



“Si pudiéramos dar a cada individuo la cantidad correcta de nutrientes y ejercicio, no muy poco ni demasiado, encontraríamos el camino más seguro a la salud”.

Hipócrates.

El por qué sea el hombre un animal político, más aún que las abejas y todo otro animal gregario, es evidente. La naturaleza - según hemos dicho - no hace nada en vano; ahora bien, el hombre es entre los animales el único que tiene palabra.

Aristóteles. Política, libro 1,

Grupo de trabajo de PEDIATRÍA SOCIAL y COMUNITARIA (GPCS) de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap)

17-07-2017

El Grupo de trabajo de Pediatría Social y Comunitaria (GPSC) es un órgano de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria constituido por profesionales con una especial relación con la infancia y la adolescencia, cuya misión principal consiste en la elaboración de protocolos, programas específicos e informes, asesorar e impulsar grupos de trabajo específicos y de investigación e impulsar la realización de actividades en el ámbito de la Pediatría social y comunitaria relacionadas con la infancia y la adolescencia.

Justificación:

La infancia, período de la vida comprendido entre el nacimiento y la adolescencia, es una etapa especialmente vulnerable, en la que se adquirirán una serie de competencias y habilidades, que definirán al ser humano adulto. En esta época de la vida el acompañamiento parental y social es imprescindible. Además el constante desarrollo de las sociedades avanzadas hace necesario un esfuerzo permanente de reconceptualización de aquellos fenómenos que se dan en su seno; no podemos eludir el compromiso científico de estar atentos a los nuevos fenómenos sociales y las consecuencias que tienen en el desarrollo individual y colectivo del ser humano.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el preámbulo de su constitución define la salud como: "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".² Esta definición ha recibido muchas críticas porque es cierto que lo absoluto de la palabra “completo” en relación con el bienestar, dejaría a la mayoría de las personas en situación de mala salud, y por ello contribuiría,

como ha ocurrido, a la medicalización de la sociedad, y apoyaría las tendencias de las industrias farmacéuticas y de tecnología médica, en asociación, en ocasiones, con algunas organizaciones profesionales, para redefinir las enfermedades y ampliar las posibilidades, a veces, no claramente justificadas, del sistema sanitario, lo que puede incrementar la iatrogenia no justificada.³

Por otro lado la Convención de los derechos del niño, compromete a los estados firmantes a conseguir el más alto nivel de salud y de servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación. Para ello hace hincapié en la necesidad de tomar las medidas adecuadas que pasarían, entre otras, por el desarrollo de la Atención Primaria de Salud. Además advierte sobre la necesidad de controlar la exposición de los menores a los peligros y riesgos de la contaminación del medio ambiente. Advierte también sobre la obligación de los estados de asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición, las ventajas de la lactancia materna, la higiene, el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes y procurar el acceso a la educación pertinente, así como apoyar la aplicación de esos conocimientos.⁴

También la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata el 12 de septiembre de 1978, declaró la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, profesionales sanitarios, otros agentes implicados en el desarrollo y por parte de la comunidad mundial para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo.⁵

La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria imprescindible cuando se habla del binomio salud/enfermedad, porque es accesible a todos los individuos y familias de la comunidad, a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación, y a un costo asequible para la comunidad y el país. No se concibe sin la prevención primaria, la educación sanitaria y la promoción de la salud que deben ser desarrolladas en el ámbito individual pero también y, fundamentalmente, en el comunitario y social. De esta manera la Atención Primaria es el núcleo del sistema de salud y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.

Además la promoción de la salud, parte fundamental de la Atención Primaria, según la Declaración de la primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Ottawa-Canadá tiene cinco ámbitos de acción:

- Políticas públicas saludables.
- Creación de entornos propios.
- Fortalecimiento de la acción comunitaria.
- Desarrollo de aptitudes personales.
- Reorientación de los servicios de salud.⁶

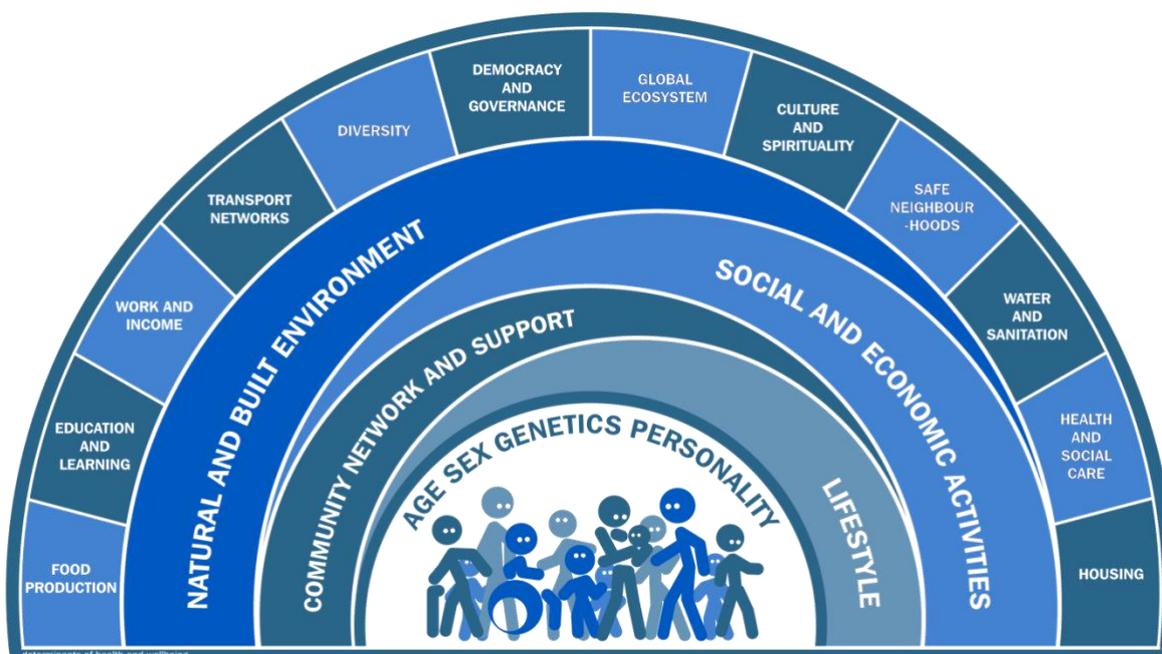
La Declaración de la última Conferencia que ha tenido lugar en Helsinki, advierte que una política sanitaria eficaz, teniendo en cuenta que la salud viene determinada en gran medida por factores externos al ámbito sanitario, debe atender a todos los ámbitos políticos, especialmente a políticas de las áreas:

- sociales,
- fiscales,
- relacionadas con el medio ambiente,
- con la educación,
- y la investigación.⁷

Pero los buenos propósitos declarados en Alma Ata se han centrado durante su desarrollo en aspectos fundamentalmente sanitarios, dejando al margen en muchos estados la actividad social y las políticas que debían acompañar a la acción sanitaria. Por otro lado la declaración de Otawa, a nivel de la Atención Primaria está en su mayor parte sin desarrollar: solo hay un catálogo de buenas intenciones que no acaban de cristalizar. La Declaración de Helsinki ha puesto el acento en los determinantes sociales como causa de enfermedad, y en las políticas necesarias para su corrección. Esto es una buena muestra de la importancia de los mismos y de que no se estaban abordando de forma eficaz.

Desde la antigüedad han preocupado las causas, condiciones o circunstancias que determinan la salud, lo que se conoce a partir de los años 70 del pasado siglo como "determinantes". Varios modelos han intentado explicar el binomio salud/enfermedad desde sus determinantes. Es un clásico, el modelo holístico de Laframboise (1973)⁸ que fué desarrollado por Marc Lalonde (1974),⁹ ministro de sanidad canadiense, en el documento Nuevas Perspectivas de la Salud de los canadienses. Más tarde Dahlgren y Whitehead (1991)^{10,11} desarrollaron su modelo ecológico- social de las capas de influencia en la salud. Ellos tratan de mapear la relación entre el individuo, su entorno y la enfermedad. Los individuos están en el centro con un conjunto de genes fijos. Alrededor de ellos están las influencias sobre la salud modificables. La primera capa es el comportamiento personal y las diversas formas de vida que pueden promover o dañar la salud. Como las personas se ven influidas y afectadas por los patrones de amistad y las normas de su comunidad, la siguiente capa son las influencias sociales y comunitarias, que proporcionan apoyo mutuo a los miembros de la comunidad en condiciones desfavorables, pero también pueden no proporcionar apoyo o tener un efecto negativo. La tercera capa incluye factores estructurales: vivienda, condiciones de trabajo, acceso a servicios y provisión de instalaciones esenciales.

Modelo Dahlgren y Whitehead



Modelo utilizado para el Análisis de Situación de Salud en Asturias 2007. Modificado de los modelos de Terris y Dahlgren y Whitehead.

Disponible en:

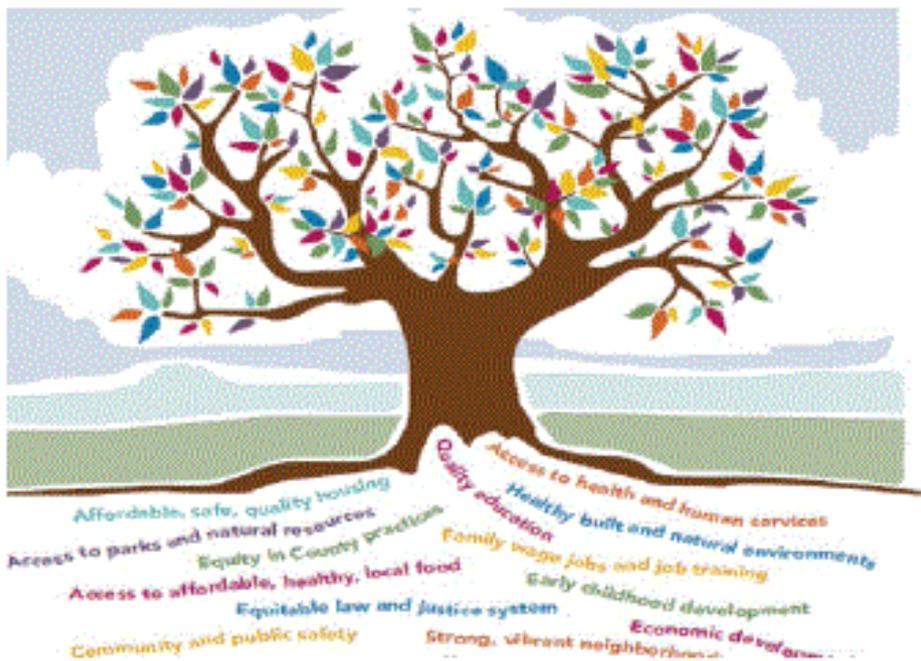
<http://www.obsaludasturias.com/obsa/determinantes/>

Visitado el 18-02-2022

Los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud teniendo presente que estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependen a su vez de las políticas adoptadas.¹⁰ De esta forma dentro de un mismo país puede haber diferencias enormes en el estado de salud, estrechamente vinculadas con el grado de desfavorecimiento social.

Para subsanar las desigualdades en materia de salud es necesario que los gobiernos nacionales, la OMS, los organismos de las Naciones Unidas y las organizaciones de la sociedad civil desplieguen una acción concertada a todos los niveles. La mejora de la salud, y una distribución más justa de la misma deben constituir objetivos comunes.

Determinantes sociales de la salud en el 2012 en el condado de King.

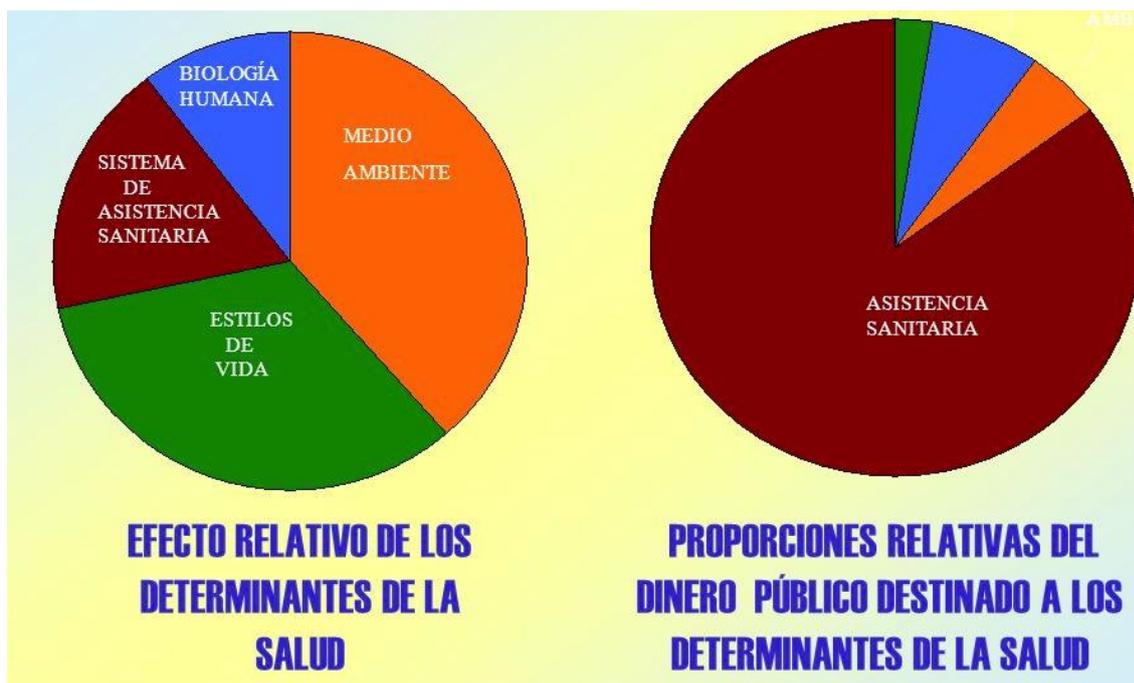


Una revisión sistemática hasta fines de 2012, en relación a la aplicación e instrumentación práctica de la Resolución WHA62/R14 de la Asamblea Mundial de la Salud, en los Estados Miembros, sobre los determinantes Sociales de la Salud,¹⁰ identifica solo una experiencia concreta de su aplicación y operativización, en el Condado (Municipio) de King, del Estado de Washington en los EEUU, donde han incorporado en las políticas sociales y de salud del Condado el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud con una perspectiva de reducción de las inequidades en salud: los Determinantes Sociales de la Salud, identificados en el caso de la experiencia del condado de King son:

- Calidad de la educación.

- Construcción de ambientes naturales y saludables.
- Acceso a servicios humanos y de salud.
- Acceso a vivienda segura y de calidad.
- Acceso a parques y recursos naturales.
- Equidad en las acciones del Condado.
- Acceso a alimentación local saludable.
- Desarrollo temprano de la niñez.
- Seguridad comunitaria y pública.
- Vecindario fortalecido.
- Ingresos familiares por trabajo y entrenamiento para el empleo.
- Sistema de justicia equitativo.
- Desarrollo económico. ¹²

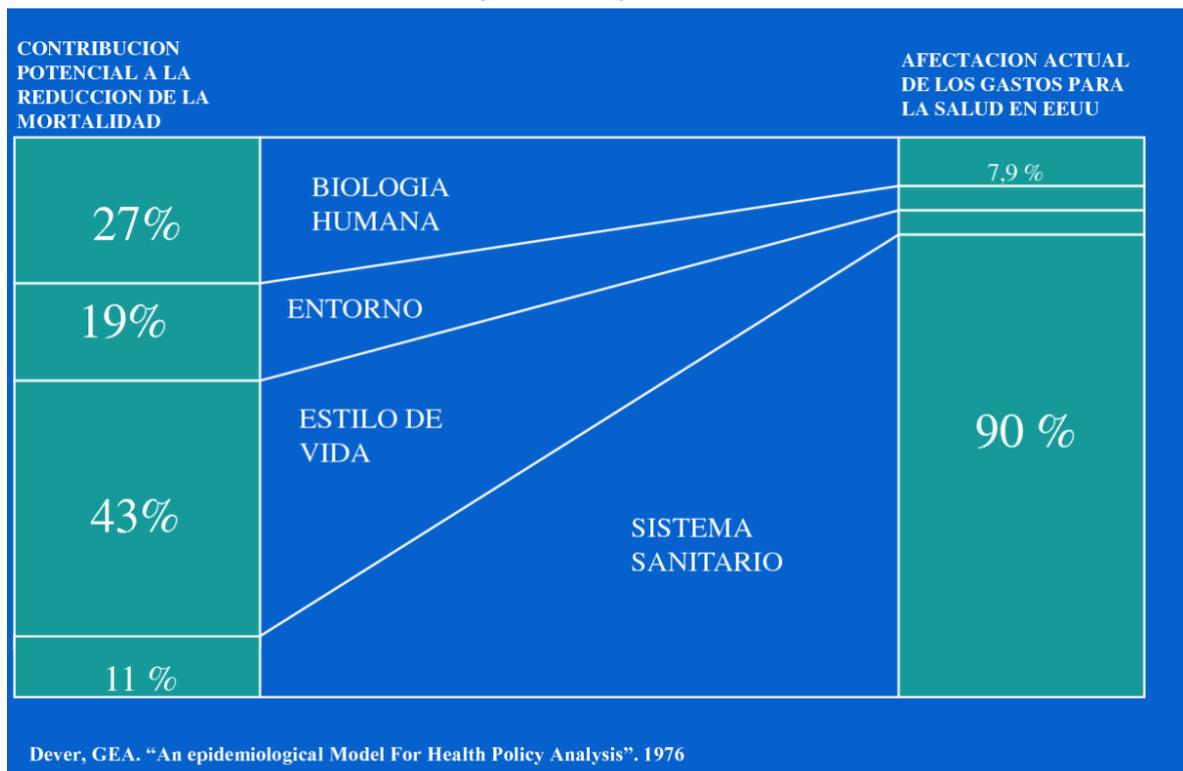
Discordancia entre los que se dedica a atención sanitaria directa y en los DSS y el efecto relativo de los mismos



Lalonde, M. A new perspective n the Health of Canadians

Por otro lado, Dever (1976), basado en el modelo explicativo de los DSS de Lalonde(1974), establece una relación de éstos y los correlaciona con los recursos que cada una de estas variables recibe. El modelo se explica en la siguiente figura:¹³

Factores Determinantes de la Salud y recursos públicos.



BigData y Factores Determinantes de la Salud.

Disponible:

<https://www.linkedin.com/pulse/bigdata-y-factores-determinantes-de-la-salud-victor-osorio>

Visitado el: 18-02-2022

Tradicionalmente, la sociedad ha esperado del sector sanitario que se ocupe de las cuestiones que afectan a la salud y de las enfermedades. Indiscutiblemente, la mala distribución de la atención de salud - el hecho de no prestar asistencia sanitaria a quienes más lo necesitan - es uno de los determinantes sociales de la salud. Pero la elevada carga de morbilidad causante de índices de mortalidad prematura terriblemente elevados se debe en gran parte a las condiciones en que muchas personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. A su vez, la deficiencia y la disparidad en las condiciones de vida son consecuencia de políticas y programas sociales insuficientes, acuerdos económicos injustos y una mala gestión política. Las actuaciones sobre los determinantes sociales de la salud han de contar con la participación de todos los poderes públicos, la sociedad civil, las comunidades locales y el sector empresarial, así como de foros y organismos internacionales. Las políticas y los programas deben englobar todos los sectores clave de la sociedad, no únicamente el sector sanitario. Dicho eso, el ministro de la salud y su ministerio son esenciales para que se efectúe ese cambio mundial. Pueden abogar por una estrategia centrada en los determinantes sociales de la salud al más alto nivel de la sociedad, pueden demostrar su eficacia mediante buenas prácticas y pueden prestar su

apoyo a otros ministerios en la formulación de políticas encaminadas a promover la equidad sanitaria. En calidad de organismo mundial que se ocupa de la salud, la Organización Mundial de la Salud debe hacer lo mismo en la escena internacional. Subsanan las desigualdades sanitarias ¹⁴

Otros determinantes sociales de la salud



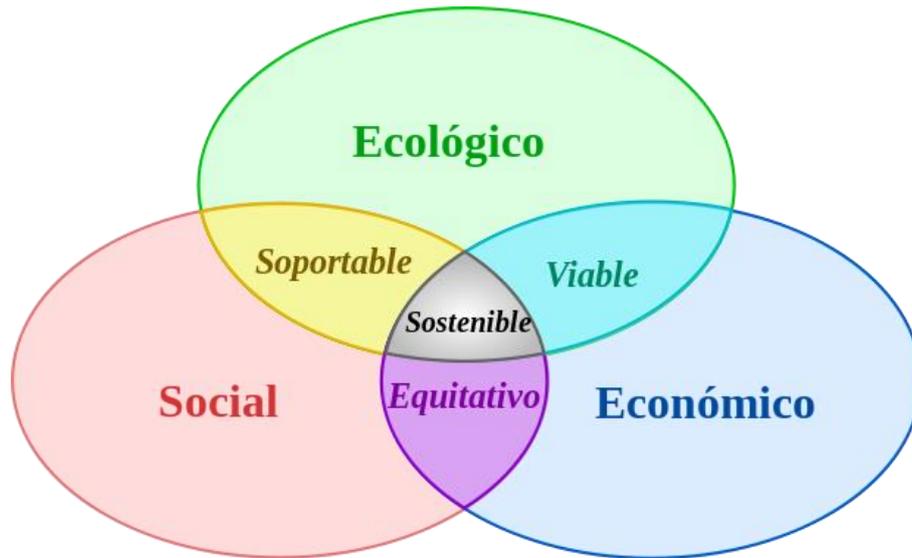
Disponible en:

<http://saludysociedad.pbworks.com/w/page/68648548/Sesi%C3%B3n%2013%3A%20Otros%20determinantes%20sociales%20de%20la%20salud>

Visitado: 18-02-2022

No podemos olvidar en todo este entramado la necesaria sostenibilidad porque sin ella tampoco se alcanzarán los objetivos. Esta tiene tres aspectos a destacar: la sostenibilidad social, que consiste en asegurar que las futuras generaciones tengan al menos las mismas oportunidades que las actuales, o incluso mejores; la sostenibilidad medioambiental que pasa por legarles un medioambiente mejor o igual al actual; y la sostenibilidad económica que debe estar acorde con las anteriores.^{15,16}

Desarrollo sostenible.

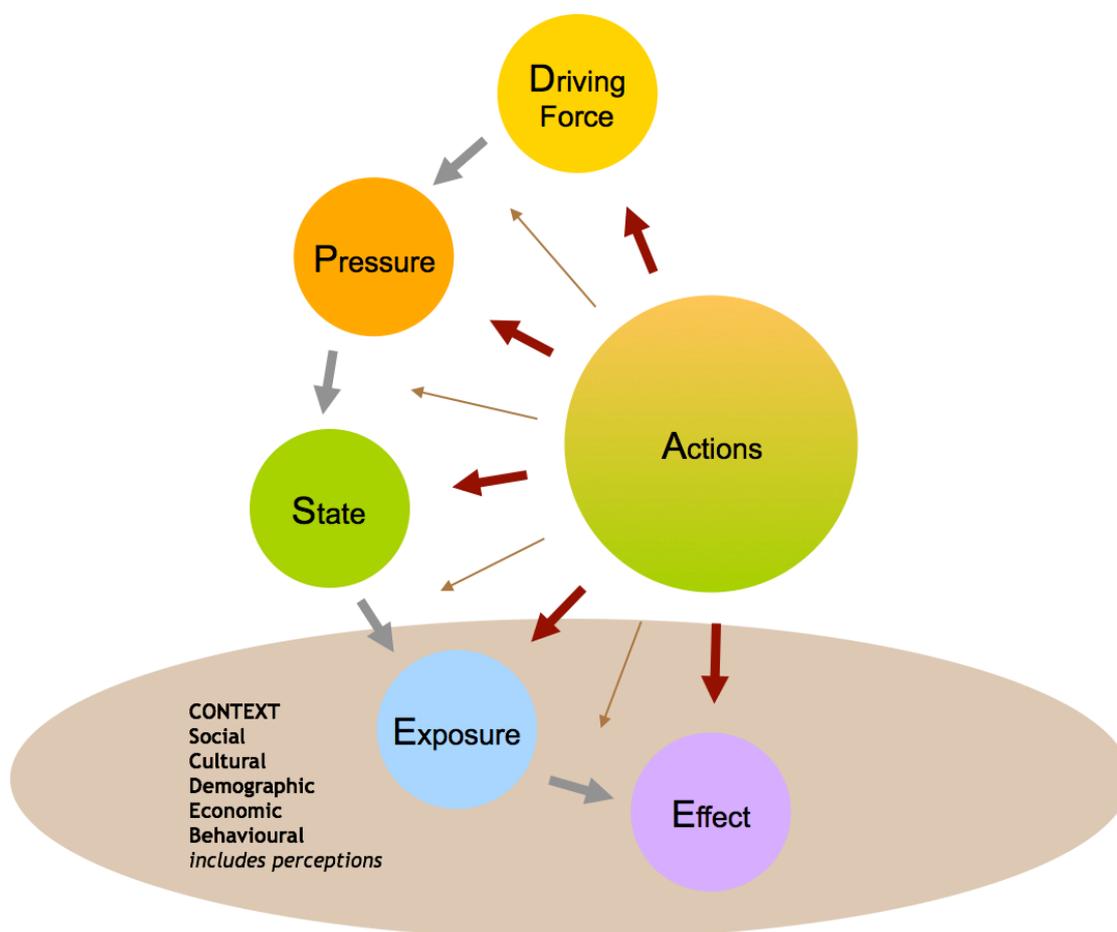


Para ser conscientes del grado de injusticia de estas situaciones debemos tener presente la realidad planetaria en la que vivimos: según el nivel de conocimientos actuales el intercambio con el sistema exterior a la tierra del que indefectiblemente formamos parte como una unidad que abarca a todo el universo es muy limitado. Recibimos la luz solar y algunos meteoritos que se desintegran total o parcialmente, afortunadamente y generalmente, en nuestra atmósfera, también micrometeoritos procedentes del polvo interestelar. Por ello todos los recursos indefectiblemente limitados del planeta debieran consumirse desde una perspectiva integradora, conservadora y sostenible, pero estamos obsesionados con poner fronteras por tierra mar y aire cuando, por otro lado, lo que hacemos en el punto más recóndito de un continente repercute en el punto más alejado del planeta.

Aunque el panorama descrito es poco alentador queda un atisbo para la esperanza si la sociedad civil, de la que formamos parte las organizaciones científicas y profesionales, asume su papel y desempeña sus obligaciones en las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud mediante la :

- participación en las políticas, la planificación y los programas;
- evaluación y seguimiento del desempeño.^{17,18}

Indicators for Health in Sustainable Cities - World Health Organization



Fuentes:

Development of environmental health indicators. (1996). Corvalán, C., Briggs, D. and Kjellstrom, T. (1996). In Linkage methods for environment and health analysis. General guidelines. Briggs, Corvalán and Nurminen (eds.). Geneva: UNEP, USEPA and WHO.

Getting strategic about the environment and health. (2006). Morris GP, Beck SA, Hanlon P, Robertson R. Public Health. Vol. 120. pp 889-907.

Consciente del reto la OMS está impulsando la nueva Estrategia Mundial 2016-2030, sobrevivir, prosperar, transformar, que es mucho más amplia y ambiciosa y está mucho más centrada en la búsqueda de la equidad que la anterior edición. Al ser universal, se aplica a todas las personas (incluidas las marginadas o con características que las hacen de difícil acceso para los servicios públicos). Se centra en la protección de las mujeres, los niños y los adolescentes que viven en entornos frágiles y en la realización de su derecho humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr, incluso en las circunstancias más difíciles.¹⁹ Como dice el ex-secretario de la ONU Ban Kee Moon en el prólogo de la

declaración: “al contribuir a crear un entorno propicio para la salud, la Estrategia Mundial aspira a transformar las sociedades de manera que las mujeres, los niños y los adolescentes de todas partes puedan realizar sus derechos a alcanzar el grado más alto posible de salud y bienestar. Esto, a su vez, redundará en enormes beneficios sociales, demográficos y económicos”.²⁰

Desde la Atención Primaria Pediátrica podemos hacer muchas cosas para conseguir los objetivos planteados, una de ellas es la identificación del riesgo psicosocial en la infancia, que es imprescindible por estar directamente relacionado con los determinantes de la salud. El riesgo psicosocial deriva de aquellos factores propios de la persona o de su entorno familiar, social y medioambiental, en definitiva de los determinantes de la salud a los que está expuesto y que pueden influir en su estado de salud en sentido amplio, a corto, medio y largo plazo; entendiendo como factor de riesgo "cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión".²¹ Pero hay que tener presente para no medicalizar el proceso que la existencia de indicadores de riesgo sólo se asocia a una probabilidad más alta para que aparezcan trastornos, pero la evolución puede realizarse sin ninguna dificultad en particular. En definitiva, la resiliencia siempre puede jugar un papel favorable para un desarrollo adecuado, pero el acompañamiento de las familias en dificultades debe ser nuestro objetivo poniendo a su disposición todos los medios sociales disponibles, evitando medicalizar innecesariamente el proceso.¹

El interés por identificar el riesgo psicosocial en la primera infancia se debe fundamentalmente a su proyección preventiva, ya que es en los pequeños y en los bebés donde la evaluación y la intervención se pueden orientar, con mejores resultados, a la prevención. Sin embargo son escasas las investigaciones sobre la epidemiología de los riesgos psicosociales precoces del desarrollo y más escasas aún las investigaciones longitudinales sobre factores de riesgo,²² por ello las sociedades científicas pediátricas tenemos ahí un amplio campo para la investigación.

Un buen ejemplo de lo que se puede hacer lo constituye el programa de Identificación del riesgo psicosocial desarrollado en el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) como uno de los programas del Plan Personal Jerárquico de la Atención Sanitaria a la Infancia y Adolescencia (PPJ-ASIA.2016)¹. Ha sido impulsado desde la Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria en colaboración con los servicios centrales del SESPA, y la inestimable colaboración del Departamento de Calidad del Servicio Navarro de Salud. Identifica el riesgo durante las visitas con motivo del PPJ, o de forma oportunista en cualquier momento, permite las derivaciones y/o seguimientos oportunos en la consulta de pediatría. Es una forma adecuada de identificar y podría serlo de reconducir los problemas detectados, si se desarrollan las políticas adecuadas, pero también de impulsar la corrección en el futuro de los déficits en investigación en estos ámbitos. Siempre va a ser necesario impulsar políticas que apoyen programas específicos para corregir el rumbo de estas

familias con problemas, acompañándolas y apoyándolas en sus dificultades, porque redundará en grandes beneficios individuales y colectivos.

PPJ-ASIA.2016-SESPA-Identificación del riesgo psicosocial . Captura de pantalla del programa en la Oficina Médica Informatizada (OMI)

Pero muchos de estos problemas no pueden ser atendidos a partir de una consulta médica tradicional, es necesario “salir de los despachos” y relacionarse con el entorno “crítico” de los niños (la familia, la escuela, las asociaciones comunitarias), promover dispositivos de atención cercanos y tener una perspectiva intersectorial y global, que integre las actuaciones con los sectores educativo y de servicios sociales, así como el uso de tecnologías de la información y comunicación en la atención a los niños y sus familias; en definitiva, es necesario tener una visión más global desde la perspectiva de la atención comunitaria y de salud pública.²³

Pero, ¿porqué debe estar la pediatría en estos ámbitos, que no son radicalmente biológicos?: porque la pediatría en sí misma es social. No se concibe pensar en la niñez o la adolescencia sin un contexto circundante (padres, familia, comunidad) , las poblaciones y sus modos de organización (clase social, economía, cultura, etnia, género, etc.) y, por lo tanto, su importante implicación en la salud pública (determinantes sociales de salud, promoción de la salud, etc.) y en sus necesidades y problemas de salud.

Fuentes de actuación:

Pediatría social:

Ha sido un movimiento, el de la Pediatría Social el que de una forma más decidida ha substanciado la posición pediátrica sobre estos temas, aunque no ha sido la única, también la salud pública o la bioética se han posicionado contundentemente sobre los determinantes sociales de la salud.

La Pediatría Social es considerada por algunos como la Salud pública aplicada a la infancia y a la adolescencia. Ya en el siglo XVIII la asociación de la mala salud (alta mortalidad infantil, abandono en instituciones, graves problemas de crecimiento y desarrollo, etc.) junto con aspectos sociales como la pobreza, la falta de educación, etc., llevaron al desarrollo del binomio medicina social-salud pública con una especial preocupación por la salud materno infantil, apareciendo iniciativas para la atención de las familias pobres, como por ejemplo clínicas gratuitas, los consultorios de la Gota de Leche, etc; en este sentido es significativo que el primer hospital pediátrico de España inaugurado en 1877 figure en su frontispicio como "Hospital y Asilo".²⁴

Definían Hellbrüge y Pechstein en 1969 la Pediatría social como "las diversas tareas médicas que resultan de las relaciones existentes entre el niño y la sociedad." Aquí ha de entenderse el término sociedad en su sentido más amplio, abarcando todas las estructuras sociales con las que el niño entra en contacto en el curso de su desarrollo e incluyendo las circunstancias marcadas por una determinada sociedad.²⁵ La Pediatría social estudia al niño sano y enfermo en relación al grupo humano del cual forma parte y por medio del cual y en el que se desarrolla.

Para Köhler la Pediatría social *es aquella que se dirige a los esfuerzos organizados de la sociedad para desarrollar políticas saludables, para promocionar la salud, para prevenir enfermedades y fomentar la equidad de los jóvenes y los niños, dentro del marco del desarrollo sostenible.*²⁶

En cuanto al desempeño de la misma existen dos posicionamientos:

1. El de aquellos que abogan porque sea una subespecialidad pediátrica porque defienden que es más fácil, dada su complejidad, alcanzar los conocimientos necesarios para su desempeño e impulsar las investigaciones científicas.
2. El de los que opinan que toda la pediatría es social porque los niños, habitual y deseablemente, se desarrollan en el ámbito familiar que, en sí mismo ya es un contexto social y que la pediatría y su práctica, cuando no es social, cuando no tiene en cuenta los orígenes y las consecuencias sociales de la enfermedad y la salud, no es verdadera pediatría.

En Europa no existen "pediatras sociales", nominados y reconocidos como tales, pero en casi todos los países europeos existen grupos de trabajo, generalmente poco numerosos, compuestos por profesionales multidisciplinares, que tienen como denominador común una especial preocupación por los aspectos pediátrico-sociales.

Pero además es en el ámbito de la Atención Primaria Pediátrica donde en la mayoría de los casos los profesionales deben desarrollar su trabajo pediátrico-social que consiste en:

- promoción de la salud,
- programas de vacunaciones,
- seguimiento y ejecución de programas de salud,
- asistencia a niños con enfermedades crónicas,
- desarrollo,
- maltrato,
- abandono,
- adopción,
- asistencia y detección de niños con problemas psicosociales.²⁶

También en este ámbito los temas objeto de investigación más comunes son los relacionados con:

- la epidemiología,
- la promoción de la salud,
- y la prevención de las enfermedades.

Pediatría comunitaria

Los pediatras siguen siendo esenciales en la instrumentación de los esfuerzos para crear, organizar e implementar cambios en los esfuerzos comunitarios que puedan modificar significativamente la salud de los niños.²⁷

Ya desde hace mucho tiempo, en la época de Abraham Jacobi (1830-1919), un gran defensor del niño en su tiempo y uno de los fundadores de la disciplina pediátrica, los pediatras han reconocido que los niños, y sus necesidades, son atendidos mejor en el contexto relacionado de:

- la biología,
- la familia,
- y la comunidad²⁸.

La pediatría comunitaria presenta un cuadro clínico más realista y completo, asumiendo la responsabilidad de todos los niños de una comunidad, proporcionando servicios preventivos y curativos y comprendiendo los determinantes y las consecuencias de la salud y la enfermedad del niño, así como la eficacia de los servicios ofrecidos. De esta forma, el aspecto propio de la pediatría comunitaria es su preocupación por toda la población: los que se encuentran bien pero requieren servicios preventivos, los que tienen síntomas pero no reciben una atención eficaz y los que solicitan atención sanitaria en la consulta de un médico o en un hospital. Con los cambios radicales acaecidos en la medicina y otros servicios humanos, en la actualidad resulta especialmente relevante para los pediatras

reexaminar y reafirmar su papel como profesionales en la comunidad –*como pediatras comunitarios*– y prepararse para ello, de forma tan diligente como lo hacen para desempeñar su papel clínico tradicional.²⁹

- Se trata de una perspectiva que amplía el interés pediátrico desde un niño individual a todos los niños de la comunidad.
- Es un reconocimiento de que las fuerzas familiares, educacionales, sociales, culturales, espirituales, económicas, ambientales y políticas actúan de forma favorable o desfavorable, pero siempre significativamente, sobre la salud y el funcionamiento de los niños.
- Es una síntesis de los principios de la práctica clínica y la salud pública dirigidos a proporcionar atención sanitaria a un niño concreto y a promocionar la salud de todos los niños en el contexto de la familia, la escuela y la comunidad.³⁰
- Es un compromiso de emplear los recursos comunitarios en colaboración con otros profesionales, agencias y padres para conseguir una accesibilidad, adecuación y calidad óptimas de los servicios³¹ para todos los niños, y defender especialmente a los que no tienen acceso a la atención debido a las condiciones sociales, culturales, geográficas, económicas o necesidades de salud especiales.^{32,33}

Para muchos pediatras, los esfuerzos por promover la salud infantil se han dirigido a atender las necesidades de niños determinados, de forma individual, y a proporcionarles un hogar sano. Siendo esto muy importante, los niños dependen de la interacción de las familias en las que viven y, por tanto, de las comunidades donde éstas se encuentran por ello *la visión comunitaria de la atención sanitaria pediátrica es imprescindible*.^{34,35,36,37}

Son los niños sanos en la comunidad, familiar y más amplia, y también aquellos en riesgo psicosocial, los que deben ser objeto de las actividades de Grupo de Trabajo de Pediatría Social y Comunitaria. No debemos ser los pediatras en exclusividad los encargados de resolver estas situaciones porque contribuiríamos a una medicalización innecesaria e ineficaz de los procesos, sino que debemos colaborar para su resolución con protocolos y programas basados en las mejores evidencias disponibles; acciones divulgativas, de denuncia cuando sea necesario, y de influencia siempre, para que sea la sociedad en su conjunto y sobre todo sus representantes políticos, los que tomen conciencia de la necesidad de atender estas necesidades de forma prioritaria destinando los recursos públicos que permitan el desarrollo de políticas que contribuyan a la resolución de estas injustas situaciones.

Objetivos:

Objetivo general:

- Impulsar el trabajo pediátrico social y comunitario para la mejora de la salud infantojuvenil.

Objetivos específicos:

- Sensibilizar a los profesionales sanitarios y no sanitarios relacionados con niños y adolescentes sobre la importancia de los determinantes sociales de la salud y del trabajo pediátrico social y comunitario para la mejora de la salud infantojuvenil.
- Formar a los profesionales pediátricos en estos aspectos de la salud infantil y del adolescente.
- Sensibilizar a la sociedad de la importancia de los determinantes sociales de la salud.
- Contribuir a impulsar políticas para la mejora de los determinantes sociales de la salud del trabajo pediátrico social y comunitario para la mejora de la salud infantojuvenil.
- Impulsar la formación pregrado de los futuros profesionales en estos aspectos de la salud infantil y del adolescente.
- Impulsar la formación en el periodo de médico interno-residente pediátrico (MIR) en estos aspectos de la salud infanto-juvenil.
- Realizar programas y protocolos basados en las mejores evidencias que permitan la mejora del desempeño de los profesionales en estos ámbitos.

Bibliografía:

1. Pérez Candás JI, Domínguez Aurrecochea B, Amador Tejón V, Ruano Fajardo C, Fernández Cuesta LM, Ordoñez Alonso MA .PPJ ASIA del Servicio de salud del Principado de Asturias. En imprenta.

2. Constitución de la Organización Mundial de la Salud: principios.

Disponible

en: <http://www.who.int/about/mission/es/>

visitado el 18-02-2022

3. The British Medical Journal. Nota Editorial. BMJ. 1996;1.

4. Convención sobre los derechos del niño. Disponible en:

<http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

Visitado el 18-02-2022

5. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. The Pan American Health Organization Promoting Health in the Americas.

Disponible en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270

Visitado el: 18-02-2022

6. Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud, Ottawa, Canadá. Carta de Ottawa sobre Promoción de la salud.

Disponible en:

<https://mpsp.webs.uvigo.es/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf>

Visitado el: 18-02-2022

7. Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Helsinki, Finlandia, del 10 al 14 junio 2013. Declaración de Helsinki sobre Salud en Todas las Políticas .

Disponible en:

<https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/DeclaracionHelsinki.pdf>

Consultado el: 18-02-2022

8. Laframboise HL. Health policy: breaking the problem down into more namageable segments. *Canadian Medical Association Journal*. 1973;108(3):388-passim.

9. Lalonde MA. "A new perspective of the health". Canadians Ministry of Health and Welfare. Ottawa. 1974.

10. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. 62ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD WHA62.14 Punto 12.5 del orden del día 22 de mayo de 2009. Organización Mundial de la Salud.

Disponible en:

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf?ua=1

Visitado el 18-02-2022

11. Determinantes sociales de la salud. Observatorio de la Salud del Principado de Asturias.

Disponible en:

<http://www.obsaludasturias.com/obsa/determinantes/>

Visitado el 18-02-2022

12. Calvo, A. Para que Bolivia sea un estado saludable, sano, con la filosofía del vivir bien. *Rev. Salud Pública* [online]. 2013, n.60 [citado 2017-05-25], pp. 3-29 .

Disponible en:

<http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S4321-12342013000100001&lng=es&nrm=iso>. ISSN 4321-1234.

Visitado el:18-02-2022

13.Osorio, V.BigData y Factores Determinantes de la Salud.

Disponible en:

<https://www.linkedin.com/pulse/bigdata-y-factores-determinantes-de-la-salud-victor-osorio>

Visitado el: 18-02-2022

14. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Organización Mundial de la Salud.

Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf

Visitado: 18-02-2022

15. Fernández L, y Gutiérrez M .Bienestar Social, Económico y Ambiental para las Presentes y Futuras Generaciones. Información tecnológica Vol. 24(2), 121-130 (2013) doi: 10.4067/S0718-07642013000200013 .Recibido Sep. 13, 2012; Aceptado Nov. 14, 2012; Versión final recibida Ene. 22, 2013

Disponible en:

<http://www.scielo.cl/pdf/infotec/v24n2/art13.pdf>

Visitado el :18-02-2022

16.Health Indicators of sustainable cities in the Context of the Rio+20 UN Conference on Sustainable Development Initial findings from a WHO Expert Consultation: 17-18 May 2012

Disponible en:

http://www.who.int/hia/green_economy/indicators_cities.pdf

Visitado el 18-02-2022

17. Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores . Comisión sobre determinantes sociales de la salud.Documento de información preparado para la Comisión .Organización Mundial de la Salud.

Disponible en:

http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sp.pdf

Visitado el 18-02-2022

18. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Documento de referencia 2: Subsancar las desigualdades en una generación - ¿Cómo ?. Organización Mundial de la Salud.

Consultado:

http://www.who.int/social_determinants/final_report/closethegap_how/es/

Visitado:18-02-2022

19. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016 -2030). Sobrevivir, prosperar, transformar. Organización Mundial de la Salud.

Disponible en:

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/

Visitado el: 18-02-2022

20. Ban ki-moon. Prólogo. La estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente. (2016-2030). Organización Mundial de la Salud.

Disponible en:

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/

Consultado : 18-02-2022

21. Factores de riesgo. Organización Mundial de la Salud.

Disponible en:

http://www.who.int/topics/risk_factors/es/

Visitado el: 18-02-2022

22. San Román, P, Pedreira Massa J. L , López-Torres Hidalgo, J , Bonete Yacer, J. M, Castelló Pons, T. Impacto del riesgo psicosocial en los bebés: un estudio longitudinal. 3 Congreso virtual de Psiquiatría.

Disponible en:

<http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/49/94/19/49941979152450824258038725541948943989>

Visitado el 18-02-2022

23. Domínguez Aurrecoechea B, Valdivia Jiménez C. Situación actual de la Pediatría de Atención Primaria.

Disponible en:

[https://www.aepap.org/sites/default/files/situacion actual de la pediatria de apn.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/situacion_actual_de_la_pediatria_de_apn.pdf)

Visitado el 18-02-2022

24. García Caballero C. Pasado, presente y futuro de la Pediatría social. BOL PEDIATR 2001;41: 332-339

25. Díaz Huertas J A, Marín López L, Muñoz Hoyos A. Manual de Pediatría Social.

Disponible en:

<http://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=4580&tipo=documento>

Visitado el 18-02-2022

26. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. 2007.

Disponible en:

https://www.msssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf

Visitado el: 18-02-2022

27. El papel del pediatra en la pediatría comunitaria. Committee on Community Health Services. Pediatrics (Ed esp). 2005;59(4):251-3

28. Jacobi A. The best means of combating infant mortality. JAMA. 1912;58:1735-44.

29. The future of the Public's Health in the 21st Century. Committee on Assuring the Health of the Public in the 21st Century. Board on Health Promotion and Disease Prevention ISBN: 0-309-50655-7, 536 pages, 6x9, (2002).

Disponible en:

This PDF is available from the National Academies Press at:

<http://www.nap.edu/catalog/10548.html>

Visitado el: 23-05-2017.

30. Haggerty RJ. Community pediatrics. N Engl J Med. 1968; 278:15-21

31. Bergman DA. Thriving in the 21st century: outcome assessment, practice parameters, and accountability. Pediatrics. 1995;96:831-5

32. Gruen RL, Pearson SD, Brennan TA. Physician citizens—Public roles and professional obligations. JAMA. 2004;291: 94-8.

33. Oberg CN. Pediatric advocacy: yesterday, today, and tomorrow. Pediatrics. 2003;112:4069

34. American Academy of Pediatrics, Task Force on Integrated School Health Services. Integrated school health services. *Pediatrics*. 1994;94:400-2
35. American Academy of Pediatrics, Medical Home Initiatives for Children With Special Needs Project Advisory Committee. The medical home. *Pediatrics*. 2002;110:184-6.
36. American Academy of Pediatrics, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The pediatrician and the "new morbidity". *Pediatrics*. 1993;92:731-3.
37. Nazarian LF. A look at the private practice of the future. *Pediatrics* 1995;96:812-6.

Anexo1.

Reglamento organizativo del Grupo de Trabajo de Pediatría Social y Comunitaria (GPCS) de la AEPap.

TÍTULO I. DEL GRUPO DE TRABAJO DE PEDIATRÍA SOCIAL Y COMUNITARIA DE LA AEPap.

Artículo 1. Naturaleza jurídica del Grupo de Trabajo.

El Grupo de Trabajo de Pediatría Social y Comunitaria de la AEPap es un órgano independiente y de carácter consultivo, que desarrollará sus funciones, con plena transparencia, sobre materias relacionadas con los determinantes sociales de la salud, la pediatría social y comunitaria, y las actividades políticas que se desarrollen en esos ámbitos en la infancia y la adolescencia. En su actuación, el Comité podrá también tomar en consideración otras normas y documentos de referencia internacional sobre la materia.

Artículo 2. Funciones del Grupo de Trabajo.

1. Emitir informes, realizar programas y protocolos, propuestas y recomendaciones para la AEPap y las sociedades científicas autonómicas federadas en asuntos relacionados con los determinantes sociales de la salud infantojuvenil y la pediatría social y comunitaria.
2. Impulsar grupos de trabajo específicos en el ámbito de los determinantes de salud infantojuvenil y las actividades relacionadas con la pediatría social y comunitaria.
3. Promover trabajos de investigación sobre los determinantes sociales de la salud infantojuvenil.
4. El Grupo de Trabajo de Pediatría Social y Comunitaria de la AEPap colaborará con los otros comités autonómicos de las sociedades científicas federadas integradas en la AEPap en el ámbito de sus competencias. También colaborará con otros Grupos de Trabajo o Comités de la misma naturaleza y en el ámbito de sus competencias, tanto a nivel estatal como internacional.
5. Promover la formación a todos los niveles sobre los determinantes de la salud.
6. A nivel político, realizará acciones relacionadas con los determinantes sociales de la salud y en el ámbito de la pediatría social y comunitaria siempre que estas tengan como fin la mejora de la salud y bienestar de los niños y adolescentes.
7. A nivel social trabajará con las asociaciones de padres, enfermos crónicos, medios de comunicación social, redes sociales en el ámbito de sus competencias.
8. A nivel profesional impulsará la formación y sensibilización de los profesionales. Para ello será fundamental incorporar estos apartados a las reuniones, congresos, cursos, etc que se celebren a los distintos niveles. Se priorizará la formación "on-line", reglada e independiente.
9. El Comité de Pediatría social y comunitaria de la AEPap deberá elaborar una memoria anual de actividades que será presentada a la AEPap.

Artículo 3. Confidencialidad.

Las personas que componen el GPCS tienen el deber de guardar reserva sobre las deliberaciones que tengan relación con el contenido de los debates y con las informaciones que les fueran facilitadas con tal carácter o las que así recomiende el propio GPCS.

TÍTULO II. COMPOSICIÓN, DESIGNACIÓN y ESTRUCTURA DEL GRUPO DE TRABAJO DE PEDIATRÍA SOCIAL Y COMUNITARIA DE LA AEPap

Capítulo I. De los miembros del Grupo de Trabajo de Pediatría Social y Comunitaria de la AEPap.

Artículo 1. Designación de los miembros del Grupo de Trabajo de Pediatría social y comunitaria.

Pleno del Grupo de Trabajo:

1. El Grupo de Trabajo de Pediatría social y comunitaria de la AEPap está constituido por el Cordinador-a, el Vicecoordinador-a, el Secretario-a y un número máximo de veinticinco vocales, Independientemente de la composición anterior, el Comité podrá invitar a sus sesiones o recabar la información de expertos ajenos al mismo.

Comisión Permanente:

1. La Comisión Permanente estará compuesta por el Coordinador-a, Vicecoordinador-a, el Secretario-a, y cinco Vocales. Se reunirá de forma ordinaria cada dos meses y de forma extraordinaria a iniciativa del Coordinador-a.

Capítulo II. La Coordinación del Grupo de Trabajo.

Artículo 2. De la elección del Coordinador-a

1. El Coordinador-a será elegido en el primer pleno del Comité de entre sus miembros.
2. La duración del mandato del Coordinador-a será de seis años.

Artículo 3. De las funciones del Coordinador-a del Grupo de Trabajo

1. Ostentar la representación del mismo.
2. Acordar la convocatoria de las sesiones ordinarias y extraordinarias y la fijación del orden del día.
3. Dirimir con su voto los empates, si así fuere necesario, al objeto de adoptar acuerdos.
4. Asegurar el cumplimiento de la normativa de aplicación.
5. Visar las actas y certificaciones de los acuerdos adoptados.
6. Elaborar el proyecto de memoria anual que debe someterse a aprobación del Pleno.
7. Solicitar, cuando se considere necesario y contando con el juicio favorable del Grupo de Trabajo, la opinión de expertos no pertenecientes al mismo o de otras personas cuya opinión o declaración pueda resultar útil para los trabajos del mismo.
8. Ejercer cuantas otras funciones sean inherentes a su condición de Coordinador del Comité.

Capítulo III. La Vicecoordinación del Grupo de Trabajo

Artículo 3. Del Vicecoordinador.

1. El Vicecoordinador del será elegido en el primer pleno del Grupo de entre sus miembros.

2. La duración del mandato del Vicecoordinador/a será de cuatro años.
3. El Vicecoordinador-a sustituirá al Coordinador-a en caso de vacante, ausencia o enfermedad, ostentando sus funciones durante dichos periodos.

Capítulo IV. La Secretaría del Grupo de Trabajo.

Artículo 4. Del Secretario/a .

El Secretario-a será elegido en el primer pleno de entre sus miembros.

El mandato del Secretario-a será de cuatro

años. *Artículo 3. Funciones del Secretario/a .*

1. Efectuar la convocatoria de las sesiones de las sesiones por orden de su Coordinador/a, así como las citaciones a los miembros del mismo, debiendo velar por que la misma se realice con una antelación suficiente y comprenda el orden del día de las reuniones. La información sobre los temas que figuren en el orden del día estará a disposición de los miembros del Grupo en el mismo plazo de la convocatoria.
2. Recibir los actos de comunicación de los miembros y, por tanto, las notificaciones, peticiones de datos, rectificaciones o cualquiera otra clase de escritos de los que deba tener conocimiento, despachar la correspondencia del Comité y asegurar el envío a todos los miembros de las circulares, documentos y toda la información relativa al mismo.
3. Preparar, con el Vº.Bº. del Coordinador/a, el despacho de los asuntos, redactar y firmar las actas de las sesiones que darán constancia de los asistentes, los temas tratados y acuerdos adoptados, así como de los votos particulares formulados.
4. Expedir, con el Vº.Bº. del Coordinador/a, certificaciones de los acuerdos adoptados.
5. Archivar y custodiar toda la información y documentación relativa al Grupo de Trabajo.
9. Todas aquellas que le sean encomendadas por el Coordinador/a.

Capítulo V. De las Vocalías.

Artículo 1. Elección de los vocales.

1. Los Vocales serán designados uno por cada una de las sociedades federadas en la AEPap, con preferencia y siempre que sea posible será el coordinador del Grupo específico de cada sociedad autonómica o quien el mismo designe en su representación.
2. Entre cuatro y ocho vocales serán designados por la Junta directiva de la AEPap. a propuesta del Coordinador-a.
3. Los vocales de la Comisión permanente serán elegidos entre los miembros del Grupo por un periodo de dos años.

Artículo 2. Funciones de los vocales.

1. Representar al Grupo de la asociación federada autonómica correspondiente.
2. Informar de las actividades a la asociación federada autonómica correspondiente.
3. Participar en las Subcomisiones que se creen.
4. Participar en los grupos de trabajo, y/o, investigación que se desarrollen.
5. Participar en el Pleno y/o, en la Comisión permanente según la designación de cada cual.

TÍTULO III. DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS MIEMBROS DEL Grupo de Trabajo.

Artículo 1.Cese.

Los miembros del Comité cesarán por las causas siguientes:

1. Expiración de su mandato.
2. Renuncia.

3. Separación, previa audiencia del interesado, por incapacidad permanente para el ejercicio de su función, incumplimiento grave de sus obligaciones, incompatibilidad sobrevinida o procesamiento por delito doloso. A estos efectos, el auto de apertura del juicio oral se asimilará al auto de procesamiento.

Artículo 2. Renuncia.

Los miembros del Grupo de Trabajo cesarán también por renuncia a su cargo en cualquier momento.

TÍTULO IV. DEL PROCEDIMIENTO.

Capítulo I. Funcionamiento.

Artículo 1. Competencias de los órganos.

El Grupo de Trabajo actuará en Pleno y en Comisión Permanente.

Corresponde al Pleno:

- a. La propuesta de nombramiento del Coordinador-a, del Vicecoordinador-a y del Secretario-a
- b. La deliberación y resolución de los asuntos que hayan sido estudiados en primera instancia por los grupos de trabajo.
- c. La deliberación y aprobación de todas las actividades del Grupo de Trabajo, incluidas las de representación y colaboración con otros órganos.
- d. La deliberación y aprobación de la memoria anual. La Memoria de actividades del Grupo de Trabajo será sometida a la aprobación del Pleno dentro de los tres meses siguientes al término del periodo anual al que dicho documento se refiera.

Corresponde a la Comisión Permanente:

- a. Preparar las reuniones del pleno.
- b. Proponer temas para ser tratados en grupos de trabajo y elevarlos al Pleno.
- c. Hacer el seguimiento de los grupos de trabajo, su composición y su actividad para que se adecue al encargo que le ha hecho el Pleno del Grupo de Trabajo.
- d. Llevar a cabo un análisis de aquellos asuntos que pudieran requerir una respuesta inmediata, con el fin de promover una convocatoria extraordinaria del Pleno.
- e. Velar por la transparencia del Grupo de Trabajo y de sus actuaciones. A este fin el Coordinador -a informará al Pleno de las reuniones de la Comisión Permanente.
- f. Cualquier otra que le atribuya este Reglamento.

Artículo 2. De la convocatoria y orden del día.

1. Las convocatorias de las sesiones, que corresponde al Coordinador , indicarán el orden del día, el lugar, la fecha y hora de la reunión, e incluirán la documentación necesaria para el estudio de los temas a tratar.
2. Las convocatorias de las reuniones ordinarias y extraordinarias serán notificadas por vía telemática con acuse de recibo a cada una de las personas que componen el Grupo de Trabajo con una antelación mínima de siete días naturales, en el caso de reuniones ordinarias, y cinco, en las extraordinarias, salvo caso de urgencia en el cual la notificación se puede realizar, al menos, con cuarenta y ocho horas de antelación.
3. El orden del día recogerá la aprobación del acta de la última sesión y los puntos a tratar.
4. Las reuniones podrán ser presenciales o por vía telemática.
5. Podrán tomarse decisiones en el Grupo de Trabajo tras intercambio de opiniones por correo electrónico, siempre que exista una mayoría simple de los miembros del mismo que las aprueben.

6. El Grupo de Trabajo trabajará en Pleno y en Subcomisiones. Las Subcomisiones estarán formadas como mínimo por dos miembros y realizarán cuantas funciones les sean delegadas por el Pleno. El Pleno podrá avocar para sí el conocimiento de cualquier asunto.

Artículo 3. De las actas.

1. De cada sesión, se levantará acta por el Secretario/a con indicación de los asistentes, del orden del día de la reunión, de las circunstancias de tiempo y lugar de su celebración, del desarrollo de las deliberaciones, de las personas que han intervenido, de las manifestaciones particulares de los miembros que se quisieran hacer constar y del contenido de los acuerdos adoptados. Cualquier miembro tiene derecho a solicitar la transcripción íntegra de su intervención o propuesta, siempre que aporte en el acto, o en el plazo que señale el Coordinador, el texto que se corresponda fielmente con su intervención, haciéndose así constar en el acta o uniéndose copia a la misma. Cuando las decisiones se toman tras debate y votación por vía telemática se levantará acta de los acuerdos.
2. En caso de discrepar con los acuerdos adoptados, los miembros podrán también formular por escrito voto particular en los ocho días siguientes a la adopción del acuerdo. Se incorporarán al texto del mismo los votos particulares formulados. Además, cualquier miembro podrá adherirse al voto particular emitido por otro miembro del Grupo de Trabajo.
3. Un borrador del acta se remitirá a todos los miembros con antelación suficiente para su enmienda y corrección, que será definitivamente aprobada en la siguiente sesión. El Secretario/a podrá emitir antes de su aprobación y a reserva de ésta, certificación de los acuerdos específicos que se hayan adoptado.

Artículo 4. De la adopción de los acuerdos.

1. Para la Constitución del Grupo de Trabajo, a efectos de la celebración de sesiones, deliberaciones y toma de acuerdos, se requerirá la presencia del Coordinador-a y Secretario-a o en su caso, de quienes les sustituyan, y la de la mitad, al menos, de sus miembros. Ningún miembro podrá delegar en otro su participación en las sesiones, ni la conclusión de sus propias deliberaciones, ni ser sustituido temporalmente. Cuando los debates se realicen por vía telemática será necesario la presencia en los mismos durante algún momento del proceso del Coordinador-a y el Secretario-a.
2. Los acuerdos se adoptarán por mayoría de votos.

Artículo 5. De los grupos de trabajo y la participación de expertos externos al Grupo de Trabajo.

1. El Pleno podrá acordar la constitución, en su seno, de ponencias o grupos de trabajo para el estudio o preparación de los asuntos sobre los que deba pronunciarse.
2. El Pleno podrá acordar también, la constitución de grupos de trabajo formados tanto por miembros del Grupo de Trabajo como por miembros externos. Estos grupos estarán coordinados por un miembro del Grupo de Trabajo.
3. El Pleno, a propuesta del ponente o del grupo de trabajo, podrá recabar el informe o la colaboración de expertos ajenos al Grupo de Trabajo.
4. El Pleno y los grupos de trabajo podrán requerir la comparecencia de expertos para asesorar técnicamente en materias de su competencia.
5. Los expertos externos deberán comprometerse a guardar la confidencialidad de los asuntos tratados.

Artículo 6. De la elaboración y aprobación de los documentos.

1. El procedimiento a seguir en el Plenario será:
 - a. Presentación del documento por parte del ponente o representante del grupo.
 - b. Apertura de un plazo de quince días para la presentación de enmiendas escritas por parte de los miembros del Pleno.

- c. Discusión y decisión sobre las enmiendas presentadas.
- d. Deliberación por el Pleno del Grupo de Trabajo. En esta fase, los miembros del Pleno podrán presentar enmiendas in voce que serán aceptadas o rechazadas por el Pleno y en su caso discutidas en trámite único.
- e. Aprobación por el Pleno del Grupo de Trabajo.
- f. Presentación de votos particulares si los hubiere.

Artículo 7. De la difusión de los documentos elaborados.

1. Se harán públicos los documentos aprobados por el Grupo de Trabajo.
2. Los miembros del Grupo de Trabajo no podrán hacer públicos los documentos antes de que éstos sean aprobados, ni podrán emitir información parcial o total de los temas tratados por el Grupo de Trabajo antes de que éste los haga públicos.
3. La Memoria anual será pública tras su aprobación.

Artículo 7. De otras propuestas y decisiones del Comité.

1. Las propuestas de actividades, estudios, relaciones de cooperación y representación del Grupo de Trabajo en foros nacionales o internacionales, que sean formuladas por cualquier miembro del Grupo de Trabajo o por algunos de ellos conjuntamente, serán objeto de deliberación y estudio por el Pleno que decidirá por mayoría simple.
2. Asimismo, el Grupo de Trabajo podrá proponer la celebración de reuniones científicas o de debate de carácter público con la participación de expertos.

TÍTULO V. DE LA MODIFICACIÓN DEL REGLAMENTO INTERNO DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

Artículo 1. De la reforma del Reglamento.

1. La propuesta de cualquier modificación del Reglamento Interno deberá ser presentada por escrito al Grupo de Trabajo, con el fin de que sea analizada en sesión ordinaria.
2. La aprobación de toda modificación del Reglamento Interno requerirá la mayoría absoluta de los miembros del Grupo de Trabajo.

Disposición transitoria única

El Comité tendrá su sede en la avenida. de Burgos, 39 – 1º izqda. 28036 Madrid.

José Ignacio Pérez Candás.

Asturias, 27 de mayo de 2017.

Este documento se actualizó en Asturias con fecha de 18-02-2022