países y las sociedades en general, deberían apelar a un cuestionamiento sobre lo acontecido en materia de derechos de niños, niñas y adolescentes (DNNA) y las deudas aún pendientes con la infancia.

La realidad nos expone ante un escenario complejo, en donde los DNNA son vulnerados de múltiples formas. El sentido de este artículo, es el de hacer una breve reflexión sobre el rol que le compete a la comunidad pediátrica (sus sociedades representativas y sus integrantes) como defensores de los DNNA a través del relato de algunas experiencias en curso.

### 1. Rol de las Sociedades de Pediatría

La Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE) en su último Congreso Latinoamericano, realizado en Puerto Rico, se comprometió a

*"trabajar por la garantía efectiva de los derechos de niños, niñas y adolescentes, por medio de las siguientes acciones:*

- *Impulsar políticas públicas que hagan efectivo el cumplimiento de los derechos de niños, niñas y adolescentes.*
- *Promover la asignación de presupuestos suficientes para que los Estados cumplan sus obligaciones de protección y garantía de los derechos.*
- *Capacitar a pediatras, otros integrantes del equipo de salud y estudiantes de pre y postgrado en los contenidos y aplicación de la Convención sobre Derechos del Niño.*
- *Difundir la Convención ante la comunidad por todos los medios a su alcance.*
- *Impulsar la promulgación de normas jurídicas dirigidas a hacer efectivos los derechos establecidos en la Convención.*
- *Participar en el monitoreo del cumplimiento de las obligaciones asumidas por los Estados y gobiernos de respetar, proteger y garantizar derechos.*

- *Promover el respeto de los derechos de niños, niñas y adolescentes en todas las actividades de salud, lo que incluye:*

- *Equidad en el acceso a seguridad social y servicios de salud de calidad.*
- *No discriminación.*
- *Atención personalizada, trato digno, comprensivo, amable y respetuoso.*
- *Acceso a información sobre sus derechos y el cuidado de su salud.*
- *Atención en servicios independientes de los de adultos, acompañados todo el tiempo por sus padres o acudientes.*
- *Promoción de oportunidades de juego, recreación y educación.*
- *Atención por personal calificado, conocedor de sus derechos, que escuche y tenga en cuenta sus opiniones.*
- *No ser partícipes, sin su consentimiento y/o el de sus padres o acudientes de actividades de investigación.*

- *Constituir alianzas con diferentes instituciones y actores sociales para trabajar por la promoción, respeto y protección de los derechos.*
- *Conformar grupos de trabajo sobre derechos en ALAPE y sus filiales.*
- *Reservar un espacio en los Congresos de ALAPE para informar sobre los avances en materia de derechos en cada país.*
- *Crear una distinción para trabajos de investigación sobre derechos de niños, niñas y adolescentes a entregar en cada Congreso de ALAPE.*
- *Difundir la presente Declaración en los contextos nacional e internacional".*



Presidentes de las Sociedades de Pediatría de América Latina en el acto inaugural del Congreso de ALAPE realizado en Puerto Rico 2009.

Esta declaración (1) fue impulsada por un grupo de pediatras de la región (bajo la presidencia del Dr. Hernando Villamizar), quienes desde hace varios años nos hemos asociado en torno a la iniciativa "**Salud y Derechos de la Niñez**".

La existencia de esta Declaración, marca un hito orientado a reconocer las acciones específicas que las sociedades de pediatría deberían asumir de manera proactiva ante la sociedad como expresión de su compromiso en la promoción y defensa de los DNNA. Al igual, que la Convención, estas declaraciones son una orientación estratégica y marcan un camino de acción. La pregunta a responder es en qué medida nuestras sociedades profesionales se corresponden con sus mandatos y declaraciones. De allí la necesidad de afianzar mecanismos que permitan evaluar la contribución que cada una de las sociedades está realizando de manera responsable en pos de asegurar la vigencia de los DNNA.

## 2. Rol de los/as pediatras:

La existencia de los compromisos y declaraciones, no son suficientes en la medida que no contemos con herramientas que nos permitan operacionalizar los conceptos y obligaciones establecidas en la Convención, en nuestro ejercicio profesional. Dicho en otros términos, transformar la Convención en un instrumento asequible con capacidad transformadora de nuestras prácticas.

Desde el año 2005, profesionales de diferentes países de América Latina venimos desarrollando una propues-



(Foto: R. Mercer)

ta orientada a promover competencias en los equipos de salud que permitan integrar el enfoque de derechos de la niñez en los servicios de salud. Esta propuesta, conocida como "**Iniciativa sobre Salud y Derechos del Niño del Cono Sur**", viene extendiendo su base de acción en América Latina y coopera con otros países.

El apoyo de diferentes organizaciones no gubernamentales (2) y de profesionales comprometidos con el enfoque de derechos (3), han servido de base para conformar un espacio de trabajo signado por la cooperación y el sentido solidario.

La iniciativa busca retomar el papel que en la región latinoamericana han cumplido los pediatras, desde las primeras décadas del siglo pasado, en la promoción de condiciones de vida adecuadas para el desarrollo integral de niños y niñas y el respeto de sus derechos.

La iniciativa centra su trabajo en la capacitación de los y las pediatras y el personal de salud en general, en los derechos de la niñez; busca crear en ellos y ellas una consciencia sobre la necesidad de ser proactivos en la construcción de una sociedad que respeta, quiere y protege a sus niños y niñas.

Para ello, se adaptó un currículo que contiene **6 módulos**: necesidades y

derechos de la niñez, aspectos relevantes de la Convención, respeto de los derechos de la niñez en la práctica pediátrica, políticas de salud y servicios de salud y el profesional de salud como promotor y defensor de los derechos de la niñez.

- En el **primer módulo** se aborda el salto que implica pasar de una perspectiva restringida, voluntarista y de corto plazo, como es la de satisfacción de las necesidades, a una perspectiva integral, universal y de más largo plazo, como es la de garantía de los derechos que se sustenta en la dignidad de todos los seres humanos.

- En el **segundo módulo** se presentan los derechos sociales, económicos, culturales, de protección, civiles y políticos que contiene la Convención y los principios de universalización, interés superior del niño, participación y derecho a la supervivencia y el desarrollo que la sustentan; así como el principio de la corresponsabilidad entre el Estado, como el garante principal, y la sociedad y la familia como garantes corresponsables.

- En el **tercer módulo** se desarrollan las implicaciones específicas que la comprensión de los niños y las niñas como sujetos activos de derechos implica para el ejercicio pediátrico a todos los niveles: ambulatorio, comu-



Presentación de la Declaración de Puerto Rico.

(1) [http://www.alape.org/documentos\\_declaracion\\_PR2009.php](http://www.alape.org/documentos_declaracion_PR2009.php)

(2) <http://www.cred-pro.org/>

(3) Jeffrey Goldhagen, Tony Waterston, Gerison Lansdown.

nitario, social y hospitalario. La obligación que tenemos de escuchar la voz de los niños y las niñas, tener en cuenta sus opiniones y hacerlos partícipes activos del cuidado de su salud. La obligación de respetar su privacidad y recibir un trato digno, amable y respetuoso en todo momento. La obligación de hacer efectivo su derecho a garantizar el máximo nivel posible de salud, sin restricciones originadas en su origen o la capacidad económica de su familia. La obligación de proporcionar al niño/a y su familia toda la información necesaria y pertinente sobre su condición de salud y el cuidado de la misma. La obligación de que en las instituciones sanitarias que atienden niños y niñas se respeten todos sus derechos, incluidos el derecho al juego, la educación, la compañía de su familia, la información, la identidad, la intimidad, el buen trato y la participación.

- En el **cuarto módulo** se analiza la salud como un derecho, que comprende tanto el derecho al restablecimiento de la misma en caso de enfermedad, como el derecho a conservar la salud. Se plantea que el derecho a servicios de salud incluye el derecho a la disponibilidad de los mismos, su accesibilidad y aceptabilidad y la máxima calidad humana y técnica posible, y que el derecho a la salud comprende el derecho a una vida plena, a un crecimiento y desarrollo adecuados y a descubrir y desarrollar al máximo sus potencialidades.

- En el **quinto módulo** se aborda el papel de los servicios de salud y de los profesionales de la salud en la protección integral de los derechos de la niñez. Entendiendo que la protección se relaciona con garantizar el cumplimiento de las necesidades humanas, físicas, psicológicas y sociales básicas de cuidado, confianza, seguridad física, emocional y del entorno social que necesitan niños y niñas para crecer y desarrollarse plenamente. Los profesionales de la salud tenemos un rol privilegiado en la protección de la niñez, pues los conocemos

desde su nacimiento y gozamos de la confianza de las familias y la sociedad, y se nos invita a tener un rol más activo dentro de los sistemas de protección, tanto en la prevención de las vulneraciones de los derechos, como en su diagnóstico, seguimiento y denuncia oportuna.

- El **sexto módulo** plantea la responsabilidad política y social de los profesionales de salud en la construcción de sociedades respetuosas de los derechos humanos, en particular de los derechos de niños y niñas. Se abordan los temas de la inequidad y la pobreza, como contextos que limitan la garantía efectiva de los derechos de niños y niñas, y la obligación ética de trabajar por un mundo más justo para sus niños y niñas (4). Se plantea la necesidad de trabajar intersectorialmente en el desarrollo de políticas públicas dirigidas a la garantía efectiva de derechos, y de asumir más activamente nuestro papel como promotores y defensores de los derechos de la niñez en cada uno de nuestros actos.

El currículo se ha trabajado hasta el momento en cinco países de la región (Argentina, Chile, Colombia, Paraguay y Uruguay), habiendo participado además en eventos de capacitación y asesorías en la región de América Latina y el Caribe: Honduras, Nicaragua, Puerto Rico, Guatemala, Jamaica, con la expectativa de poder extenderse a todo el continente y sumarse a otras iniciativas nacionales, regionales y locales que trabajan el tema de derechos de niños y niñas y salud, para trabajar mancomunadamente.



## Comentarios finales

El discurso de los derechos que tiene tan alta aceptación social, pero tan bajo nivel de cumplimiento, debe convertirse en un imperativo ético impostergable para todo el personal de salud, en la comprensión de que la salud infantil, pasa indefectiblemente por la garantía efectiva de todos y cada uno de sus derechos.

Entendemos que el momento de los discursos está en una fase de agotamiento, en la medida que no vaya acompañado de propuestas reales, factibles de ser realizadas e implementadas en cada ámbito en donde haya niños, niñas y adolescentes, sin ningún tipo de exclusión.

Sabemos que muchos de los problemas que afectan a la niñez demandan un esfuerzo del conjunto social. Ello, no excluye nuestra responsabilidad como colectivo de esta sociedad en la necesidad de brindar una respuesta efectiva a una niñez que la demanda. Es también un llamamiento para cuestionar críticamente nuestro rol y el de las sociedades que nos representan sobre el modo que estamos respondiendo a este desafío. Dicho en otros términos más pragmáticos: ¿Estamos fehacientemente comprometidos (sociedades y profesionales) con los derechos de la niñez? o ¿Estamos respondiendo al interés de las sociedades y de las corporaciones que lucran con su existencia?

Ha llegado el momento de las respuestas.

**Raúl Mercer**, es profesor de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), en Buenos Aires, Argentina.

**Ernesto Durán**, es profesor de Pediatría Social y Comunitaria, coordinador del Observatorio sobre Infancia, en el Centro de Estudios Sociales de la Universidad Nacional de Colombia.

(4) Segunda Cumbre Mundial de las Naciones Unidas por la Infancia.

**ENTREVISTA****TONY WATERSTON**

*"Los pediatras tienen la responsabilidad de manifestar cuándo no se respetan los derechos de los niños, y somos negligentes si nos mantenemos en silencio."*

Durante la celebración en octubre del Congreso de la ESSOP en Kusadai (Turquía), tuvimos la oportunidad de entrevistarnos con Tony Waterston, uno de los pediatras con más experiencia internacional en el terreno de los Derechos y la Salud del Niño.

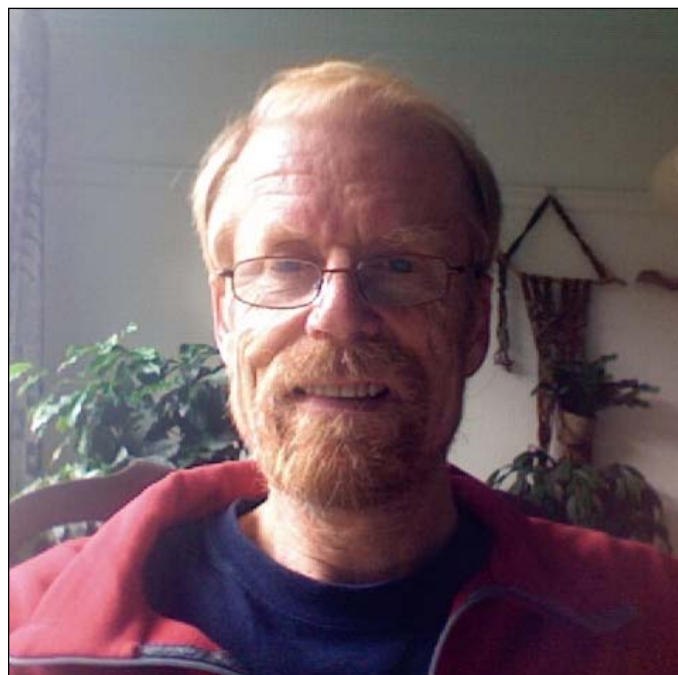
El Dr. Anthony Waterston, nos destaca lo siguiente de su curriculum:

La mayor parte de su vida trabajó en pediatría general en Newcastle-upon-Tyne (Inglaterra). Durante una larga carrera, que incluye 6 años en África, su interés se centró en la salud mental infantil y en la salud pública de los niños. Se ha dedicado activamente a la educación universitaria, habiendo publicado un libro de texto sobre pediatría y otro de postgrado sobre salud pública infantil. En el campo de los Derechos y la Salud del Niño ha escrito con profusión y ha participado en varios estudios dirigidos a la mejora de la calidad de los padres. Ha desarrollado un programa de entrenamiento sobre derechos del niño para profesionales de la salud (ver [www.essop.org](http://www.essop.org)). Es uno de los editores del *Journal of Tropical Pediatrics* y es director de proyecto en Palestina para su Real Colegio de Pediatría y Salud Infantil. Actualmente, encabeza la campaña de salud y cambio climático en *Medact (Medical Action for Global Security)*, [www.medact.org](http://www.medact.org) ) y forma parte del comité ejecutivo de ESSOP (Sociedad Europea de Pediatría Social).

**Cuadernos de PS: Como pediatra, ¿Cuál es el significado de la Convención de los Derechos del Niño?**

Creo que la CDN ayuda a los pediatras a ver a los niños ante todo como personas que detentan derechos humanos. Esto es una distinción muy importante respecto a considerarlos como pacientes, o como miembros jóvenes de una familia, aunque por supuesto esto también lo sean. La Convención nos conlleva a ver a los niños como miembros de la sociedad, que tienen un derecho a los servicios que provee el estado, que requieren protección dada su vulnerabilidad, y a quienes se les debería brindar la oportunidad de participar tanto como pacientes como ciudadanos. Si mantenemos todos los derechos que se figuran en los CDN, entonces la infancia será más valorada en la sociedad y se mejorará mucho su bienestar así como su salud.

**¿Específicamente, cuáles son esas contribuciones de la CDN a la Salud Infantil?**



Todo en la CDN tiene que ver con la salud de los niños. Por ejemplo, el Artículo 2 se asegura de que no discriminemos en base a la raza, religión o aspecto; el Artículo 18 nos recuerda que son ambos padres los que tienen que involucrarse en el cuidado del niño; el Artículo 27 persigue asegurar que cada niño tenga un estándar razonable de vida.

Hay ciertos artículos que tienen una aplicación específica en la atención sanitaria. El Artículo 12 manifiesta que cada niño tiene un derecho a expresar su visión de las cosas. Esto significa que debemos asegurarnos de buscar la opinión de nuestro paciente infantil sobre su tratamiento, y preguntarnos también si ellos son conscientes de la situación de su salud. El Artículo 13 se refiere al derecho a recibir información; esto implica que nosotros debemos darles una adecuada explicación de su problema, en una forma que él o ella pueda comprender. El Artículo 16 se refiere a la protección de la privacidad; por lo que deberíamos ofrecer a los niños mayores confidencialidad en la consulta, y verlos separadamente de los padres si así lo desean. El Artículo 19 versa sobre la protección del niño respecto a todo tipo de violencia, y el Artículo 23 le confiere a los niños discapacitados mental o físicamente el derecho a una vida plena y decente. El Artículo 24 dice que ningún niño será privado de su derecho a atención sanitaria.

Lo que yo concluyo de esto es la necesidad de escuchar cuidadosamente a los niños en la consulta, y de darles la oportunidad de expresar su visión; de explicar en un lenguaje sencillo cuál es el problema y qué plan tenemos para solucionarlo; ofrecerle a los niños mayores una consulta confidencial; y respetar su visión del asunto, sea la que sea - esto significa el darles una consideración seria. Tenemos que capacitar a los chicos discapacitados, para que sean incluidos en la sociedad, y hacer que nuestros servicios sean accesibles a todos independientemente de sus posición económica.

### ¿Cuál es su visión desde una perspectiva internacional?

La CDN concierne a todos los niños del mundo, vivan estos en Turquía, España, Burkino Faso o EEUU. Todos los países menos dos (Somalia y EEUU) han ratificado la Convención, pero por supuesto esto también se aplica en estos dos. En Europa, somos afortunados de que la vida de los niños es ahora mucho mejor que hace 50 años, debido a nuestras actitudes mucho más humanas con los niños, y a la mejora de nuestra calidad en la atención sanitaria. Fuera de Europa existen todavía muchos países donde los niños no tienen suficiente para comer, no cuentan con un techo seguro sobre sus cabezas, no pueden ser visitados por sus padres cuando están en el hospital, y son explotados en muchas maneras diferentes, tanto en el sexo como en el trabajo infantil. Pero la CDN ofrece una herramienta para que cualquiera en esos países pueda hablar en nombre de las necesidades de esos niños. Y en Europa, hay aún muchos niños que no reciben sus derechos en los servicios de salud, que sufren discriminación, tienen un estándar de vida inadecuado, y son objeto de abuso en los servicios penitenciarios.

Creo que los pediatras tienen la responsabilidad de manifestar cuándo no se respetan los derechos de los niños, y que somos negligentes si nos mantenemos en silencio.

### ¿Qué proyecto está ahora desarrollando en este terreno?

Acabo de terminar una encuesta de los miembros de ESSOP sobre la práctica de los derechos del niño entre los pediatras de sus países. Han respondido 17 de los 26 países miembros. De estos 17, siete han adoptado la CDN en su organización pediátrica, seis han incluido los derechos de los niños en el currículum pediátrico, y nueve poseen algún tipo de entrenamiento disponible sobre derechos de los niños. No obstante, sólo tres asociaciones han hecho una declaración pública relacionada con el asunto de los derechos del niño.

Creo que estos números son muy bajos, y estoy trabajando con los miembros de la ESSOP para asistir al desarrollo de herramientas que se puedan utilizar para subir el nivel de los pediatras en relación con el entrenamiento y la defensa de los derechos de los niños.

### ¿Cree que los médicos y/o profesionales de la salud deberían tener algún tipo de conocimiento/instrucción en la Convención de los Derechos del Niño?

Es absolutamente esencial. Creo que los derechos de los niños apuntalan nuestro trabajo con los niños y que una comprensión de la CDN realzará grandemente la profundidad de nuestro trabajo con nuestros pacientes infantiles, especialmente con los adolescentes, pero también con niños más pequeños. Nuestra comunicación mejorará, junto con nuestra capacidad de entender mejor a los niños. Después de todo, ¿no es eso de lo que se trata en pediatría?



Portadas del Libro sobre Salud Pública Infantil y del último número del Journal of Tropical Pediatrics (<http://tropej.oxfordjournals.org>), de los que T. Waterston es respectivamente coautor y coeditor.

Por tanto, pienso que todos los pediatras en entrenamiento (y también los pediatras que han terminado su entrenamiento sin instrucción alguna en Derechos del Niño) deberían asistir a un curso especial. La Instrucción en derechos del niño es tan importante como el entrenamiento en maltrato infantil o en comunicación con niños. Desde mi punto de vista tal formación debería ser obligatoria. Estamos en estos momentos un poco alejados de esa posición, pero con la ayuda de vuestra Sociedad y otras similares en países de todo el mundo, podemos alcanzar este importante objetivo para la mejora de la salud infantil. Un curso está disponible en el sitio web de ESSOP [www.essop.org](http://www.essop.org). Actualmente se está mejorando, y este es uno de los proyectos que tengo entre manos.

### ¿Cuál es su valoración en la consecución de los objetivos de salud dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio?

Desafortunadamente, no vamos a llegar al objetivo fijado para la salud infantil, especialmente en los países subsaharianos. Hay cantidad de razones, que se han discutido detalladamente en las recientes series de *The Lancet* (ver [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)) sobre supervivencia infantil. Primero, los países de alto poder adquisitivo no han cumplido sus compromisos reuniendo fondos; segundo, los fondos de los países más ricos no siempre han ido a beneficiar a madres y niños, ni a servicios de salud, especialmente habiendo el FMI promovido los pagos de los usuarios de servicios sanitarios; y en tercer lugar, el comercio global no ha facilitado el desarrollo de la agricultura en esos países pobres. Es necesario repensar los objetivos, y recomiendo la reciente publicación de *Lancet Comissions* (The Millennium Development Goals: a cross-sectoral analysis and principles for goal setting after 2015, Waage J et al, September 18th, vol 376, 991-1023).

Muchas gracias por esta oportunidad de expresar mi visión y mis buenos deseos para su sociedad, por su trabajo para los niños en circunstancias difíciles.

# AGENDA AGENDA AGENDA AGENDA AGENDA AGENDA

**23 de Noviembre 2010**

Jornada titulada **Preguntas al Dermatólogo en Atención Pediátrica**, en Barcelona. El Club de Pediatría

Social organiza una jornada de dermatología pediátrica en el Hotel Barceló Sants, a cargo de un dermatólogo del Hospital Clínic - Dr. Esteve Darwich y del Dr. Joaquín Callabed, que expondrá Formulas Magistrales de uso actualizado en la infancia.

Inscripción gratuita - Plazas limitadas, se ruega confirmación.

Tels: 672 17 85 42 - 672 17 85 42 (Victor) / email: sociedadpediatrica@yahoo.es



**22, 23, 24, 29 y 30 de Noviembre 2010**

**Curso Enfermedades Importadas y Emergentes en Pediatría**, en Madrid. La

Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla La Mancha os invita al Curso Enfermedades Importadas y Emergentes en Pediatría que la SPMYCM ha avalado y que se celebrará los días 22,23,24, 29 y 30 de noviembre en el Hospital La Paz de Madrid.

La inscripción es gratuita. Contacto: spmycm@mcmpediatria.org

3 Opciones de inscripción: Por internet: [www.ipediatria.com](http://www.ipediatria.com) /

En el curso (1º día de c. Presencial) / PorTeléfono: 917277443



Sociedad de Pediatría  
de Madrid y Castilla - La Mancha

**2 a 4 de Diciembre 2010**

**Excellence in Paediatrics**, en Londres (GB), conferencia de alto nivel internacional, respaldado por la Asociación Europea de Pediatría (EPA / UNEPSA).

Sitio web del Congreso: <http://www.excellence-in-paediatrics.org>



**17 a 20 de Febrero 2011**

**Consensus in Pediatrics & Child Health**, en PARÍS (Francia), primer Congreso Global sobre el tema, organizado por CIP.

Información general Congreso: **Sitio web:** [www.cipediatrics.org/](http://www.cipediatrics.org/)



**18 y 19 de Marzo 2011**

**XXI Simposium Nacional del Club de Pediatría Social**, en Barcelona.

Organizado por el CPS en el Hotel Barceló Sants de Barcelona.

Se convocan dos premios en metálico de 500 y 300 euros a las mejores Comunicaciones Orales.



**23 a 26 de Junio 2011**

**5th Europediatrics Congress**, en Viena (Austria), organizado bianualmente por la Asociación Europea de Pediatría (EPA / UNEPSA).

Información general Congreso:

**Sitio web:** <http://www.europaediatrics2011.org/>

**Contacto:** [europaediatrics2011@candc-group.com](mailto:europaediatrics2011@candc-group.com)



**LIBROS****BIOÉTICA Y PEDIATRÍA****Proyectos de Vida Plena**

**Editores:** Manuel de los Reyes López y Marta Sánchez Jacob  
(Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla La Mancha)  
Editorial Ergon, 2010 (ISBN 978-84-8473-859-6)

Comentado por: **Julia Asensio Antón**  
Presidenta del Comité de Ética de Investigación,  
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús,  
Magister en Bioética

El libro que aquí presentamos "BIOÉTICA Y PEDIATRÍA. *Proyectos de vida*" ha sido editado por la *Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla La Mancha de la Asociación Española de Pediatría*.

Es un libro pionero en España, inédito en su estructura y contenidos. Está destinado fundamentalmente al ámbito de la especialidad de pediatría y de todas las disciplinas dedicadas a la infancia y la adolescencia.

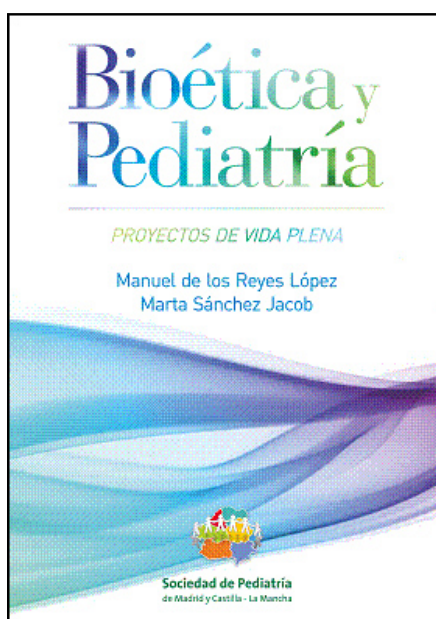
La Bioética ha adquirido una gran importancia en la práctica clínica, siendo numerosos los problemas con aspectos éticos que se plantean en la rutina diaria como son: las decisiones terapéuticas en los casos de recién nacidos de muy bajo peso o malformados, los malos tratos infantiles, la anticoncepción y aborto en adolescentes, el consentimiento informado en el menor maduro, el encarnizamiento y límite del esfuerzo terapéutico en oncología, cuidados intensivos, paliativos y un largo etcétera.

En este libro se aúnan el análisis conceptual de la Bioética y su evolución histórica, el marco legal que ampara a la pediatría y la asistencia clínica al menor maduro, para evaluar de la mejor manera posible la toma de decisiones de valores a veces contrapuestos. Es por lo tanto un abordaje de la bioética en pediatría que parte del niño como sujeto de derechos, si bien con una

autonomía con limitaciones según su edad y madurez.

Actualmente, la Bioética como disciplina es un pilar necesario y fundamental en los Comités de Ética Asistencial y en los Comités de Ética en Investigación Clínica.

Los editores de la obra que aquí reseñamos son los Dres. en medicina, Manuel de los Reyes López y Marta Sánchez Jacob, ambos Magister en Bioética por la Universidad Complutense de Madrid, y como coordinador de los temas jurídicos el doctor en derecho D. Federico de Montalvo Jääskelainen, profesor de Derecho Constitucional de la Universidad Pontificia de Comillas.



La importancia del libro radica no sólo en la amplitud de materias que aborda, de gran complejidad por los asuntos y conflictos que trata, sino también en la valía del elevado número de autores, 124, que colaboran en los 80 temas de que consta esta obra, con 800 páginas y un CD con fotografías.

La seriedad de los análisis éticos que se vierten, tienen un sólido apoyo jurídico y fuertes implicaciones sociosanitarias. Integrar muy diversos autores y campos de actuación permite gran variedad de enfoques y riqueza de matices, por lo que lo convierten en un manual de referencia.

El libro consta de 74 capítulos, que están recogidos en 7 apartados:

- I. Fundamentos, marcos de referencia, aplicaciones.
- II. Cuestiones preconceptionales, prenatales y neonatales.
- III. Cuestiones sociosanitarias y de salud pública. El niño crónicamente enfermo.
- IV. Cuestiones durante la adolescencia.
- V. Cuestiones en el final de la vida.
- VI. La investigación clínica en niños y adolescentes.
- VII. La responsabilidad profesional en Pediatría.

Incluye un extenso y muy cuidado glosario de términos y un índice temático, que sirven de ayuda para aclarar conceptos y situar al lector o al estudioso en los contextos apropiados.

Hay que felicitar a la Sociedad de Pediatría Social, de la que son miembros diferentes autores de capítulos así como su editora, Marta Sánchez Jacob, por este libro, que abre nuevos horizontes a la Pediatría y a la Bioética, y que probablemente, a no tardar, será considerado un clásico.

# Día Universal de los Derechos de la Infancia

20 noviembre 2010



*Descubre tus derechos:  
¡participa!*

