

**EVALUACION RED DEL BUEN TRATO AL MENOR COMO
SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
LOCALIDAD KENNEDY**

RUBY PATRICIA ARIAS TACHE

GLENDA FERREIRA PRADA

OMAIRA SANABRIA CORZO

**Trabajo de Grado para optar al título de Especialista en Gerencia en Salud
Pública.**

**Tutor
CARLOS ENRIQUE TRILLOS P.
Epidemiólogo
Gerente en Salud.**

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD CES - UNIVERSIDAD EAFIT

POSGRADO GERENCIA EN SALUD PÚBLICA

SANTAFE DE BOGOTA, D.C

2000

A Dios por darnos la salud
y la inteligencia.

A nuestras familias por su
paciencia y cariñoso apoyo, sin el
cual no hubiera sido posible
concluir este trabajo.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

CARLOS ENRIQUE TRILLOS P., Médico Cirujano Pontificia Universidad Javeriana, Epidemiólogo Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Gerente en Salud Universidad Jorge Tadeo Lozano, Coordinador Posgrado en Epidemiología Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario.

JUAN ALBERTO BENAVIDES C. Medico Cirujano Universidad Nacional de Colombia. Posgrado en Epidemiología Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Epidemiólogo de Dirección Científica CRUZ BLANCA EPS S.A.

NURIA ELVIRA LOSADA POSADA Médica Cirujana Escuela de Medicina Juan N. Corpas, Ex - Directora Local de Salud de Kennedy.

RED DEL BUEN TRATO LOCALIDAD KENNEDY SANTAFÉ DE BOGOTÁ D.C.

TABLA DE CONTENIDO

	Pag.
INTRODUCCION	10
1. PROPOSITO Y OBJETIVOS	14
1.1. Propósito	14
1.2. Objetivo General	14
1.3. Objetivos Específicos	15
2. MARCO TEORICO	16
2.1 Maltrato Infantil	16
2.1.1. Maltrato Infantil en la Historia	16
2.1.2 Maltrato Infantil como problema de Salud Publica	22
2.1.3 Maltrato Infantil y Factores Asociados	31
2.1.3.1 Tipos de Maltrato Infantil	31

2.1.3.2 Factores de riesgo y factores protectores para el maltrato Infantil.	39
2.1.4 Marco Legal. 48	
2.1.4.1 Derechos del niño	48
2.1.4.2 Constitución Política de Colombia.	51
2.1.4.3 Código del menor	53
2.1.4.4 Resolución 01244 de 1994.	56
2.1.5 Redes del Buen Trato al Menor	59
2.1.6 El Maltrato Infantil en la Localidad de Kennedy	69
2.1.6.1 Localidad de Kennedy	69
2.1.6.2 Red Local del Buen Trato al Menor - Kennedy 78	

3. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	85
3.1 Sistema de Vigilancia Epidemiologica	86
3.1.1 Evaluación de los Sistemas de Vigilancia.	88
3.2 Sistema de Vigilancia Epidemiologica a la Violencia Intrafamiliar, Violencia contra las Mujeres y Maltrato Infantil en el Distrito Capital	92
□	
4. METODOLOGIA	94
4.1 Diseño	94
4.2 Evaluación	95
4.3 Procedimientos	98
5. PLAN DE ANALISIS	100
6. RESULTADOS	102

7. DISCUSION	108
8. CONCLUSIONES	111
9. RECOMENDACIONES	113
BIBLIOGRAFIA	114
ANEXOS	119

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Población ajustada 1985, censada y ajustada 1993.	74
Tabla 2. Proyección de la población Localidad de Kennedy 1997-2000	74
Tabla 3. Grupos de edad, Localidad de Kennedy 1997.	75
Tabla 4. Distribución de grupos quinquenales, Localidad de Kennedy	1997. 76

LISTA DE FIGURAS

	Pag.
Figura 1. Lesiones no fatales por maltrato al menor según la edad y género, Colombia 1997.	26
Figura 2. Distribución de los casos de maltrato infantil por edad Santa Fe de Bogotá. Enero – Junio 1999.	118

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se ha tenido un alarmante aumento de las cifras de muertes, lesiones personales y daños a la propiedad pública y privada debidos a la creciente violencia que azota al país. Según datos del Ministerio de Salud entre 1987 y 1994 se incrementó la tasa de homicidios de 36 a 127 por 100.000 habitantes. Al principio de la década de 1990 el homicidio fue la segunda causa mas frecuente de muerte en niños de 5 a 14 años. (23)

En Colombia, el maltrato al menor se ha definido como *“toda acción u omisión que entorpece el desarrollo integral del niño”* por parte de padres u otro adulto responsable (14).

En 1993 el Ministerio de Salud, en el Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, estableció que de cada 1000 niños 148 han estado expuestos a maltrato físico, verbal o abuso sexual. De estos, 4.3% de las familias tienen niños maltratados físicamente, 9.7% emocionalmente y 0.8% sexualmente (37).

En el grupo de edad de cinco a catorce años las lesiones de causa externa comienzan a ocupar el primer lugar como carga de enfermedad AVPP (Años de

Vida Potencialmente Perdidos) (Minsalud 1995.) En 1995, el 12% (4733) de las muertes y el 15%(32013) de las lesiones no fatales, evaluadas por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses correspondieron a menores de edad. (34)

Los casos de maltrato al menor no son denunciados en su totalidad, por causas multifactoriales, a saber: edad e indefensión del menor, desconocimiento de las leyes, amenazas y creencias regionales prevalecientes en la comunidad. Las Instituciones de salud han jugado un importante papel en la notificación de estos casos, llegando a presentarse el diagnóstico de agresión física a menores hasta del 10% de la consulta de urgencias (25). Sin embargo el registro del número de lesiones de maltrato infantil y delitos sexuales en menores evaluados en el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses se ha aumentado aparentemente por una mayor sensibilización y denuncia de estos hechos.

La violencia intrafamiliar cobra particular importancia en la población infantil, manifestándose como maltrato físico, psicológico, sexual, económico y abandono. A su vez, el menor maltratado se convierte en semilla para ser un adulto con potencial maltratante, perpetuando así una cadena de maltrato y violencia.

Además, existe un tipo de interdependencia en los diferentes comportamientos

tanto individuales como grupales, a escala familiar, sociocultural y social. Es especialmente difícil para la sociedad abordar el control de la violencia intrafamiliar y el maltrato infantil, ya que los hechos se realizan en un alto porcentaje en la intimidad del hogar.

Es aquí donde resalta toda la importancia del papel de la investigación, de la veeduría comunitaria, y de los organismos de protección de los derechos humanos para sacar este tipo de violencia del espacio privado y colocarlo en el plano de lo público, donde puede ser intervenido por la sociedad.

Hasta hace muy poco tiempo se viene realizando seguimiento de este tipo de acciones, pero aun hay mucho subregistro debido a una falta de identificación de este flagelo y a las condiciones mismas de la presentación de los casos que hacen que no sean siempre un motivo de consulta.

El análisis de las causas, la presentación de los casos y de sus repercusiones tanto para el individuo como para la comunidad ha llevado a elaborar estrategias de intervención. La complejidad y la magnitud del maltrato y sus implicaciones hacen que el manejo por medio de *Redes de Atención* permita la respuesta institucional y social tendiente tanto a la sensibilización como a la prevención, incluyendo a la comunidad en la gestión de proyectos y toma de decisiones en

este campo. Al finalizar 1996 se habían constituido Redes de Prevención y Atención del Maltrato Infantil en 438 municipios del país. En Septiembre de 1997 se les cambió su denominación por el nombre que llevan actualmente: *Redes del Buen Trato al Menor*. (18)

En la actualidad, la Red del Buen Trato está constituida como un Sistema de Vigilancia Epidemiológica, y en la ciudad de Santafé de Bogotá su coordinación le corresponde a la Secretaría Distrital de Salud. En la localidad de Kennedy, se ha venido liderando el proceso como una “estrategia de coordinación interdisciplinaria, interinstitucional y comunitaria” (18), y actualmente se encuentra en implementación la sistematización de los datos para la notificación y el seguimiento de los casos.

La presente investigación tiene como objeto conocer el programa que se implementa en la actualidad en la localidad de Kennedy acerca de la vigilancia en maltrato infantil y a su vez, realizar una evaluación de los procesos, identificando su operatividad como Sistema de Red de Vigilancia Epidemiológica en la Localidad Octava. Esta información servirá para retro-alimentar las acciones llevadas a cabo en el programa.

1. PROPÓSITO Y OBJETIVOS

1.1 PROPÓSITO

Estimar la operatividad de la Red del Buen Trato al Menor de la Localidad Octava de Santafé de Bogotá D.C. para brindar elementos que permitan mejorar su funcionamiento como sistema de vigilancia epidemiológica.

1.2 OBJETIVO GENERAL

Evaluar la Red del Buen Trato al Menor como un sistema de vigilancia epidemiológica en la localidad de Kennedy, Santafé de Bogotá.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la Red del Buen Trato al Menor que se encuentra en funcionamiento en la Localidad de Kennedy, Santafé de Bogotá, durante el primer semestre de 1999.
- Evaluar el conocimiento acerca de la Red del Buen trato de la localidad de Kennedy por parte de los funcionarios de la misma.
- Cuantificar la operatividad de la Red del Buen Trato en la localidad de Kennedy, Santafé de Bogotá, durante el primer semestre de 1999.
- Determinar el número de casos reportados y su respectivo seguimiento redundante en la disminución de la morbimortalidad por maltrato infantil.
- Evaluar las estrategias para la Identificación, referencia y contrarreferencia del menor maltratado en las entidades de la Red del Buen Trato de la localidad Octava.
-

2. MARCO TEÓRICO

2.1 MALTRATO INFANTIL

2.1.1 Maltrato Infantil en la Historia

Como fenómeno histórico el maltrato infantil se ha venido dimensionando de acuerdo con la cultura y los cambios sociales, ambientales, demográficos e históricos entre otros. Desde tiempos prehistóricos se ha encontrado evidencia de violencia física infligida a los niños, en los hallazgos arqueológicos de restos óseos.

En las diferentes culturas del mundo, se ha utilizado el castigo físico como una forma de disciplinar a los niños desde hace varios siglos.

En la Biblia, se relata como Abraham estuvo a punto de inmolar a su hijo Isaac como sacrificio a Jehová, y cómo Herodes ordena la masacre de menores de dos años en Belén para evitar que entre ellos apareciera el Rey de los Judíos.

En Esparta, el Estado disponía del joven desde el nacimiento, juzgando a través

de funcionarios delegados si la robustez del nacido justificaba el trabajo que exigiría su educación; si no le consideraban digno, era arrojado por el monte Taigeto abajo. A los siete años era separado de sus padres para iniciar el entrenamiento de las técnicas militares, induciendo a los jóvenes a combatir entre sí. Debían entrenarse para soportar el dolor, el frío y el hambre sin quejarse; iban descalzos hasta que sus pies se endurecían. Tenían que bañarse en el río Eurotas todos los días del año y vestían con igual ropa en invierno que en verano.

La mitología griega refiere como Cronos, amenazado por el oráculo de ser destronado por uno de sus hijos, fue comiéndoselos uno a uno, menos a Zeus quien fue salvado por su madre Rea. Esquilo, en su obra literaria, relata como el infante Edipo fue abandonado por su padre Layo para ser devorado por los lobos.

En la China milenaria se amarraban los pies de las niñas hasta producir deformidades irreversibles, consideradas signo de nobleza y de gran atractivo para los futuros esposos. En India, las niñas eran entregadas a temprana edad a sus prometidos y en épocas de gran necesidad económica se dejaban a la interperie para que murieran.

En Africa, diversas culturas como la tribu Masai en Kenya, se ha practicado la

mutilación de las niñas desde temprana edad, retirándoles el clítoris por medios primitivos como parte de rituales sociales (5).

Durante la Revolución Industrial, se utilizó el trabajo infantil como fuente de mano de obra barata, con jornadas que excedían las diez horas en la mayoría de los casos y con salarios de hambre, agregándose a esto el riesgo del manejo de maquinaria, hacinamiento y abuso físico.

Los golpes y la agresión verbal se han utilizado como métodos pedagógicos tanto dentro de los hogares como en escuelas y colegios, permitidos y aceptados por la sociedad solo hasta años recientes.

El síndrome del niño golpeado fue descrito por primera vez en 1868, por el patólogo francés Ambrosio Tardoes, al describir las autopsias de 32 niños muertos por golpes y quemaduras. En 1946 J. Caffey describió un cuadro clínico donde observó fracturas múltiples y hematoma subdural sin explicación clínica aparente. En 1953 F. Silverman denominó "Trauma insospechado de origen desconocido" a la posibilidad de traumatismo infligido por los padres por agresión deliberada, actitud negligente o descuido. Henry Kempe, pediatra, expuso en 1962

ante la Asociación Americana de Pediatría el síndrome del niño apaleado (Battered Child Syndrome). Por último, Vincent Fontana, pediatra, integra el nombre de “Síndrome del Niño Maltratado”, definiéndolo como “cualquier acto que impide deliberación, omisión o negligencia, procedentes de personas, instituciones e incluso sociedades, que prive al niño o a la niña de los derechos e interfiera en su óptimo desarrollo” (1)

En América, las culturas prehispánicas mayas y aztecas practicaban el sacrificio ritual de niños y jóvenes para invocar el bienestar de los dioses.

En Colombia, la violencia hacia los niños se ha evidenciado desde agresiones verbales, físicas, abuso sexual, negligencia y abandono hasta el infanticidio. En la zona urbana del país, el 15,6% de la población entre 12 y 17 años trabaja, de ella, el 47% solo trabaja, 24% está dedicada a los oficios del hogar, y 29% combina las actividades escolares con el trabajo y los oficios del hogar (15). Se pueden encontrar menores en trabajos pesados como ladrilleras, canteras, construcción, así como aquellos dedicados a la mendicidad instados por sus propios padres. El gaminismo predomina en grandes ciudades como Bogotá y en la mayoría de casos tiene al maltrato como antecedente (2). Los homicidios y los accidentes han

aumentado en frecuencia en los grupos de preescolares, escolares y adolescentes (30)

En las zonas rurales, la proporción de menores trabajadores entre 12 y 17 años es mayor que en las ciudades(33,3%), de los cuales, 52% sólo trabaja, 27% realiza oficios del hogar, y 21% combina la escuela con el trabajo y los oficios del hogar(15). La dedicación a las labores agrícolas de los menores ha venido siendo reemplazada por el reclutamiento a las filas guerrilleras, donde se les entregan armas y se les enseña a combatir, exponiendo la vida desde tempranos años. La familia se ha visto permanentemente amenazada por el fuego cruzado entre guerrilla y paramilitares, exponiendo a los menores a agresiones emocionales y físicas y a la desaparición de seres queridos.

El desplazamiento desde las zonas de combate a las grandes ciudades expone a los menores a riesgos no previstos, viéndose en varios casos forzados a ocuparse de labores domésticas y de sostén de la familia. Según la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES) a finales de 1997, señalan que alrededor de 920.000 personas son desplazados. De éstos, mas del 60% (553.000) son menores de 18 años (15). Las tensiones sociales, el hacinamiento y

el escaso recurso económico contribuyen a aumentar el riesgo de abuso sexual, negligencia y abandono. Los niños, niñas y adolescentes tienen que enfrentarse a los diversos duelos generados por el desplazamiento: por su familia, amigos o vecinos muertos, el duelo por la ruptura violenta de su estilo de vida.

2.1.2 MALTRATO INFANTIL COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

“La violencia no es un evento aislado, sin importancia, inmerso en la vida de una sola franja, sino que es una realidad social, política, económica y humana, ya que nos muestra la pérdida de autocompromiso por la igualdad de valores en una sociedad en desarrollo y crecimiento como lo es la nuestra” (23)

Cotidianamente somos víctimas de la violencia registrando índices alarmantes, a los cuales hacemos caso omiso. No hay compromiso de una conciencia colectiva, solo ánimo individual y sectarista...” solo si somos golpeados por ella directamente...” (23)

Aquellos eventos que afecten a muchas personas, que requieran grandes gastos de recursos o que produzcan grandes lesiones o incapacidad son claramente importantes en un contexto de salud pública. Sin embargo aquellos eventos que afecten a relativamente pocas personas son igualmente importantes especialmente si los eventos se agrupan en tiempo y lugar. En Colombia, la

violencia ha venido surgiendo como una importante causa de morbimortalidad y aumento del costo social y económico del país.

Las sociedades modernas consideran a la familia como la célula fundamental sobre la cual se construyen y orientan sus esfuerzos para protegerla y mantener su bienestar. “El Estado y la sociedad garantizan la protección integral de la familia, las relaciones familiares se basan en la igualdad de derechos y deberes de la pareja y el respeto recíproco entre todos sus integrantes. Cualquier forma de violencia en la familia se considera destructiva de su armonía y unidad y será sancionada por la ley “. (10)

Una pérdida de valores progresiva en nuestra sociedad afecta duramente a la familia, en donde se refleja una baja afectividad, modelos inadecuados de identidad, procesos de socialización pobres que no contribuyen al crecimiento personal de ésta. Cuando esas necesidades de tipo afectivo, físico y psicológico no son satisfechas, se producen serios problemas de comunicación cuyas consecuencias facilitan la aparición de crisis que en ocasiones comprometen la integridad física y psicológica de sus integrantes, especialmente de las mujeres y los niños. (11)

La infancia y la adolescencia colombianas soportan una de las manifestaciones

más grandes de la violencia, la violencia estructural, aquella que no mata pero que impide el desarrollo adecuado de nuestra infancia.

A pesar de que las normas existentes en su contenido y alcance cubren todos los aspectos de la integridad de los niños, resulta contradictorio encontrar cifras tan altas de niños maltratados sin que éstas, ni las autoridades competentes constituyan garantía alguna de protección. El maltrato infantil es una de las formas de violencia que se está presentando cada vez con mayor frecuencia en nuestro país, como causa de morbimortalidad. La violencia que azota el territorio nacional constituye en la actualidad la principal causa de muerte en determinados grupos etareos. La importancia de la violencia como problema de salud pública se basa en el alarmante aumento de casos en los años recientes, la magnitud y severidad del problema, y por la posibilidad de ser susceptible de prevención.

Los problemas de salud publica pueden ser monitoreados mediante los sistemas de vigilancia epidemiológica. Algunas medidas de la importancia de estos incluyen: magnitud del problema, número total de casos, incidencia y prevalencia, severidad, tasas de mortalidad, morbilidad, visitas al médico y causas de hospitalización, mortalidad prematura, AVISAS, costo económico, costo de la atención médica, pérdida de la productividad, prevención, y fracción de prevención.

Con respecto al maltrato infantil, se presentan algunas cifras correspondientes a estas medidas.

1. Numero de casos, incidencia y prevalencia

En 1992 el DANE reporto 2.000.000 de niños maltratados de los cuales 850.000 lo fueron de manera salvaje.

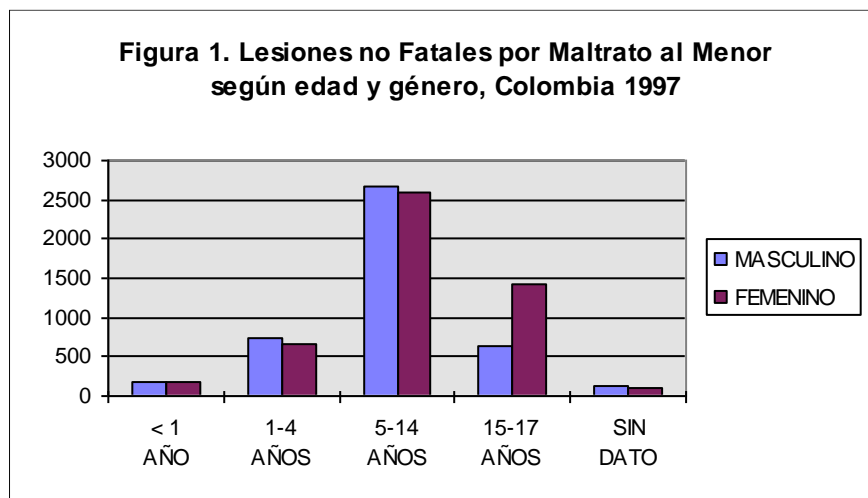
Entre 1993 y 1994 fueron secuestrados 3.125 niños, otros 452 fueron víctimas de abuso sexual.

En 1995 fueron evaluados 454 homicidios en menores de 15 años por Medicina Legal y en este mismo año se reportaron a este instituto 8.094 casos de maltrato infantil. (7)

Durante 1997, se realizaron en Colombia 58.044 dictámenes por maltrato intrafamiliar, de los cuales el 16% correspondió a maltrato en menores(7).

En la figura 1. se observa la proporción con relación a la distribución de género y edad. Las víctimas más frecuentes aparecen como menores de 15 años para el

género masculino, contrario al grupo de 15 y 17 años en que predominó el género femenino.



	< 1 AÑO	1-4 AÑOS	5-14 AÑOS	15-17 AÑOS	SIN DATO
MASCULINO	182	739	2663	627	125
FEMENINO	166	668	2582	1416	114
TOTAL	348	1404	5245	2043	239

En Santafé de Bogotá el INML y CF (Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses), registró 2479 casos de menores de edad maltratados, que equivale al 30% del total de víctimas de lesiones por maltrato al menor evaluadas en el nivel nacional, ocupando el décimo lugar en 1996 en las principales ciudades del país.(9) En el 45% de los casos de lesiones no fatales contra menores el agresor es el padre, seguido por la madre, el padrastro y otros (familiares, maestros,

padrinos, encargado).

En 1998, Medicina Legal realizó 9.290 dictámenes por maltrato físico. De otro lado, se realizaron 9.966 dictámenes por delitos sexuales contra menores perpetrados dentro y fuera del núcleo familiar, para unas tasas de 83x100.000, en los grupos de 10 a 14 años, 71x100.000 en los de 15 a 17 años, y 62x100.000, en los menores de 5 a 9 años. Del total de dictámenes realizados en Colombia a menores de 15 años, sin incluir Santafé de Bogotá, el agresor correspondió en el 33% de los casos a un familiar (padre, padrastro, tío, primo, etc.), el 46% a otro conocido y el 21% a un desconocido.(27)

En Santafé de Bogotá, las localidades donde se reporta mayor número de casos son Santafé en primer lugar con 16.89, segundo puesto ocupado por **Kennedy** con 13% seguido por Ciudad Bolívar y Bosa. Con base en el diagnóstico de la localidad de Kennedy se ha podido plasmar la trascendencia que tiene el maltrato infantil entre las primeras causas de morbimortalidad, siendo así como entre las primeras causas de mortalidad general se tiene para el año 1993 y 1994 en tercer lugar a las lesiones en las cuales se ignora si fueron accidental o intencionalmente infringidas con 10.4%(156) y 7.9%(118) respectivamente. En el estudio publicado en el Boletín Epidemiológico Distrital de agosto de 1999, se encontró que en el grupo de las localidades donde se encuentra la localidad de

Kennedy, la frecuencia de maltrato emocional es de 44.2%, la de maltrato físico de 67.9% y de abuso sexual de 16.2% entre los escolares de tercer a quinto grado de educación básica primaria. Cabe anotar que estos datos corresponden a los mas elevados de los encontrados en todas las localidades (6).

2. Avisas

En el país los traumas ocasionan la mayor cantidad de muertes prematuras (103.81 muertes por cada 100.000 habitantes), uno de los índices mas altos observados en el mundo, lo cual se traduce en una elevada cantidad de avisas perdidos.

En Colombia la perdida de vida saludable se clasifica por grupos, siendo el primero los de causas transmisibles, maternas, perinatales y de la nutrición, con un 22% de los años de vida sana perdidos por la población. Los otros grupos se distribuyen en proporciones iguales para las lesiones (Grupo III) en un 39% y enfermedades no transmisibles (Grupo II) con 39%.

La distribución proporcional por edad y por grupo de causas revela que el 64% de los años de vida saludable perdidos en los menores de cuatro años se debe a las enfermedades del grupo I. En las personas de 5 a 14 años la carga de la

enfermedad es mayor para las lesiones con un 40%, proporción que aumenta para el grupo de edad de 15 a 44 años siendo del 70%. (35).

En un país con una situación de violencia tan importante y en la que se encuentran inmersos todos los grupos generacionales, es fácil aseverar que el maltrato infantil es un perpetuador de la violencia y es un problema de Salud Publica que amerita una intervención pronta y efectiva.

3. Costos Médicos

El carácter multifactorial del maltrato infantil amerita una intervención interdisciplinaria que conlleva altos costos económicos para el sistema general de seguridad social.

4. Prevención

Prevención Primaria:

El maltrato infantil es un evento susceptible de ser prevenido identificando la características de este y realizando programas dirigidos a la educación de las familias, comunidades, y a la sociedad en general.

Prevención Secundaria:

Este tipo de prevención se lleva a cabo por medio de la detección, intervención y seguimiento temprano de los casos de maltrato infantil.

Prevención Terciaria:

Efectuando programas que tiendan a minimizar las secuelas físicas y psicológicas dejadas por el maltrato infantil, minimizando así su potencial perpetuador.

El maltrato físico es recurrente y en cada nueva ocasión reviste mayor gravedad. Las consecuencias físicas y psicológicas son numerosas y van desde la muerte, incapacidad, lesiones diversas como fracturas, quemaduras, laceraciones, contusiones, daño cerebral y múltiples problemas en el desarrollo social y afectivo. El maltrato físico o psicológico, deja secuelas que se manifiestan en la vida adulta o adolescente a través de comportamientos negativos como falta de confianza, ansiedad, abandono del hogar, agresividad, dificultades en el aprendizaje, desórdenes sociales y psicológicos (15), fracaso escolar, consumo temprano de tabaco, alcohol y drogas, sexualidad temprana y promiscua, inestabilidad laboral, separación y divorcio, hijos ilegítimos, violencia intrafamiliar, infracciones y

accidentes de tránsito, participación en riñas y uso de armas. De allí que la agresión, en la edad preescolar o escolar, es el mejor predictor de la criminalidad en la vida adulta, especialmente si está presente en edades muy tempranas (15).

2.1.3 MALTRATO INFANTIL Y FACTORES ASOCIADOS

2.1.3.1 TIPOS DE MALTRATO INFANTIL

En Colombia se ha definido al maltrato infantil como “toda acción u omisión que entorpece el desarrollo integral del niño” por parte de padres u otro adulto responsable (14).

El síndrome del niño maltratado fue descrito en 1962 por el pediatra Henry Kempe y se ha definido como todas aquellas acciones ó faltas que afectan gravemente el desarrollo físico, psicológico, afectivo y moral del niño ó la niña ejecutados por los padres, cuidadores ó personas adultas alrededor de el ó ella.

Según el formulario de notificación obligatoria para el Síndrome de Niño Maltratado de la Secretaria Distrital de Salud (SDS) se define: (anexo 3).

VIOLENCIA: Todo acto u omisión que atente contra la integridad física, psíquica o sexual de una persona, contra su libertad o que amenace gravemente el desarrollo de su personalidad, tanto en el ámbito público como en el privado.

TIPOS DE VIOLENCIA:

FÍSICA: “Toda acción caracterizada por el uso de la fuerza física, de manera intencional, que causa en la persona daño leve o grave como empujones, golpes bofetadas, zarandeo, quemaduras entre otras. En este sistema se excluyen lesiones debidas a atracos hurtos o robos.”

En este tipo de maltrato se emplean instrumentos domésticos de uso cotidiano como correas, parrillas, planchas, palos, agua caliente o helada, e incluso el agresor puede utilizar partes de su cuerpo como las manos y pies para agredir al menor.

EMOCIONAL O SICOLÓGICA: “Cualquier acción u omisión que provoque daño síquico o emocional que afecte el autoestima de la persona o que la limite para contar con el apoyo de los demás incluye una extensa gama de conductas como insultos, gritos, amenazas acusaciones, intimidaciones, desvalorización, burla, críticas destructivas o indiferencia.”

“Debe entenderse que el maltrato emocional interrumpe el desarrollo del yo, de la competencia social, de la capacidad de apego y empatía de los niños, todo lo cual puede llevarlos a un comportamiento destructivo e impedir la construcción de un sentido de ética social”. (11).

Clasificación :

- *Maltrato Emocional por déficit: Se debe a la inexistencia de la figura paterna o materna de quien podría recibir afecto, protección o contacto.*
- *Maltrato por exceso: Se refiere a la sobreprotección en donde al menor se le niega la posibilidad de defenderse y enfrentarse a diferentes situaciones de la vida.*
- *Maltrato por alteración: Es la incapacidad para relacionarse con el niño, de cuidarlo y darle amor.*

El maltrato emocional puede ser intencional o no, siempre forma parte del abuso físico y sexual.(9)

SEXUAL: “Toda acción en que la persona sea obligada, inducida, bajo constreñimiento o presionada a realizar o presenciar prácticas sexuales con o sin penetración no deseadas, o no acordes con su proceso de desarrollo sexual, social y afectivo. Incluye toda acción mediante la cual la personal es inducida u obligada a prácticas sexuales como medio para la consecución de recursos materiales o económicos.”

Se llama practica sexual con contacto cuando involucra el contacto físico con la boca, pecho, genitales o ano del menor, con el objeto de lograr la excitación o satisfacción sexual del agresor. Incluye tocar o acariciar al igual que la penetración genital, anal u oral.

Abuso sexual sin contacto se practica por medio de comportamientos que no tienen contacto físico con el cuerpo del niño pero que tienen que ver con la salud mental. Por ejemplo: exhibiciones, masturbarse, hacer material pornográfico con menores, espiar, realizar llamadas obscenas.

NEGLIGENCIA Y DESCUIDO: “Se refiere a comportamientos que privan a la persona de la satisfacción de sus necesidades básicas, estando en posibilidad de brindarla (alimentación, educación, salud, vivienda, cuidado, vestido). Deben considerarse los casos de malnutrición, accidentes, retraso escolar y enfermedades recurrentes entre otras.”

La negligencia puede observarse en la falta de aseo e higiene corporal, lo cual puede llevar al niño a presentar lesiones o afecciones en la piel; recurrencia de enfermedades respiratorias y hospitalizaciones; y desnutrición, la cual es más frecuente en menores de cinco años y lactantes.

ECONÓMICA: “Acciones en las que una persona es utilizada para la consecución de recursos materiales o económicos para beneficios de otros, es decir, como forma de explotación. Incluye la utilización de medios económicos como manera de coartar el desarrollo personal. Se deben considerar casos como los menores trabajadores, trabajos peligrosos, o de alto riesgo, restricción inadecuada de recursos económicos y mendicidad que pueden exponerlo a situaciones peligrosas para la salud física emocional y social.”

Según la UNICEF 1997 todo niño tiene derecho a ser cuidado por sus padres, a recibir educación básica, a tener acceso al más alto nivel de salud, a la seguridad social y a los medios para el descanso y el esparcimiento.(42)

En la investigación hecha por Aldana y otros 1983 encontró que el 22.2% de los estudiantes dedican su tiempo solo a labores escolares, mientras que el 79.3% de los escolares realiza actividades domésticas para el hogar y otros negocios familiares. (22)

ABANDONO: “Situación en que la persona es dejada sola de manera permanente por sus familiares y cuidadores. A pesar de requerir atención y asistencia en razón de su edad, enfermedad o discapacidad, poniendo en riesgo su integridad. Considerar casos como: personas institucionalizadas que no son asistidas por sus familiares o personas obligadas a salir de la casa entre otras.”

SÍNDROME DEL BEBÉ ZARANDEADO (A):

“Es un tipo de maltrato infantil en el que se sacude fuertemente a los bebés. Sacudir fuertemente a un (a) bebé puede producir graves lesiones y en algunas ocasiones puede llevar hasta a la muerte. Este síndrome se presenta porque un

adulto vuelca su frustración o ira en el bebé, generalmente porque éste (a) no cesa de llorar o está muy inquieto (a).

Los bebés más pequeños (as) recién nacidos (as) y lactantes son extremadamente vulnerables porque sus cabezas son muy grandes en comparación con su cuerpo; los músculos del cuello son débiles y su cerebro no se ha desarrollado completamente. La situación más típica es la madre joven e inexperta, que se encuentra sola con un (a) bebé que llora, sin que ella logre calmarlo (a) Su desesperación la lleva a sacudirlo (a) violentamente, en general por los hombros, causándole daño cerebral, ceguera, parálisis, fracturas e incluso la muerte” (38).

2.1.3.2 FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES PARA EL MALTRATO INFANTIL

Se han encontrado asociaciones entre diversas variables sociales, económicas, culturales y psicológicas asociadas con el maltrato infantil. En la revisión realizada en el documento Lesiones de Causa Externa: Factores de Riesgo y Medidas de Prevención (30), se establece que: 1) el maltrato es un problema multicausal; 2) entre sus posibles factores determinantes, no existe evidencia sobre las posibilidades de un componente genético, excepto aquellas relacionadas con el síndrome de conducta antisocial; 3) los factores involucrados en el maltrato al menor, probablemente interactúan de distintas formas, de manera que no hay una sola cadena causal, ni un conjunto de causas suficientes ni necesarias; 4) la importancia de distintos factores varía de acuerdo con la edad o etapa de desarrollo del niño; 5) el maltrato ocurre cuando se suman múltiples factores de riesgo que pesan más que los factores protectores o amortiguadores.

La importancia de la detección de estos factores, radica en el hecho de que para

el manejo de los casos de maltrato, se van a tomar medidas de tipo familiar tanto en la rehabilitación de las familias maltratantes, como en la toma de decisiones acerca de separar al niño de la familia temporalmente como medida de protección.

Además en la implementación de programas de promoción y prevención se deberá partir de un muy buen conocimiento de estos factores asociados, para reforzar los factores protectores y modificar en la medida de lo posible los factores de riesgo. (13).

Factores de riesgo y sus correspondientes factores protectores:

Antecedentes de maltrato físico en la infancia

La “transmisión intergeneracional” del maltrato se ha encontrado desde los primeros estudios realizados. Pocos de estos estudios se han realizado de manera longitudinal y prospectiva pero estos han estimado que la transmisión intergeneracional es de un 30%.⁽²⁹⁾ En la actualidad hay escuelas que no comparten completamente estos argumentos y presentan estudios que revelan que solo el 18% de los padres maltratados reproducen este comportamiento.⁽¹³⁾

Este factor de riesgo se analiza desde dos puntos de vista:

El antecedente de maltrato físico en los padres no sería un factor de riesgo relevante sino sería un marcador que se encuentra unido a otros factores de riesgo que ejercerían “ su influencia causal” para este evento.

(13)

De los individuos que recibieron maltrato físico en la infancia existe un

grupo que no ha transmitido este evento a su descendencia por que ha contado con factores protectores que han sido clasificados por los autores de la siguiente manera:

Factores Protectores:

Según Hunter y Klistrom en 1979 (26)

- Mas Apoyo Social actual.
- Menos sentimientos ambivalentes hacia el embarazo.
- Niños físicamente más sanos.
- Se oponen mas abiertamente a su experiencia de maltrato.
- Han sido objeto de maltrato por solo uno de sus padres y manifiestan haber tenido una relación positiva durante la infancia con uno de los padres.

Según Egeland, Jacobitz y Sroufe (1988)(19)

- Disponibilidad de una figura adulta con relación positiva en la infancia.
- Relación positiva de pareja.
- Haber recibido ayuda terapéutica profesional.
- Oposición al hecho de haber sido objeto de maltrato y conciencia clara de no desear repetir dicho comportamiento.
- Buen nivel de bienestar psicológico actual.

- Menor nivel actual de estrés.

Ausencia de apoyo social

Existen evidencias que apuntan hacia el hecho de que los padres maltratadores tienen una pobre red de apoyo social, con lo que tendrían limitaciones para su interrelación con otras personas y la satisfacción de sus necesidades de afecto, estima, aprobación, identidad, seguridad y pertenencia.

Presencia de uno solo de los padres

Los estudios realizados revelan que el riesgo de maltrato se aumenta en familias de un solo progenitor en especial si es una madre sola con varios hijos, y en las que la ausencia de la separación es el divorcio de los padres.

Presencia de figura paterna masculina sin relación biológica

En muchos de los casos observados, principalmente aquellos de maltrato físico severo, la madre convive con un hombre que no es el progenitor y quien tiene dificultades para establecer patrones de disciplina “normalizados”. Este individuo en muchas ocasiones es percibido por los menores como un rival frente al afecto de la madre y frente al padre biológico.

Alteraciones psicopatológicas en los padres maltratantes

- Alcoholismo y Toxicomanías: *Famularo y cols.* en estudios realizados, (21) encontraron una asociación entre el alcoholismo y el maltrato físico a menores. Se encontró que un 38% de los casos remitidos al juez habían presentado problemas de alcoholismo en algún periodo de su vida frente a un 8% de esta variable en el grupo control.
- Alteraciones Psicológicas: se ha encontrado que los sujetos con “malestar psicológico generalizado” tienen menor tolerancia a las conductas negativas de los hijos y responden en forma violenta a éstas. También se ha revelado que en el 10% de los casos de maltrato físico que

se producen, son realizados por una persona con una patología psíquica diagnosticable.

- **Baja autoestima:** considerada como la sensación de infelicidad y sentimiento de inadecuación, asociada a un sentimiento de incapacidad para mejorar su vida y su situación personal. Observado principalmente en madres que tienen un autoconcepto inferior que madres de la población en general.
- **Hiperreactividad Psicológica:** En diversas investigaciones se ha evaluado la manera como las respuestas psicofisiológicas de los sujetos maltratadores físicos ante una serie de estímulos relacionados con los niños.⁽¹³⁾ “En todas ellas parece haber cierto consenso sobre el hecho de que los maltratadores físicos se diferencian del resto de la población en que experimentan una mayor activación fisiológica, cuando tienden a enfrentarse a ciertos estímulos infantiles estresantes, por ejemplo, el llanto de un niño.”⁽¹³⁾
- **Déficits Neuropsicológicos :** referida la incapacidad de los padres para desarrollar un adecuado proceso cognitivo para evaluar la conducta estresante de los niños, partiendo de su “capacidad evolutiva, su

funcionalidad situacional y su intencionalidad". (13)

Otros factores asociados

La escuela de Kempe ha descrito además cuatro factores interrelacionados con las situaciones de maltrato:

1. Padres con antecedente de privación psicoafectiva y/o maltratados en la infancia.
2. Menor percibido como indigno de ser amado.
3. Crisis Familiar.
4. Familia Nuclear, aislada de los recursos de apoyo, tanto de la comunidad como de instituciones encargadas de su atención.

Estos parámetros deben tenerse siempre en cuenta al tratar la familia maltratadora, al igual que algunos tipos de enfermedades de salud mental como depresión crónica y severa, trastornos de personalidad, alcoholismo, psicosis y retardo mental marginal.

Existen además características propias de los niños y niñas que los ubican en grupos de mayor riesgo:

- Niños no deseados.

- Con alteraciones del desarrollo.
- Desagradables físicamente y/o con llanto chillón.
- Aquellos en los que no pudo desarrollarse adecuadamente el sistema de vinculación afectiva.
- De bajo peso al nacer.

Adicionalmente se han descrito otros factores de riesgo como embarazos indeseados, familias de mas de cuatro miembros, alta tasa de divorcios, pobreza, desempleo y malas condiciones de vida en donde la violencia se interrelaciona con estos factores. (11)

2.1.4 MARCO LEGAL

2.1.4.1 DERECHOS DEL NIÑO

“ Solo una sociedad culta y desarrollada sabe velar por los derechos de la niñez, pero en Colombia, con un atraso cultural y económico, histórica y sistemáticamente tales derechos han sido los más ignorados, debido a la indefensión de los menores, que no les permite hacerlos valer ante la ley, por sí mismos”. (3)

La normatividad que protege los derechos del niño es amplia en el ámbito nacional e internacional; es así como el 20 de noviembre de 1959, la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó con la Resolución 386 la Declaración de los Derechos del Niño, en donde se consagran todos los derechos para que los niños se puedan desarrollar física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal: en condiciones de libertad y dignidad, sin discriminaciones por motivos de raza, sexo, idioma, religión, ya sea del propio niño o de su familia (8).

Estos derechos se han clasificado en cuatro grandes áreas:

- *Desarrollo*

Incluye los derechos que satisfacen las necesidades básicas para el desenvolvimiento y evolución del niño tales como amor, comunicación, alimentación, vivienda, vestido, derecho a no ser separado de sus padres o a no ser separado de ellos en caso de vivir en diferentes lugares. La interpretación de estos derechos en nuestro país se consagra en los artículos 0,10, 17, 18,28, 29 y 30 de la ley 12 de 1.991.En la Constitución Nacional en los artículos 16,44, 67,70 y 74 y en el Código del Menor en los artículos 2 al 17.

- *Supervivencia*

Comprende los derechos que permiten que el menor viva de una manera digna (salud integral, sexualidad, nutrición, atención médica, seguridad social, educación y vida cultural). Se encuentran consagrados en la Ley 12 DE 1.991 en los artículos 6, 23, 24, 26 y 27.

En la Constitución Nacional se mencionan en los artículos 4, 11, 16, 44, 50 y 79 y en el Código del Menor en los artículos 3 al 7 y 9.

- *Protección*

Agrupar los derechos que protegen a los menores contra cualquier forma de violencia, maltrato, abuso sexual, abandono, explotación laboral y peligro de drogadicción. Se encuentran consagrados en los artículos 2 al 8, 11, 16, 19 al 23 y 32 al 41 de la Ley 12 de 1.991, en los artículos 57 al 128, 133, 160, 220, 222 y 232 del Código del Menor, y en los artículos 259 y 298 al 312 del Código Penal.

- *Participación*

Comprende los derechos que proporcionan a los niños/as satisfacción espiritual, emocional y mental: expresión, opinión, asociación, pensamiento, conciencia y religión. Están contemplados por la Ley 12 de 1.991 en los artículos 12 al 15, por el Código del Menor en los artículos 2, 3 al 7 y 13 y en la Constitución Nacional por los artículos 44, 67 y 74.

2.1.4.2 CONSTITUCION POLÍTICA DE COLOMBIA (10)

ARTICULO 13: "Todas las personas nacen libres e iguales frente a la Ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertad y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua o religión, opinión política o filosófica.

El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados.

El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan."

ARTICULO 44: " Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y su nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y el amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán

protegidos de toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.

La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de sus infractores. Los derechos del niño prevalecen sobre los derechos de los demás.”

ARTICULO 45: “El adolescente tiene derecho a la protección y a la formación integral.

El Estado y la sociedad garantizan la participación activa de los jóvenes en los organismos públicos y privados que tengan a cargo la protección, la educación y progreso de la juventud.”

2.1.4.3. CODIGO DEL MENOR

Decreto 2737 de la 1989 Presidencia de la República de Colombia (Código del Menor).

En el Artículo 32 se establece que toda persona que tenga conocimiento de la situación de abandono o de peligro en que se encuentre un menor, deberá informarlo al defensor de familia más cercano, o en su defecto a la autoridad de policía, para que se tomen de inmediato las medidas necesarias para su protección.

Los artículos 33 y 34 especifican que los directores de centros públicos o privados y demás centros asistenciales están obligados a informar sobre los menores abandonados en sus dependencias, o que ingresen con signos visibles de maltrato, para ponerlos a disposición del respectivo centro zonal o dirección regional del ICBF, dentro de los ocho días siguientes a la ocurrencia de los hechos.

De igual manera establece que debe brindársele inmediatamente la atención de urgencias que requiera el menor, sin que se pueda aducir motivo alguno para negarla, ni siquiera el de la ausencia de los representantes legales, la carencia de

recursos económicos, o la falta de cupo.

El artículo 36 del mencionado código determina que le corresponde al ICBF (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar) por intermedio del defensor de familia del lugar donde se encuentre el menor declarar las situaciones de abandono o de peligro de acuerdo con la gravedad de las circunstancias, con el fin de brindarle la protección debida para este propósito, actuando de oficio a petición de cualquier persona que denuncie la posible existencia de una de tales situaciones.

El Decreto 2737 de 1.989 establece que la Secretaría Distrital de Salud debe conformar un sistema de información que permita cumplir con lo requerido en los artículos 33 y 34 del Código del Menor, resolviendo crear el programa de atención al menor con diagnóstico de alto riesgo de síndrome de Niño Maltratado (SNM) en la Secretaría Distrital de Salud. El Decreto define al SNM como “toda acción que perturbe el desarrollo físico, psicológico, afectivo y moral del niño y que en general es infligida por adultos; comprende la violencia física o psicológica, en las distintas manifestaciones o sus riesgos diagnosticados por una institución pública o privada o profesional independiente de la salud”. Además de manifestar la obligatoriedad de la atención de urgencias al menor con SNM, afirma que “debe reportarse dentro de los ocho días siguientes al centro zonal de ICBF cercano y a la dirección

del SILOS (Sistema Local de Salud) de su jurisdicción. El Silos lo inscribirá en el programa de asistencia en salud al niño maltratado y lo reportará la subdirección de Vigilancia Epidemiológica de la SDS”. De igual manera, el artículo sexto establece la creación del comité interdisciplinario de asistencia al niño con SNM en toda institución que preste atención en salud pública o privada, con el objetivo inicial de velar por la calidad de atención técnico científica al menor, para abordar de manera integral al paciente y a su familia según el nivel de complejidad de cada institución.

2.1.4.4 RESOLUCION 01244 DE 1994 DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE SANTAFÉ DE BOGOTA D.C. (40)

La Resolución No. 01244 del 18 de marzo de 1.994 de la Secretaria Distrital de Salud se refiere concretamente al “Síndrome del Niño Maltratado“, enunciando la creación del programa de Atención al menor con diagnóstico y/o alto riesgo de síndrome de niño maltratado y otras disposiciones.

El documento toma como marco legal entre otros, la Ley 12 de 1.991 que aprobó

la convención internacional sobre los Derechos de la Niñez, así como el Acuerdo 31 de 1.992 que contempla acciones y programas de protección al menor en el área de la salud y el Decreto 594 del 5 de octubre de 1.993 donde fue creado el Comité Institucional para la Atención Integral al Menor como instancia de coordinación, asesoría y concertación de políticas tendientes a mejorar la atención integral hacia los niños principalmente expuestos a situaciones de maltrato.

El comité tiene como objetivo confirmar el diagnóstico inicial y velar por la calidad técnico científica de la atención. Debe estar conformado por funcionarios de las distintas disciplinas que tengan que abordar de manera integral al paciente y su familia y por el jefe de estadística. El comité tiene como funciones:

- Diligenciar los formatos de recolección de información para incluir los pacientes en el programa.
- Establecer los procedimientos para confirmar el diagnóstico o la situación de alto riesgo.
- Formular el tratamiento integral interinstitucional e interdisciplinario que requiere cada paciente.
- Informar al SILOS de su jurisdicción para iniciar las actividades de promoción y

prevención a nivel familiar y comunitario del Síndrome.

- Informar al Director de la Institución la confirmación diagnóstica del SNM.

De la misma manera se crea en esta resolución el Sistema de Información de la Secretaría Distrital de Salud, el cual establece que:

- A todo paciente atendido con SNM se le debe diligenciar el registro de SNM en el momento de su atención.
- Se debe poner en conocimiento al director de la Institución para que coordine con el Comité Interdisciplinario la atención del paciente. Si el diagnóstico es confirmado se debe enviar copia notficatoria dentro de los ocho días siguientes al centro zonal o Dirección regional del ICBF y al SILOS de su jurisdicción
- Mensualmente el director de SILOS enviara una copia de todos los registros diligenciados en su institución a la Subdirección de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría Distrital de Salud.

El incumplimiento de las obligaciones establecidas en la Resolución 1244 de 1994

acarreara al Director de la Institución una multa de 2 a 20 salarios mínimos legales mensuales vigentes impuesta por el ICBF.

2.1.5 REDES DEL BUEN TRATO AL MENOR

Las respuestas sociales e institucionales a la problemática del Maltrato Infantil han intentado abordarla desde un enfoque sistémico para detectar los puntos focales sobre los cuales incidir con mayor impacto. Debido a su complejidad y magnitud, se estableció una estrategia de abordaje en red interinstitucional para orientar y proyectar las acciones en beneficio de los menores víctimas de maltrato o violencia familiar o escolar. Además, de esta manera, al aumentar el conocimiento de la problemática del maltrato también se permite a los integrantes encaminar sus acciones hacia la prevención y el fomento de la cultura del Buen Trato.

Desde 1985 se habla en Colombia de la implementación del trabajo en Red como una estrategia de trabajo intersectorial. El primer departamento en implementarlo fue Antioquia en 1988 con la formación de las Redes de Prevención y Atención de la violencia intrafamiliar. (36)

El decreto 594 del 5 de Octubre de 1993, apoyado en la Constitución y en el Código del Menor, creó el Comité Interinstitucional para la Prevención del Maltrato Infantil y la Protección del Menor Maltratado en el Distrito Capital.

En Enero de 1994 la Procuraduría Delegada para la Defensa del Menor y la Familia, convoca las entidades del D.C. y propone la conformación de Redes en las localidades iniciándose así el trabajo intersectorial en algunas localidades del Distrito.

En Septiembre de 1997, se les cambia su denominación por la que llevan actualmente: REDES DEL BUEN TRATO AL MENOR. (18)

“Las redes de Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar y de promoción del Buen trato son sistemas organizados de personas e instituciones, abiertos, democráticos y participativos que articulan experiencias y conocimientos; servicios y programas; disciplinas, funciones y competencias; recursos y esfuerzos para prevenir y atender integralmente la violencia intrafamiliar y promover relaciones de convivencia democrática en la familia.”(32)

En el trabajo en Red intervienen compromisos Personales e Institucionales que se deben unificar en favor de la convivencia entre sexos y generaciones.

Los compromisos institucionales se traducen en:

- ◆ Participación personal o delegada de las alcaldías locales, de las juntas

administradoras y de las instituciones en las reuniones y actividades que demanda el trabajo en red.

- ◆ Formulación e inclusión de políticas públicas de prevención de la violencia intrafamiliar y de protección y atención especial a las víctimas; así como programas de resocialización de los agresores en los planes locales de desarrollo.
- ◆ Asignación de recursos presupuestales para financiar las actividades de la red: dotación de equipos, materiales, capacitación a funcionarios/as y usuarios/as de los servicios, promoción de derechos y de recursos institucionales.
- ◆ Veeduría y control de la función pública en las instituciones competentes para la prevención y la atención.
- ◆ Gestión de recursos humanos especializados para la atención de víctimas en las distintas instituciones que tengan dicha competencia.
- ◆ Mejoramiento en la calidad de la atención y ampliación de la cobertura de los servicios institucionales.

COMPETENCIAS INSTITUCIONALES

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR (ICBF):

El ICBF se creó en 1968 y se reorganizó en 1979 con el objetivo de “dar la debida protección a la niñez y la familia y de garantizarles el cumplimiento y el respeto de sus derechos”.

El Defensor de familia es el funcionario de este organismo estatal encargado de declarar la situación de abandono o peligro de los menores, para brindar la protección adecuada. Este además luego de comprobada la acción de maltrato se encarga de formular la demanda civil o denuncia penal ante los jueces de familia o de menores.

Las medidas de protección que se pueden formular si se ameritan son las siguientes (arts. 57 al 128 del Código del Menor):

1. Prevenir o amonestar a los padres o personas de quienes dependa el menor

para que cumplan con sus obligaciones, so pena de multas hasta de cien salarios mínimos legales diarios convertibles en arresto.

2. Dar la custodia o cuidado personal del niño o niña al pariente más allegado que le ofrezca mejores garantías para su desarrollo integral.
3. Depositar o entregar al/la pequeño/a mediante resolución motivada, a una familia que se comprometa a brindarle protección en sustitución de su hogar de origen por un periodo máximo de seis meses.
4. Ubicar en un centro de protección especial al pequeño extraviado, explotado, abandonado o maltratado, a fin de que esta institución le brinde la satisfacción de sus necesidades y educación y capacitación especial cuando lo amerite.
5. Darlo en adopción a una familia que lo desee, cumpla con las exigencias de la Ley y siga el trámite del art. 104 y ss. del Código del Menor.
6. Tomar otras medidas a favor de los infantes que carecen de cuidados suficientes, por que sus padres se los brindan deficientemente o se niegan a hacerlo.

POLICIA DE MENORES:

Es un cuerpo de agentes bachilleres con alguna formación en protección infantil.

Se encarga de colaborar con los organismos estatales destinados a defender, educar, prevenir y proteger al niño.

Sus funciones son:

1. Hacer cumplir las normas sobre este tipo de amparo.
2. Desarrollar actividades recreativas con niñas/os.
3. Controlar e Impedir el ingreso de los menores a los lugares en donde se expendan licores o existan diversiones que atenten contra la moral.
4. Impedir la comercialización de publicaciones audiovisuales, imágenes y material pornográfico que afecten la moral de la población infantil.
5. Conducir a las Comisarias de Familia a los pequeños extraviados, abandonados, mendigos, vagos o víctimas de maltrato.
6. Informar de las circunstancias que fomentan depravación, deshonestidad u otros factores que coloquen al menor en situaciones irregulares.
7. Vigilar en aeropuertos y terminales el desplazamiento de niños/as al exterior o al interior del país.
8. Ayudar en programas con menores infractores.

PROCURADURIA DELEGADA PARA LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA
(art. 292 al 294 del CM).

Además de las funciones ordenadas en la Constitución Nacional debe vigilar los procesos judiciales en los juzgados de familia y de menores y los procesos administrativos en la Defensoria de Familia.

COMISARIAS DE FAMILIA (art. 295 al 299 del CM):

Son dependencia del ICBF. Reciben las quejas formuladas por violencia domestica, toman medidas necesarias para proteger al menor que este en peligro, ordena exámenes medicolegales pertinentes y puede practicar allanamientos cuando se trate de rescatar a un pequeño.

JUECES DE FAMILIA:

Estos funcionarios son los encargados de atender todas las demandas contempladas en el Decreto 2289 de 1989: alimentos, patria potestad, regulación de visitas, adopción, etc. Además dan fallos sobre las mismas.

JUECES DE MENORES:

Deben asumir los procesos por delitos en donde el menor sea actor, o un sujeto pasivo de abandono o de abuso sexual.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION:

Esta entidad esta encargada de cuidar que las distintas instituciones cumplan con sus funciones asignadas, orientadas a garantizar el respeto y la vigencia de los derechos de la niñez.

PERSONERIA MUNICIPAL:

Debe atender todo tipo de reclamos referentes a la violación de los derechos de la niñez, tiene la obligación de velar por el buen funcionamiento y la eficacia en la prestación del servicio de las entidades municipales. Debe convocar, apoyar y coordinar acciones para la protección y promoción de los derechos humanos.

DEFENSORIA DEL PUEBLO:

Su función principal es la de impulsar la cultura de tolerancia y de respeto mutuo y velar por la promoción, el ejercicio y la divulgación de los derechos humanos.

2.1.6 EL MALTRATO INFANTIL EN LA LOCALIDAD DE KENNEDY.

2.1.6.1 LOCALIDAD DE KENNEDY (17)

GENERALIDADES

La Localidad se encuentra ubicada hacia la parte suroccidental de Santafé de Bogotá, demarcada por los siguientes límites: por el oriente con la Avenida 68, por el norte con los ríos Bogotá y Fucha, por el sur con la Autopista Sur y el río Tunjuelito y por el occidente con el Camino de Osario (Bosa).

Kennedy cubre 2.827.79 hectáreas planas, de las cuales 2.122.24 están dentro del perímetro de servicios públicos. Esta localidad tiene sus puntos extremos así: al noroccidente por la intersección del río Fucha con el río Bogotá, al sur oriente por la Autopista sur, al norte por la Avenida del Espectador; al sur por el río Tunjuelito y en su punto extremo occidental, por los límites del río Bogotá con Bosa.

La localidad Octava de Kennedy se encuentra en un punto estratégico para la ciudad; presenta un comportamiento de indicadores sociales similares al promedio de Bogotá: crecimiento poblacional, presencia institucional, cobertura de servicios públicos, violencia y dinámicas económicas.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION

La población de la Localidad de Kennedy según el censo de 1.993 es de 686.778 habitantes lo cual corresponde al 14% de la población de la ciudad de Bogotá.

Con una migración del 47.2%; la proporción de población de la localidad que nació en Bogotá fue de 57.3%. La pirámide poblacional de los años 1993 y 1997 deja ver un proceso demográfico típico de los países en vía de desarrollo con un envejecimiento progresivo y una disminución de los menores de 15 años, debido probablemente al fortalecimiento en las áreas de atención del control prenatal y cambios en los patrones de crianza de los niños.

Del total de la población el 47.9% representa el género masculino y el 52.0% el género femenino. Presenta una estructura socioeconómica según NBI categorizados en estratos del 1 al 4. Alrededor del 58% de la población pertenece

al estrato 3, el 38% al estrato 2 y el 4% al estrato 1 y 2. Según datos del DAPD (Departamento Administrativo de Planeación Distrital) para 1997 más del 90% de la población se ubica en los estratos 2 y 3. Esta localidad no tiene áreas ni población con estrato 5 y 6.

La población menor de edad se caracteriza por su inasistencia escolar, hacinamiento y alta dependencia económica.

Su principal actividad económica es el comercio informal (cuenta con 2729 establecimientos) con un 21.5% según el DAMA para 1990 y fuentes del DANE censo de 1993. De la población económicamente inactiva el 19.5% son estudiantes y el 46.2% se dedica a oficios del hogar.

Con respecto al nivel educativo, el 27% ha alcanzado el nivel primario de educación, 35% son bachilleres y el 19% profesionales según datos obtenidos del trabajo de diagnóstico de salud de la Localidad⁽¹⁷⁾. Según los niveles de pobreza el mayor porcentaje de la población pobre tiene entre 20 a 59 años con el 41.5 % seguido del 20.4% representado por los menores de 5 años.

Esta población es principalmente joven entre 15 y 44 años con un 54% de los cuales el 52% son mujeres y el 48% hombres. En 1998 el Sena llevó a cabo una encuesta para detectar solo necesidades de capacitación y encontró que el empleo femenino entre 18 y 25 años es de 25% y el masculino del 5%.

El estado nutricional de la población está caracterizado por la desnutrición con bajo peso y talla para la edad cuyas causas están dadas por las malas condiciones de calidad de vida, escasa lactancia materna, frecuencia de enfermedades diarreicas e infecciosas.

La morbilidad por grupos etareos se mostró del sexto al noveno lugar las enfermedades de la piel y de tejidos celular subcutáneo, fractura de los miembros, traumatismo superficial y los no especificados, contusiones y magulladuras.

Para el grupo de 15 a 44 años las laceraciones, heridas y traumatismos de los vasos sanguíneos ocupan el primer lugar con un 5.7% (17)

El comportamiento de las causas de mortalidad de la población muestra que entre los años 1993 y 1994 el tercer lugar lo ocuparon las lesiones en las que “ se ignora si fueron accidental e intencionalmente infligidas” con un 10.4%.

En el grupo de edad de 1 a 4 años aparecen en primer lugar las lesiones no definidas como accidentales o intencionales, siendo estas en 1996 en el grupo de 5 a 14 años las que ocupan el primer lugar. En el grupo de 45 a 59 y 60 y más se presenta en primer lugar el homicidio como causa de muerte.

La localidad de Kennedy se encuentra en un punto estratégico para la ciudad, presentando un comportamiento de indicadores sociales similares al promedio de Bogotá: crecimiento poblacional, presencia institucional, cobertura de las condiciones laborales las que reflejan la calidad de empleo, y pocas oportunidades para las mujeres y jóvenes. (17)

Tabla No. 1 Población ajustada 1.985, censada y ajustada 1.993.

Localidad	Ajustada 1,985	Censada 1,993	Ajustada 1,993	VARIACION % 1985-1993
Kennedy	561,710	686,778	758,870	35.1

Fuente: DANE, 1.993.

En el supuesto de que se conserve la dinámica poblacional establecida históricamente a través de los censos, la tasa de crecimiento anual presentará una disminución de 3,5% al 2,9% para el año de 1997.

Tabla No. 2 Proyección de la población. Localidad de Kennedy, 1.997-2.000.

Localidad	Tasa anual Crecimiento	Años			
		1,997	1,998	1,999	2,000
Kennedy	0.029	845,276	870,274	896,010	922,508

Fuente: DANE, Dirección Técnica de Censos

La distribución por grupos de edad para el año de 1997 es la siguiente:

Tabla No. 3 Grupos de edad. Localidad de Kennedy, 1.997.

Edad	MASCULINO		FEMENINO	
	%	Población	%	Población
< 1 año	1.12	9.951	1.239	11.008
1 - 4años	4.185	37.168	4.625	41.075
5 - 9 años	5.13	45.56	5.67	50.3569
10 - 14 años	4.764	42.31	5.266	46.768
15 - 19 años	4.892	43.428	5.41	48.048
20 - 24 años	5.747	51.0143	4.745	42.144
25 -29 años	4.7	41.743	5.2	46.182
30 - 34 años	3.61	32.064	3.99	35.438
35 - 39 años	2.95	26.199	3.26	28.955
40 - 44 años	2.28	20.249	2.52	225.384
45 - 49 años	2.13	18.917	2.35	20.871
50 - 54 años	1.84	16.341	2.04	18.118
55 - 59 años	1.42	12.656	1.57	13.987
60 - 64 años	0.97	8.615	1.07	95.03
65 - 69 años	0.74	6.572	0.82	7.283
> 70 años	1.02	9.058	1.12	9.948
TOTAL	47.5		52.5	

Fuente:

Fuente: Departamento Administrativo de Planeación Distrital. Proyecciones CCRP

El mayor porcentaje de población se presenta en los grupos de 15 a 44 años, y de 1 a 14 años.

La composición por grupos de edad para los hombres, presenta los mayores porcentajes en los grupos de edad 20 - 24 años, 5 - 9, y 15 - 19 años. Se observa una ligera disminución en el porcentaje de los grupos de edad 10 - 14 y 15 - 19.

Para las mujeres la situación es un poco diferente. Se observan los porcentajes más altos en los grupos de edad 5 - 9, 15 - 19, 10 - 14 y 25 - 29. En general la

participación de los grupos de edad entre los 5 y los 25 años es más homogénea que entre los hombres.

Tabla No. 4 Distribución por grupos quinquenales. Localidad de Kennedy, 1.997.

EDAD	%	POBLACION
< 1 año	2.36%	20.959
1 - 4 años	8.81%	78.243
5 - 9 años	10.80%	95.916
10 - 14 años	10.03%	89.078
15 - 19 años	10.30%	91.476
20 - 24 años	10.49%	93.181
25 - 29 años	9.90%	87.924
30 - 34 años	7.60%	67.497
35 - 39 años	6.21%	55.152
40 - 44 años	4.80%	42.63
45 - 49 años	4.48%	39.788
50 - 54 años	3.88%	34.459
55 - 59 años	3.00%	26.643
60 - 64 años	2.04%	18.118
65 - 69 años	1.56%	13.855
> 70 años	2.14%	19.006

Fuente:

Fuente: Departamento Administrativo de Planeación Distrital. Proyecciones CCRP

Se observa que los grupos de edad que van entre los 5 y los 25 años, presentan porcentajes muy similares.

El número de mujeres embarazadas durante el último año fue de 33.306 (SIS-1.)

El número de Recién Nacidos durante el último año fue de 15.832 (censo de 1993).

Al observar la pirámide poblacional de los años 1993 y 1997, resalta un proceso demográfico similar a la de los países en vía de desarrollo, con un envejecimiento progresivo de la población y una disminución de los menores de 15 años. Esto se

debe en gran parte al control prenatal, así como a los diversos cambios en los patrones de crianza de los niños acompañados de las nuevas maneras de intervención de la mujer en la sociedad.

Al comparar las pirámides poblacionales de 1993 y 1997 por grupos quinquenales se observa que para el año de 1997 la población en los grupos de 5 a 24 años disminuye progresivamente. Esta disminución predomina más en hombres, esto quizá, por los efectos de la violencia urbana, que afecta directamente en mayor medida al género masculino. La densidad poblacional se concentra más en el grupo etéreo de 20 a 34 años, tendencia que se fortalece en las proyecciones para el año 2000.

En la dinámica poblacional la tasa de fecundidad ha disminuido de 2.1 en 1993 a 1.8 en 1995 y la esperanza de vida se ha incrementado de 66 años en la década de los setenta a 70 años en la década de los noventa. La mortalidad infantil presenta un descenso en la tasa del (11.9) en 1993 a (7.65) para 1996 defunciones por cada 1.000 menores de un año.

Con base en los anteriores datos, debemos tener en cuenta que un alto porcentaje de las políticas sociales y especialmente en salud, deben ir encaminadas a este gran grupo de población que va entre 15 y 44 años.

2.1.6.2 RED LOCAL DEL BUEN TRATO AL MENOR KENNEDY (18)

En Enero de 1994, la Procuraduría Delegada para la Defensa del Menor y la Familia, convocó a las entidades del Distrito Capital y les propuso la conformación de Redes en las Localidades.

En la Localidad de Kennedy se acogió la propuesta inicial y se designó como coordinadora del trabajo en red a ser iniciado a la Jefe de Fomento y Prevención del sector salud en el ámbito local. En Junio de 1995, las instituciones de la Localidad firman un Acta de Compromiso, para trabajar por la defensa de los Derechos de la Niñez.

El liderazgo de la Red de Atención y Prevención del Maltrato al Menor de la Localidad Octava ha sido conducido por diferentes instituciones. En 1996, el sector salud tuvo esta responsabilidad, el I.C.B.F. en 1997 y desde 1998 el sector educativo de la Localidad asumió la coordinación de la Red en Kennedy.

Definición

“La Red del Buen Trato de la Localidad de Kennedy es un tejido social en el que participan diversos actores (instituciones y la comunidad) para la consecución de un fin común”. (18)

Principios Rectores

- ◇ Respeto: Autonomía institucional, a las personas y a los acuerdos definidos.
- ◇ Equidad: Reconocimiento y valoración, igualdad de oportunidades, respuesta integral y eficaz.
- ◇ Tolerancia: Entender y respetar las diferencias; flexibilidad y concertación.
- ◇ Oportunidad: Resolución eficaz y oportuna a los conflictos.
- ◇ Solidaridad: Apoyo mutuo, trabajo colectivo, conciencia social.

Elementos de Trabajo en la Red

- a) Marco conceptual del problema
- b) Diagnóstico permanente (cambiante, dialéctico), prediagnóstico
- c) Principios rectores (filosofía que da razón de ser a las acciones)
- d) Plan de trabajo articulado al plan de trabajo de todas las instituciones.
- e) Estructura orgánica (coordinación, secretario, comisiones entre otros)
- f) Cronograma de trabajo
- g) Flujograma para la atención de casos.
- h) Indicadores de evaluación
- i) Conformación de comisiones

Objetivo General

Lograr acuerdo de voluntades del Estado, las ONG´s, y la Sociedad Civil para formular políticas y planes Departamentales y Municipales, dirigido a la prevención y atención a las diferentes formas de violencia que afectan a la familia, concretando compromiso y acciones a realizar para todas y cada una de las entidades participantes.

Objetivos Específicos

1. Coordinar interinstitucionalmente la recepción y atención de la problemática que representa el menor maltratado y/o en alto riesgo de estarlo a nivel médico, psicológico, legal, social y familiar.
2. Implementar estrategias de prevención a través de acciones educativas permanentes a nivel comunitario (familias, colegios, madres comunitarias, juntas de acción comunal, entre otros), e institucional con el fin de minimizar la violencia Intrafamiliar de las cuales son víctimas los menores.
3. Divulgar y comunicar a la comunidad las actividades de la Red a través de boletines, afiches, carteleras, plegables, radio y televisión.
4. Generar organización, investigación y financiación en aspectos relacionados con el maltrato al menor teniendo en cuenta las diversas dimensiones del problema.

5. Vigilar el cumplimiento de los planes y proyectos de la Red y los compromisos institucionales.

Metas

- * Trabajar en forma coordinada en la atención integral de los casos de menores víctimas de maltrato

- * Elaboración de un plan de trabajo coherente, que considere todos los recursos existentes, que valore los servicios especializados y establezca mecanismos de referencia y contrarreferencia de los casos recibidos.

- * Elaboración de programas de atención integral e individualizada y realización del seguimiento de los casos.

- * Crear un plan de trabajo conjunto en aspectos de prevención, atención, investigación y comunicación relacionados con la violencia intrafamiliar.

- * El logro en cada institución de la asignación de un funcionario responsable y con poder de decisión para que participe en la coordinación y organización de la Red.

* **Actividades**

1. Conformación de comisiones
2. Elaboración de plan de trabajo por comisiones
3. Ejecución de planes de trabajo de las comisiones
4. Evaluación por comisiones
5. Replantear el acta de compromiso por un convenio que trae mayor obligatoriedad en el cumplimiento de las acciones.

Metodología

- * Coordinación interinstitucional, intersectorial, interdisciplinaria y comunitaria
- * Investigación, acción, participación
- * Retomar las normas legales vigentes
- * Adecuado manejo de los recursos
- * Planeación estratégica

Estrategias

1. Sensibilización
2. Definición de objetivos
3. Conformación y fortalecimiento de comisiones y planes de trabajo
4. Firma de convenio
5. Evaluación permanente
6. Reuniones mensuales por comisiones y de Red general
7. Asistencia mensualmente de delegados a la Red de respuesta social
8. Capacitación permanente
9. Elaboración de un manual de convivencia
10. Elaborar el flujograma de atención

3. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

“Los objetivos de una actividad de vigilancia médica dependen del estado de del conocimiento acerca de las causas del trastorno de interés y del grado de eficacia de las medidas preventivas ideadas”. (24)

La Vigilancia Epidemiológica constituye un conjunto de actividades que permiten la observación cercana y permanente de la historia natural y social de un evento que se hace través de los hechos, la recolección, el análisis e interpretación sistemática de los datos, la distribución oportuna de los resultados, las recomendaciones a los centros de toma de decisiones técnicas, operativas y políticas, sobre bases objetivas y científicas de las medidas de acción (a corto, mediano o largo plazo), susceptibles de controlar el problema o prevenirlo.(22)

En el actual Sistema General de Seguridad Social para Colombia, bajo el contexto de la Ley 100 de 1993, la Vigilancia Epidemiológica es una herramienta indispensable para el direccionamiento de programas y priorización de recursos para los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

3.1 SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

La Vigilancia Epidemiológica es un sistema en el que interactúan varios componentes como personas, recursos físicos, instituciones, conceptos, información y normas.

La información se constituye en uno de los pilares fundamentales para el desarrollo de la vigilancia en el cual se basan las definiciones, las acciones y las decisiones.

El sistema de información para la vigilancia epidemiológica está compuesto de tres etapas:

- Fuentes de Datos: La vigilancia epidemiológica tiene entradas de datos de diferentes fuentes como pacientes, comunidad, instituciones de salud, educativas, laboratorios y otros sectores. Esta primera etapa incluye la forma de registrarlos, la frecuencia de reportes y la delimitación de variables necesarias.

- En esta segunda etapa se compara lo observado en la realidad (signos y síntomas, frecuencia de casos, lugares implicados, antecedentes, etc.) con los conocimientos existentes del evento. Para esta etapa se requiere conocer muy bien los formularios utilizados para el registro de datos (formatos de reportes, fichas clinico-epidemiológicas etc.). Requiere también la diferenciación de los diversos tipos de notificaciones (inmediata o periódica, individual o colectiva) según el evento a vigilar, y el conocimiento acerca del nivel al cual se debe notificar.
- ◆ Por ultimo, la etapa de decisiones y evaluaciones realizadas con base en la información recolectada. Este proceso se basa en los indicadores, cuyo análisis y discusión puede medir el desempeño de las actividades de vigilancia epidemiológica.

“La Información veraz, oportuna y confiable, es la máxima garantía de un buen sistema de vigilancia epidemiológica”. (16).

3.1.1 EVALUACION DE LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA.

El propósito general de evaluar los sistemas de vigilancia epidemiológica es promover el uso más efectivo de los recursos de salud. Los problemas de salud de mayor prioridad deben estar bajo vigilancia, por medio de sistemas y estos a su vez deben cumplir sus objetivos de la manera más eficiente posible.⁽⁴³⁾

Lograr estos dos objetivos, requiere evaluar la vigilancia desde dos perspectivas diferentes. A su vez, cada perspectiva tiene un énfasis ligeramente diferente en la aplicación de los elementos de la evaluación.

TIPOS DE EVALUACIÓN ⁽⁴⁶⁾

En primera instancia se debe considerar si el evento de salud debe estar bajo vigilancia. Luego, se evalúa el sistema de vigilancia operante para un evento de salud para de esta forma aumentar la utilidad y la eficiencia del sistema.

También se pueden comparar dos sistemas en el que se involucre un mismo evento de salud. Este tipo de evaluación determinará si el sistema cumple los objetivos, si tiene una función de salud pública útil y si su operatividad es

eficiente. La evaluación debe incluir:

- ◇ Enunciado explícito de los propósitos y objetivos del sistema.
- ◇ Una descripción de la operatividad del sistema de vigilancia epidemiológica
- ◇ Documentación a cerca de la utilidad del sistema de vigilancia
- ◇ Una medición de los diferentes atributos cuantitativos y cualitativos
- ◇ Cálculo del costo del sistema.

La *meta* de los Sistemas de Vigilancia públicos es *maximizar* la utilidad del sistema y *lograr* el sistema más simple y menos costoso que permita alcanzar los objetivos.

La normatización dada por el CDC de Atlanta para la evaluación de un sistema de vigilancia epidemiológica incluye los siguientes aspectos.(39)

A. Descripción de la importancia del evento de salud a vigilar:

Se deben incluir las siguientes categorías.

1. Numero total de casos, Incidencia y prevalecía,
2. Indices de Gravedad como tasa de mortalidad y razón caso- fatalidad,
3. Prevención

B. Describir el sistema a ser evaluado:

1. Detallar los objetivos del sistema.
2. Describir el evento de salud bajo vigilancia
3. Elaborar un flujograma del sistema
4. Describir los componentes y operación del sistema:
 - a. ¿Cuál es la Población bajo Vigilancia?
 - b. ¿Cuál es el tiempo utilizado para la recopilación de datos?
 - c. ¿Que clase de información se recopila?
 - d. ¿Quién proporciona la información sobre la vigilancia?
 - e. ¿Cómo se transfiere la Información?
 - f. ¿Cómo se almacena la Información?
 - g. ¿Quién analiza la Información?
 - h. ¿Cómo y con qué frecuencia se analizan los datos?
 - i. ¿Con cuánta frecuencia se analizan los reportes?
 - j. ¿A quién se distribuyen los reportes?
 - k. ¿A quién se distribuyen los reportes?

C. Indicar el nivel de utilidad mediante la descripción de las acciones implementadas como resultado de la Información obtenida del sistema de vigilancia.

D. Evaluación del sistema de acuerdo a cada uno de los siguientes atributos:

1. Simplicidad.
2. Flexibilidad.
3. Aceptabilidad.
4. Sensibilidad.
5. Valor Predictivo Positivo.
6. Representatividad.
7. Implementación Oportuna.

E. Descripción de los recursos (costos directos) utilizados para operar el sistema.

F. Conclusiones y Recomendaciones.

3.2 SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y MALTRATO INFANTIL EN EL DISTRITO CAPITAL. (44)

El direccionamiento dado por el Ministerio de Salud en la Guía de Atención del menor maltratado, tiene como objetivo general “Detectar oportunamente el maltrato infantil y brindar un tratamiento integral que disminuya las secuelas y la muerte”⁽³⁸⁾.

En el Distrito capital se propone un sistema que permita fortalecer los lazos entre entidades públicas y privadas no solo del sector de la salud sino de otros sectores que atienden y conocen estas situaciones para funcionar a manera de una Red de Entidades Centinela notificadoras que contribuya a la disminución del subregistro de estos casos.

Red de Entidades Centinela- “ La vigilancia epidemiológica a partir de entidades centinela es aquella en la que solamente participan algunas instituciones y/o comunidades que por sus características particulares pueden recibir casos de eventos específicos. También tiene que ver con la vigilancia de un evento

trazador para un grupo de eventos relacionados con el diagnóstico o asociados a los mismos factores de riesgo". (43)

Los eventos a vigilar comprenden todo el conjunto de casos de violencia intrafamiliar general y la soportada por grupos vulnerables como mujeres, ancianos, discapacitados y menores en el medio extrafamiliar pero no los sucedidos por atracos u otros tipos de violencia común.

Procedimiento de notificación (44)

- Diligenciamiento de la ficha de registro: cada entidad debe definir internamente quien es la persona responsable en el Diligenciamiento de la ficha de registro.
- Recolección de fichas de registro diligenciadas: cada entidad debe designar una persona u oficina específica que centralice la recolección de las fichas de registro.
- Remisión: cada quince días las fichas de registro recolectadas deben ser remitidas a la SDS al Area de Vigilancia en Salud, el primer y tercer martes de cada mes.
- Acompañamiento y Asistencia Técnica: la SDS se compromete a brindar acompañamiento y asistencia técnica a las unidades notificadoras.

4. METODOLOGIA

4.1 Diseño

Se practico una evaluación administrativa de programa desarrollada bajo los parámetros del CDC de Atlanta expresados en la MMWR (39), mencionados en el capítulo de Evaluación de los sistemas de Vigilancia Epidemiológica. En el marco teórico hemos expresado ampliamente la importancia del evento bajo vigilancia y la descripción de la red. Para determinar el nivel de utilidad y los atributos del sistema se recopilaron datos del funcionamiento de la red. Se realizo un estudio descriptivo llevado a cabo mediante una entrevista estructurada aplicada a los funcionarios asistentes a la Red del Buen trato de la localidad de Kennedy, en la cual se determinaron los conocimientos de los entrevistados acerca del funcionamiento de la red y los atributos de esta.

Posteriormente, se realizo un análisis de la base de datos de la Secretaria Distrital de Salud de Santa fe de Bogotá correspondiente a todos los casos de violencia intrafamiliar reportados desde enero de 1998 hasta julio de 1999 con el fin de determinar los casos de maltrato infantil reportados durante el primer semestre de 1999.

4.2 Evaluación

Los diferentes atributos del sistema de vigilancia epidemiológica que se evaluaron durante este trabajo son:

1. Importancia del maltrato infantil como problema de salud pública.
2. Objetivos y utilidad de la red del Buen trato.
3. Operatividad del Sistema y atributos cualitativos (simplicidad, flexibilidad y aceptabilidad)
4. Atributos cuantitativos (sensibilidad, valor predictivo positivo, representatividad y oportunidad).
5. Costo.

Se utilizó como documento guía la normatización dada por el CDC de Atlanta para la Evaluación de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica (MMWR Mayo 1988).

IMPORTANCIA DEL MALTRATO INFANTIL PARA LA SALUD PUBLICA

El maltrato Infantil como evento de salud pública tiene gran relevancia según se determinó en el análisis realizado en el numeral 2.1.2 del presente trabajo.

DESCRIPCION DE LA RED DEL BUEN TRATO DE KENNEDY.

Objetivos

Los objetivos de la Red del Buen trato fueron descritos con detalle en el numeral 2.1.6.1. Estos fueron proporcionados por la Red del Buen Trato de la localidad de Kennedy.

Descripción de los eventos de salud bajo vigilancia

La población bajo vigilancia corresponde a los menores de 18 años hombres y mujeres habitantes de la localidad octava (aproximadamente 347.972 habitantes que corresponden al 42.3% de la población total).

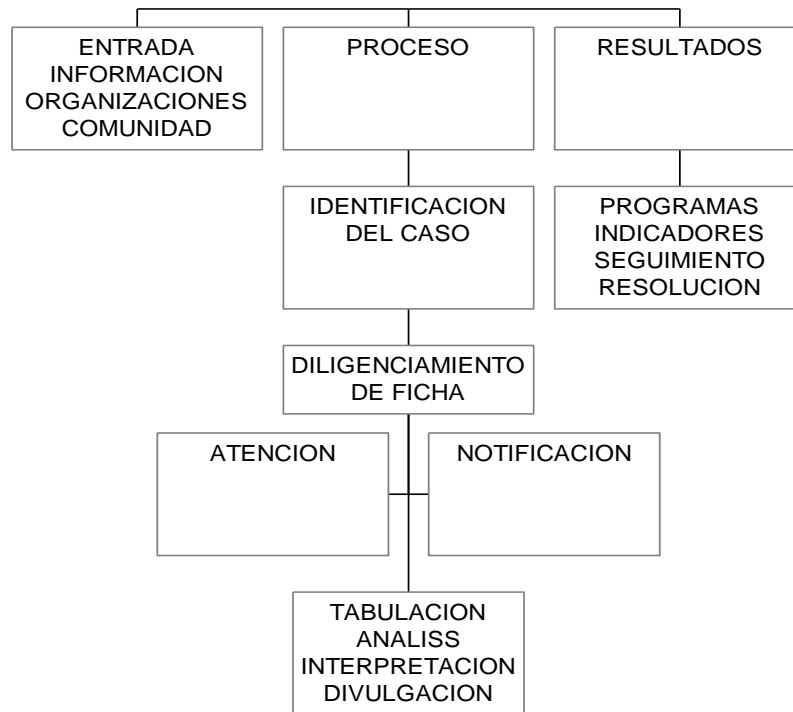
El periodo que se va a evaluar corresponde al primer semestre de 1.999.

Definiciones operativas (Propuesta de un sistema de Vigilancia Epidemiológica de Maltrato al Menor. Barbosa M Z.)

Caso probable: Todo menor de 18 años en quien se identifiquen signos o síntomas físicos o emocionales presumiblemente relacionados con maltrato físico, emocional, económico, abandono, negligencia o maltrato sexual según definiciones.

Caso confirmado: Caso probable en quien se confirme relación directa entre signos y síntomas físicos o emocionales con maltrato físico, emocional, económico, abandono, negligencia o maltrato sexual según definiciones.

Flujograma de información



UTILIDAD:

La utilidad de la información obtenida por la Red del Buen Trato a través del sistema de vigilancia se comentara en los capítulos de Resultados y Discusión.

4.3 Procedimientos

El día 19 de Agosto de 1999 en la reunión de la Red del Buen Trato de la localidad de Kennedy se aplicó una encuesta a los funcionarios asistentes, consistente en 20 preguntas subdivididas en tres temas: identificación, conocimiento y funcionamiento de la Red.

POBLACION :

Representantes de cada institución ante la Red del Buen Trato que asistieron a la reunión el día 17 de agosto 1999.

- Instituto colombiano de Bienestar Familiar (I.C.B.F.) oriental y occidental.
- Hospital de Kennedy I y III nivel.
- Instituto Nacional de enseñanza Media (I.N.E.M.) Kennedy.
- U.C.P.I.
- Seguro Social (C.A.A. Kennedy y La Alqueria).
- I.P.S. CAFAM
- Junta Administradora Local
- Liga Asociación de Padres de Familia
- Secretaria de Educación
- Policía Nacional
- Dirección Local de Salud
- Asociación de Madres Comunitarias
- Departamento Administrativo de Bienestar Social (D.A.B.S.)
- C.A.F.
- F.U.M.

El periodo que se evaluó corresponde al primer semestre de 1.999. Se determino el conocimiento que poseían los representantes de cada institución participantes en la reunión de la Red del Buen Trato de la localidad octava del mes de agosto de 1999, acerca de los procesos de notificación de casos en cada institución.

Las preguntas fueron de dos modalidades: abiertas y de escogencia múltiple. Los encuestados respondieron en un lapso de 30 minutos al inicio de la reunión.

El análisis de los resultados de las 21 encuestas se llevo a cabo mediante una tabla de Microsoft Excel 97 y algunos datos estadísticos en una base de Epi Info.

Durante los meses de Mayo y Junio del 2000 se tuvo acceso a la base de datos general de los casos de Violencia Intrafamiliar de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, correspondientes al año 1998 y al primer semestre de 1999, también procesada en Epi Info.

5. PLAN DE ANALISIS:

OBJETIVO	VARIABLES	MEDICIONES
<p>Describir la Red del Buen Trato al Menor en funcionamiento en la Localidad de Kennedy, Santafé de Bogotá, durante el primer semestre de 1999.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instituciones Participantes • Caracterización de Funciones. • Objetivos. • Operativización a nivel Interno. 	<ul style="list-style-type: none"> • Numero de Instituciones Inscritas en la Red que asisten con regularidad a las reuniones. • Funciones asignadas y actividades desarrolladas por cada Institución .
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el número de casos reportados y su respectivo seguimiento redundante en la disminución de la morbimortalidad por maltrato infantil 	<ul style="list-style-type: none"> • Numero de Casos reportados a la Red Distrital de Vigilancia Epidemiológica para maltrato Infantil y Violencia Intrafamiliar. • Examinar Políticas y Planes propuestos por la Red del Buen trato de la localidad Octava que se hallan basado en la Infamación Obtenida de la Incidencia de los diferentes tipos de maltrato encontrados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores de funcionamiento de la red. • Casos reportados a la red. • Incidencia y prevalencia de los casos reportados. • Sensibilidad. • V.P.P.
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar las estrategias para la 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los procesos llevados a cabo por cada 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento del funcionamiento de la

<p>Identificación. Referencia y contrarreferencia del menor maltratado en las entidades de la Red del Buen Trato de la localidad Octava.</p>	<p>institución para la notificación de casos.</p>	<p>red de Buen Trato al Menor de los funcionarios de esta.</p>
--	---	--

6. RESULTADOS

Los funcionarios de la Red del Buen Trato de la Localidad de Kennedy son un grupo heterogéneo en cuanto a sus cargos; de los veintiún funcionarios asistentes 6 eran trabajadores sociales, 2 psicólogos, 2 sociólogos, 2 representantes de la comunidad, 3 educadores, 1 medico, 1 orientador, 1 coordinador de proyectos del DNI, 1 auxiliar de informática, 1 investigador social y 1 no respondió la pregunta.

Con respecto al numero de reuniones a las cuales asistieron los funcionarios en el semestre comprendido de Marzo a Agosto de 1999; se encuentra que a las seis reuniones asistieron 7 funcionarios (33.33%), a cinco reuniones asistieron 3 funcionarios (14.28%), a 4 reuniones asistieron 3 funcionarios (14.28%), 2 funcionarios (9.52%) fueron a tres reuniones, a dos reuniones asistieron 2 funcionarios (9.52%), dos funcionarios asistieron a una reunión que fue la reunión evaluada (9.52%), uno de los funcionarios respondió 0 (4.76%) y un funcionario (4.76%) no respondió.

Al indagar acerca del papel desempeñado por los funcionarios encuestados en la reunión del día 19 de agosto de 1999, del total de 21; 12 (57.14%) eran los representantes oficiales de las respectivas instituciones y 9 (42.86%) eran suplentes.

La forma como recibieron información acerca del funcionamiento de la Red fue incompleta o mediante un método no oficial en el 40% (8) de los casos. El 20% (4) de los funcionarios manifestaron tener un conocimiento completo de su actividad, el 80% (16) restante manifestaron poseer un conocimiento parcial, incompleto o nulo acerca del funcionamiento de la Red.

El aspecto en el que se encontró mayor déficit de conocimiento reportado por los encuestados fue acerca de los sistemas de vigilancia epidemiológica 55%(11) y acerca del seguimiento y retroalimentación de la información obtenida 55%(11). Los temas en los cuales los funcionarios se sintieron mejor capacitados fueron las características de identificación de los diversos tipos de maltrato infantil y las conductas inmediatas a seguir después de detectado el caso con un 5%(1) y 15% (3) de desconocimiento respectivamente.

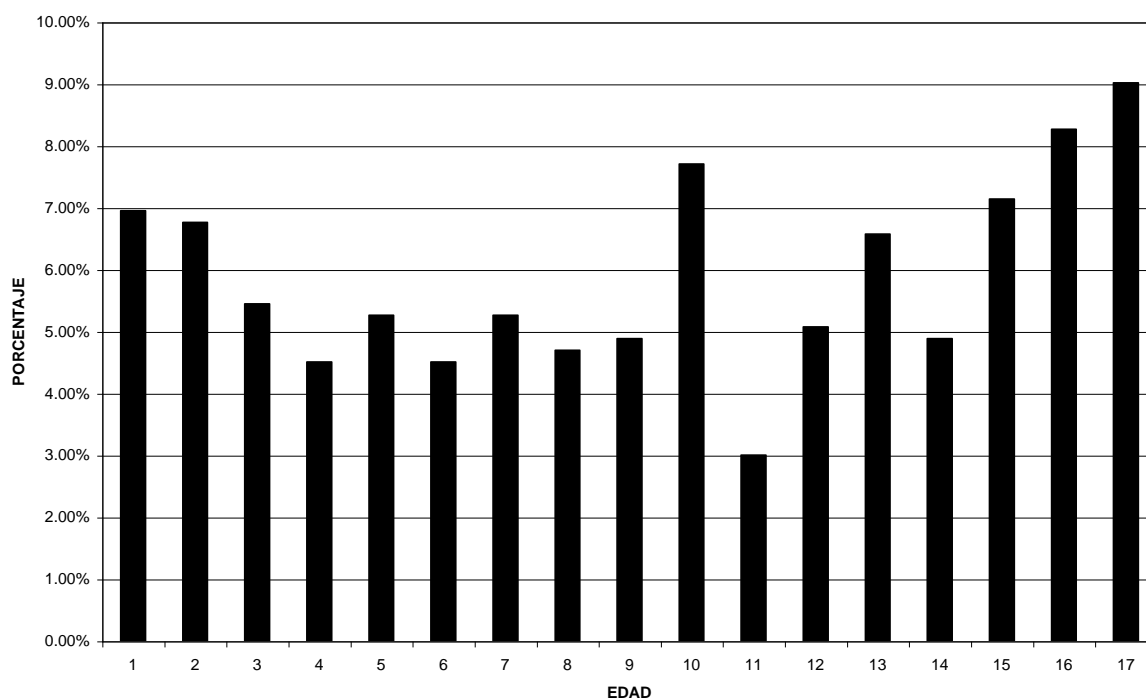
En cuanto los casos reportados el 76.2%(16) desconocían la cifra de casos reportados en el semestre analizado. El 10% (2) de los encuestados afirmaron no haber reportado casos durante el semestre. Siete (35%) de ellos respondieron saber de aproximadamente 40 reportes en total que habían hecho las organizaciones a las cuales representaban con un promedio de tres casos por reporte.

Acerca del lugar al cual deberían reportar los casos el 50%(10) desconocían este destino. El 30% respondió que se debía reportar a la comisaria de familia y el 20% (4) que se debían reportar al ICBF.

Al revisar la información general de la secretaria Distrital de Salud para los casos de Maltrato Infantil correspondientes al mismo periodo para la Localidad Octava se encontraron los siguientes resultados:

- ◆ La distribución de casos por grupo de edad de los 532 casos presentados en Santafé de Bogotá en el primer semestre de 1999 es proporcionalmente igual para todas las edades con una leve tendencia a aumentar en los mayores de 14 años, sin que esta sea estadísticamente significativa.

Figura No. 2. Distribucion de los Casos de Maltrato Infantil por Edad, Santa fe de Bogota, enero - junio, 1999



- ◆ En el mismo periodo se reportaron 10 casos a la Secretaria Distrital de Salud de menores habitantes de la localidad de Kennedy, correspondiendo al 1.9% de los casos reportados.

◆ Los casos de los menores de la localidad de Kennedy fueron reportados por las siguientes instituciones que no pertenecen ni a la localidad ni a la Red del Buen Trato local:

- ICBF Bosa.
- Comisaria 12a.
- Hospital Pablo VI Bosa.
- Centro Infantil Colsubsidio.
- Casa Sarita Club Michin.
- Comisaria 3a.
- CAMI San Jorge.
- Hospital El Guavio

◆ De los diez casos reportados cinco fueron menores de cinco años.

◆ No se pueden evaluar los atributos del sistema ya que no hay casos reportados por ninguna entidad de las que conforma la Red del Buen Trato de la Localidad Octava.

- ◆ La mitad de los casos de maltrato infantil de Santafé de Bogotá es reportada por la Comisaria de Familia numero 12 de Barrios Unidos.

- ◆ La Comisaria de Familia de la Localidad de Kennedy no reporto ningún caso de maltrato infantil durante el primer semestre de 1999.

7. DISCUSIÓN

El trabajo en Red se ha instituido como una estrategia de abordaje interinstitucional para problemas de origen multifactorial. La Secretaria Distrital de Salud (SDS), propone un Sistema de Vigilancia que permita que las entidades públicas y privadas de salud y de otros sectores en contacto directo con la problemática, operen a manera de *red de entidades notificadoras* logrando así un adecuado manejo de la información de maltrato infantil y los demás problemas de violencia intrafamiliar. (43)

Para el momento de la evaluación los funcionarios asistentes a la reunión de la Red del Buen Trato de la localidad de Kennedy, desconocían del funcionamiento de la Red de Vigilancia Epidemiológica al maltrato infantil y a la violencia Intrafamiliar de la SDS que para entonces ya se encontraba en marcha.

Encontramos que de los veintiún funcionarios encuestados, el 35%(7) de ellos respondieron saber de aproximadamente 40 reportes que habían hecho las organizaciones a las cuales representaban con un promedio de tres casos por reporte.

Esta información contrasta con la información obtenida en la reunión de la Red del Buen Trato de la localidad octava de Kennedy, realizada el día 10 de Junio de 1.999 en donde se presentó un informe de la Dra. Jenny Trujillo funcionaria de la Secretaria Distrital de Salud quien informó que al día 31 de Mayo de 1.999 no existía ningún caso de maltrato infantil ni violencia Intrafamiliar reportado a la Red de Vigilancia Epidemiológica de maltrato Infantil y Violencia Intrafamiliar Distrital.

(18)

Además, en el análisis de la base de datos que posee la secretaria Distrital de Salud se encontraron solo ocho casos reportados de maltrato infantil de menores de la localidad, los cuales fueron hechos por entes de otras localidades no pertenecientes a la Red del Buen Trato, como se menciona en el capítulo 7. (45)

Entre las posibles razones de este resultado están o que no se respondió con la verdad o las fichas epidemiológicas si se están diligenciando pero no se están remitiendo al Area de Vigilancia en Salud de la Secretaria Distrital de Salud. Esto se puede confirmar al analizar el punto de la encuesta que cuestiona a los funcionarios acerca del sitio hacia el cual se debe hacer el reporte y en donde se encontró que el 47.6% de los funcionarios no contestaron la pregunta y entre las respuestas obtenidas se mencionaron Comisaria de Familia, ICBF, Medicina Legal y la Defensoria del Pueblo

La encuesta presentaba algunas debilidades, por ejemplo, en algunas preguntas no se hizo la suficiente claridad acerca del dato específico que se solicitó. Los entrevistados tuvieron que solicitar aclaración durante el diligenciamiento de la encuesta. En la pregunta tres que no se aclara si solicita información referente a los meses de enero a junio (primer semestre de 1999) o marzo a agosto (seis meses anteriores) .

En las preguntas 9, 10 y 11 no hubo claridad acerca de la diferencia en que la institución fuera receptora o remitente de información acerca de casos y el número de casos reportados en cada notificación.

Las preguntas 19 y 20 se refieren a una percepción personal y son difíciles de cuantificar objetivamente.

8. CONCLUSIONES

- La Red del Buen Trato de la localidad Octava no funciona para el momento de la evaluación, como parte operativa del Sistema de Vigilancia Epidemiológica a la Violencia Intrafamiliar, Violencia contra las mujeres y Maltrato Infantil que promueve la Secretaria Distrital de Salud de Santafé de Bogotá.
- La Red del Buen Trato de la Localidad Octava es un "*Tejido Social*" que cuenta con la participación de diversos grupos de la localidad y funciona como un acuerdo de voluntades institucionales. Esta organiza y realiza actividades para el fomento y la promoción del buen trato a nivel comunitario.
- Para el momento de la evaluación no existe conocimiento claro de los objetivos y el funcionamiento del Sistema de Vigilancia Epidemiológica al Maltrato Infantil y la Violencia Intrafamiliar Distrital.
- Los funcionarios de la Red del Buen trato de la localidad no conocen el formulario de notificación ni las instrucciones para su diligenciamiento. Tampoco conocen el sistema de notificación de los casos.

- Las personas encargadas en cada organismo de hacer la notificación no son las mismas que asisten a las reuniones de la Red por lo cual no existe una comunicación ni retroalimentación adecuada de los temas que se tratan en las reuniones.
- Los datos recopilados por las diferentes entidades de la Red acerca de los casos de maltrato infantil, no se reportaron a la central de información de la Red del Buen Trato, ni al Área de Vigilancia en Salud de la Secretaría Distrital de Salud. Esta información se omitió en la toma de decisiones y planeación de actividades para prevenir este problema.

9. RECOMENDACIONES

Con el presente estudio se evidencia que existe voluntad de las diferentes instituciones de participar en la Red, lo cual favorece la implementación de un sistema de información que permita a cada una de ellas constituirse como entidad centinela en la vigilancia del maltrato infantil y la violencia intrafamiliar.

Este proceso debe ser liderado por la Secretaría Distrital de Salud y debe estar unificado para todas las localidades de manera que se logre mayor impacto en las acciones de prevención y atención para este problema.

Los funcionarios participantes de las reuniones de la Red deberán ser en lo posible personas en contacto directo con los casos de identificados en cada institución, y ser multiplicadores en su entidad de la información emitida en cada reunión.

BIBLIOGRAFIA

1. Acosta, D. El Maltrato Infantil Temas de Pediatría No.158.
2. Aptekar. L.1989. Colombian Street Children: Gamines y Chupagruesos. *Adolescence* 24:783-794
3. Arias, M. 1996. Derechos Humanos de la Mujer, del niño, y del Adolescente.
4. Barbosa, M. Z. 1999. Propuesta de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Maltrato al Menor. *Localidad 19 Epidemiología*.
5. Beckwith, C., A. Fisher. 1999. La Iniciacion de los Masai. *National Geographic* 5(3):52-65.
6. Boletin Epidemiologico Distrital. 1999. Secretaria Distrital de Salud Volumen 4 No. 9.
7. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. 1988. República de Colombia. Volumen 3, No.4
8. Conferencia presidencial para los derechos humanos.1993. Biblioteca básica No. 6 De. Kempe Ltda.
9. Cárdenas, H.1997. Violencia Intrafamiliar Instrucciones Legales. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
10. Constitución Política de Colombia. 1991.
11. Cuadros, I. 1997. El maltrato infantil en Colombia Alternativas de Solución. 1997.

12. Day, R. A. 1996. Cómo escribir y publicar trabajos científicos. Washington DC: Organización Panamericana de la salud.
13. De Paul, J. 1997. Conferencia Factores de riesgo y factores protectores en el maltrato infantil. Presentada en el II Congreso Iberoamericano de Prevención y Atención del maltrato infantil. Cartagena.
14. Defensoría del Pueblo. 1994. Guía para el Diligenciamiento del Formulario Único Nacional Notificación Obligatoria.
15. Defensoría del Pueblo. 1988. La Niñez y sus Derechos. Boletín 4.
16. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. 1996. Protocolos de Vigilancia Epidemiológica.
17. Diagnóstico Local. 1998 Dirección Local Kennedy.
18. Documento Redes del Buen Trato al Menor. 1998. Localidad Octava.
19. Documento 30/30, Instituto Nacional de Salud.
20. Egeland, B., Jacobitz, D. y Sroufe, L.A. Breaking the cycle of abuse. Child Development, 59, 1080-1088. 1988 Citado por De Paul, J. En II Congreso Iberoamericano de Prevención y Atención del maltrato infantil. 1997 Cartagena, Colombia.
21. El Alba de la Civilización. 1967. Editorial Printer Colombiana.
22. Estudio Prospectivo de Salud, Corporación Misión Siglo XXI. Tercer Mundo Editores.

22. El drama de la niñez maltratada en Colombia. 1993. Asociación Colombiana del menor maltratado.
23. Famularo , R., Stone K., Barnum, R. y Wharton, R. Alcoholism and severe child maltreatment. 1996. Am J. Orthopsych., 56, 481-485. Citado por De Paúl, J. En II Congreso Iberoamericano de Prevención y Atención del maltrato infantil. 1997. Cartagena, Colombia.
24. Florez J., Mazuera M.E. 1991. Curso Modular de Epidemiología Básica. Facultad Nacional de Salud Publica, Universidad de Antioquia. Organización Panamericana de la Salud.
25. Franco S. Violence and Health in Colombia. 1997. Pan Am J Public Health 2(3).
26. Greenberg R., Eley J., Boring J. 1995 Epidemiología Médica.
27. Hospital la Misericordia. 1990. Estudio sobre maltrato infantil.
28. Hunter, R. y Kilstrom, N. Breaking the cycle of abusive families. Am.J. Psychiatry, 136, 1320-1322. 1979. Citado por De Paúl, J. En II Congreso Iberoamericano de Prevención y Atención del maltrato infantil. 1997 Cartagena, Colombia.
29. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Centro de Referencia Nacional de Violencia. Boletín CRNV. Volumen 4, No 2 Febrero de 1998, República de Colombia.
30. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Grupo de Estadística. Medicina Legal en Cifras, Enero - Diciembre de 1998.
31. Kaufman, J. Y Zingler, E. Do abused children become abusive parents ?, Am. J. Orthopsych. 1987. Citado por De Paúl, J. En II Congreso Iberoamericano de Prevención y Atención del maltrato infantil. 1997 Cartagena, Colombia.

32. Klevens, J. Lesiones de Causa Externa: Factores de Riesgo y Medidas de Prevención 1997: 37-55
33. Korbin, J. Etiología del abuso y negligencia contra los niños. Londres 1981. Citado por Mejía S. en Investigación sobre maltrato infantil en Colombia. 1997.
34. Londoño, A. Y Rueda, R. Las Redes de Promoción del buen trato, Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar. 1998. Lecciones para fortalecer las Redes de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar. Modulo 1.
35. Londoño, A. Quehacer de las Redes en la atención y prevención de la Violencia Intrafamiliar. 1998 Lecciones para fortalecer las Redes de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar. Modulo 5.
36. Mejía. S. Investigación sobre el maltrato Infantil en Colombia. 1997 Estado del Arte.
37. Ministerio de Salud de Colombia. 1997 La carga de la enfermedad en Colombia.
38. Ministerio de Salud de Colombia. 1997 Documento MARCO para el desarrollo de acciones contra el maltrato infantil.
39. Ministerio de Salud. 1995 Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de sustancias Psicoactivas. Colombia 1993; Bogotá: Editorial Cra 7.
40. Guía de Atención del menor maltratado. 2000 Ministerio de Salud. Acuerdo 117.
41. Pautas para la Evaluación de los Sistemas de Vigilancia. 1988 Morbidity and Mortality Week Report of CDC Atlanta Georgia. Departamento de Salud y

Servicios Humanos de los EE.UU. Servicio de Salud Pública. Vol.37 No.S-5. Mayo.

42. Resolución número 1244 del 18 de Marzo de 1994.

43. Rueda, R. Mejoramiento de la calidad en las Redes de Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar. 1998 Lecciones para fortalecer las Redes de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar. Módulo 6.

44. UNICEF Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Maltrato Infantil. URL: <http://www.unicef.org/>.

43. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. 1997. La notificación dentro del proceso de vigilancia epidemiológica. Segunda edición; p 8.

44. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá 1999 Sistema de Vigilancia Epidemiológica a la Violencia Intrafamiliar, Violencia contra las Mujeres y Maltrato Infantil en el Distrito Capital. Documento localidad 4.

45. Secretaría Distrital de Salud 2000. Base de Datos de reportes de casos Violencia Intrafamiliar 1988 –1999. [medio magnético].

46. Teutch, J. 1997. Public Health Surveillance.

ANEXOS

MANUAL PARA LA DETECCION DE LOS CASOS DE MALTRATO EN LA NIÑEZ

Save the Children.

DETECCION:

1. Actuación de los Padres.
 - a. Relatan Historia Contradictoria e Incoherente que no explica la lesión o lesiones que presenta el niño.
 - b. Reacios a dar la Información solicitada.
 - c. Demora Injustificada en la búsqueda de la Atención Médica.
 - d. Reflejan actitud de descuido, desapego o excesivo mimo con el niño/a.

FACTORES DE RIESGO:

1. Historia de los padres con antecedentes de privación psicoafectiva y/o el maltrato en la infancia.
2. Percepción negativa del niño/a por parte del padre o cuidador.
3. Crisis Familiares; de relaciones y/o económica.
4. Aislamiento de la familia de los sistemas de apoyo
5. Abuso de Alcohol y Drogadicción.
6. Familias en las cuales la violencia corporal es aceptada e incuestionada como practica cultural y considerada como la forma normal de las interacciones y de la resolución de conflictos.
7. Enfermedades o deterioro, tanto de la salud física como mental de algunos de los padres o cuidadores.
8. Padres adolescentes.
9. Incapacidad de los adultos para detectar las necesidades de los niños/as y no son capaces de comprender las limitaciones de sus capacidades.

SEÑALES FISICAS DEL MALTRATO EN LOS NIÑOS: Si se presentan estos signos, se debe investigar hospitalizaciones previas y accidentes repetidos.

1. Hematomas o contusiones en diferentes estados de cicatrización marcas y señales de golpizas en cara, labios, nariz, brazos, pierna, tronco o nalgas. golpes en los dos ojos o en las dos mejillas.
2. Hematomas subdurales
3. Cicatrices que muestren los objetos con los que fueron golpeados como señales de látigo, correas, hebillas, cables, etc.
4. Marcas permanentes como tatuajes.
5. Laceraciones y/o abrasiones en la nariz, labios, en cejas, ojos, genitales externos, brazos, piernas, nalgas o tronco.
6. Cicatrices o quemaduras con cigarrillo, especialmente en las palmas de las manos, pies, espalda o nalgas.
7. Quemaduras o cicatrices con objetos como planchas eléctricas en brazos, piernas o en el torso.
8. Cicatrices o marcas de lazos o sogas en muñecas y tobillos.
9. Quemaduras por inmersión en líquidos hirvientes, agua u otro en los pies o las manos, genitales o nalgas.
10. Fractura mal cicatrizada, frecuente y no tratada.
11. Fractura de huesos largos, de nariz, maxilares y craneana en bebés menores de un año.
12. Ausencia de cabello en algunas partes de la cabeza, hemorragia del cuero cabelludo o frecuentes “chichones”.
13. Hemorragia en la retina.
14. Ojos amoratados.
15. Fracturas nasales o desviación del tabique.
16. Fracturas dentales o hematomas en la cavidad bucal.
17. Dislocación de codo o de hombro.

SEÑALES EMOCIONALES DE MALTRATO

1. Angustia marcada ante el llanto de otros niños.
2. Agresividad y negativismo.
3. Miedo de ir a la casa o a la escuela.
4. Miedo a los padres o a los adultos.
5. demasiada movilidad.
6. Excesiva quietud.
7. Hábitos desordenados.
8. Tartamudez.
9. Comerse las uñas.
10. Tics.
11. Hipocondrías, miedos o fobias.
12. Falta de actividad explorativa.
13. Rechazo a recibir ayuda.
14. Intentos de suicidio.

SEÑALES FISICAS DE ABANDONO

1. Recién nacido con señales positivas de droga.
2. Retardo del desarrollo psicomotor.
3. Retardo selectivo del desarrollo.
4. Hambre permanente.
5. Llanto injustificado.
6. Trastornos o retardo del habla.
7. Higiene personal inadecuada.
8. Vestidos inadecuados al tamaño o al clima.
9. Ausencia de cuidados médicos.
10. Inadecuada supervisión.

OTRAS SEÑALES

1. Fatiga crónica.
2. Hábitos inadecuados, comerse las uñas, chuparse los dedos después de los diez años, rascarse hasta arrancarse la piel, tics, tartamudeos.
3. Frecuentes ausencias o llegadas tarde a la escuela.
4. Hipocondría.
5. Cambios de comportamiento con tendencia agresiva o de aislamiento.
6. Retardo en el desarrollo mental y emocional.
7. Uso de alcohol y drogas.

ABUSO SEXUAL

Indicadores habituales:

En el 75% de los casos no hay evidencia de trauma físico o de enfermedades sexualmente transmisibles existentes.

1. Dificultad para caminar o sentarse.
2. Dolor, hinchazón o comezón en el área genital.
3. Manchas de líquidos como flujo en la ropa interior.
4. Contusiones y sangrado en las áreas genital externa, vaginal o anal.
5. Enfermedades de transmisión sexual, VIH positivo.
6. Dolor al orinar o infecciones urinarias repetitivas.
7. Cuerpos extraños en la vagina o en el recto.
8. Embarazos Prematuros.

VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICION	MEDIDA
1. IDENTIFICACION	Organización publica, privada o comunitaria participante en la Red.	Nombre del Organismo Cargo del Funcionario Representante
2. CONOCIMIENTO	Tipo de Información que poseen los funcionarios de la Red. Flujo de la Información hacia arriba y hacia abajo. Mecanismo de transferencia de Información	Capacitación recibida, Compromiso con la Red, Actividad que desempeña en la Red.
3. FUNCIONAMIENTO	Operativización de las actividades de Notificación y seguimiento de los casos	Frecuencia de los reportes y seguimiento. Calidad de los reportes Entidad de Salud Publica a la cual se notifica, Medio de transferencia de información de un nivel a otro. Utilización de Ficha Epidemiológica.
4. ATRIBUTOS CUALITATIVOS Y CUANTITATIVOS	Simplicidad Flexibilidad Aceptabilidad Sensibilidad Valor Predictivo Representatividad Oportunidad	.

MANUAL DE CODIFICACION DE VARIABLES :

OBJETIVO EESPECIFICO	ESCALA DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	CODIGO
IDENTIFICACION	TIPO DE INSTITUCION	NOMINAL	INSTITUCION DE LA RED	
IDENTIFICACION	CARGO DEL FUNCIONARIO	NOMINAL	OCUPACION DEL FUNCIONARIO	a.MEDICO b.ODONTOLOGO c.TRABAJADOR SOCIAL d.ENFERMERA e.REPRESENTANTE DE LA COMUNIDAD f.PSICOLOGO g.OTRO CUAL
CONOCIMIENTO	ASISTENCIA A REUNIONES	NUMERICA	NUMERO DE REUNIONES ALAS QUE ASISTIO	#
CONOCIMIENTO	PAPEL QUE DESEMPEÑA	NOMINAL	COMPROMISO FRENTE ALA RED	a.REPRESENTANTE OFICIAL b.SUPLETE
CONOCIMIENTO	FUNCION EN LA RED	NOMINAL	ACTIVIDAD QUE DESEMPEÑA EN LA RED	
CONOCIMIENTO	CAPACITACION	NOMINAL	INFORMACION RECIBIDA ACERCA DEL FUNCIONAMIENT O DE LA RED	a. CONFERENCIA b. BTALLERES DE PARTICIPACION c. c. C.DOCUMENTO ESCRITO d.OTRO. e.NINGUNO
CONOCIMIENTO	PERCEPCION SUJETIVA	NOMINAL	COMO SE SIENTE RESPECTO AL CONOCIMIENTO QUE POSEE DE LA RED	a.INFORMADO COMPLETAMENTE b. PARCIALMENTE c.INFORMACION GENERAL d.VACIOS EN LA INFORMACION

CONOCIMIENTO	FALENCIAS EN CONOCIMIENTO	NOMINAL	ASPECTOS QUE LE FALTA CONOCER	a.IDENTIFICACION DE CASOS DE MALTRATO b.FORMATO DE NOTIFICACION c.A QUIEN INFORMAR d.CONDUCTA INMEDIATA e.SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA f.RETROALIMENTACION
FUNCIONAMIENTO	CANTIDAD DE PACIENTES REPORTADOS A SU INSTITUCION	NUMERICA	NUMERO DE PACIENTES QUE FUERON REPORTADOS A SU INSTITUCION EN LOS ULTIMOS 6 MESES	#
FUNCIONAMIENTO	CANTIDAD DE NOTIFICACIONES HECHAS POR LA INSTITUCION	NUMERICA	CANTIDAD DE NOTIFICACIONES HECHAS POR LA INSTITUCION EN LOS ULTIMOS 6 MESES.	#
FUNCIONAMIENTO	NUMERO DE CASOS REPORTADOS EN CADA NOTIFICACION	NUMERICA	NUMERO DE CASOS REPORTADOS EN CADA NOTIFICACION	#
FUNCIONAMIENTO	A QUIEN SE REPORTARON LOS CASOS	NOMINAL	INSTITUCION DE LA RED A LA CUAL SE REPORTARON LOS CASOS DE MALTRATO INFANTIL	

FUNCIONAMIENTO	MEDIO DE COMUNICACIÓN UTILIZADO	NOMINAL	MEDIO DE COMUNICACIÓN UTILIZADO PARA EL REPORTE DE LOS CASOS	a.TELEFONICAMENTE b.PERSONALMENTE c.CORREO ORDINARIO d.VIA FAX e.CORREO ELECTRONICO
FUNCIONAMIENTO	CONOCIMIENTO SOBRE FORMATO DE REPORTE	NOMINAL	CONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA DE UN FORMATO PARA LA NOTIFICACION DE CASOS	a.SI b. NO
FUNCIONAMIENTO	CONFIRMACION DE RECEPCION EL REPORTE PARA SEGUIMIENTO DEL CASO	NOMINAL	CONFIRMACION DEL RECEPCION DEL REPORTE DE CASOS	a.TODAS LAS OCACIONES b.ALGUNAS OCACIONES c.NINGUNA OCACION
FUNCIONAMIENTO	RAPIDEZ EN LA NOTIFICACION	NOMINAL	TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA IDENTIFICACION Y LA NOTIFICACION DE LOS CASOS	a.INMEDIATO b.DE 24 A 72 HORAS c.ENTRE CUATRO Y SIETE DIAS d.ENTRE UNA Y DOS SEMANAS e. MAYOR DE DOS SEMANAS
FUNCIONAMIENTO	SEGUIMIENTO DE CASOS	NOMINAL	NUMERO DE CASOS REPORTADOS DE LOS CUALES SE REALIZO SEGUIMIENTO	#

FUNCIONAMIENTO	MANEJO DE LOS CASOS	NOMINAL	CAUSA POR LA CUAL NO SE REPORTARON LOS CASOS IDENTIFICADOS	a. MANEJO INTERNO b.CASO NO CONFIRMADO c.DESCONOCIMIENTO DE LA ENTIDAD A LA CUAL SE DEBE INFORMAR d.LA ENTIDAD A LA QUE SE NOTIFICO EL CASO CORRESPONDE AL ORGANISMO SUPERIOR DE NOTIFICACION
FUNCIONAMIENTO	PERCEPCION DE EXISTENCIA DE CASOS SIN IDENTIFICACION	NOMINAL	CASOS DE MALTRATO INFANTIL QUE INGRESARON A LA INSTITUCION Y NO SE IDENTIFICARON	a. SI b. NO
FUNCIONAMIENTO	CONOCIMIENTO DE ESTA SITUACION	NOMINAL	MEDIO POR EL CUAL OBTUVO ESTA INFORMACION	a.RUMORES b.INFORMACION VERBAL TARDIA.