

Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia
revfnsp@caribe.udea.edu.co
ISSN (Versión impresa): 0120-386X
COLOMBIA

2004

Laura Alicia Laverde de B. / Priscila Ramírez G. / Vilma Restrepo R.
REVISIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LOS PROGRAMAS DE
VIGILANCIA DEL MALTRATO AL MENOR: ¿PROBLEMA DE GESTIÓN O DE
TECNOLOGÍA?

Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, enero-junio, año/vol. 22, número
001
Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia
pp. 129-138

Revisión del sistema de información para los programas de vigilancia del maltrato al menor: ¿problema de gestión o de tecnología?

Laura Alicia Laverde de B.¹
Priscila Ramírez G.²
Vilma Restrepo R.³

Resumen

Un problema como el del maltrato a los menores de edad atañe a la familia, la comunidad y al Estado. Ante la gravedad del hecho y de las secuelas que se derivan de él, la salud pública ha diseñado diversos sistemas de vigilancia intentando captar la magnitud del fenómeno y los factores asociados; sin embargo, los estudios han mostrado que no solo las herramientas tecnológicas dan como resultado una información oportuna y completa. En Antioquia se han puesto en operación, en los últimos cuatro años, dos sistemas de vigilancia para la violencia intrafamiliar: el primero de ellos se denomina Vivir y el segundo, Haz paz, propuesto por la Consejería Presidencial para la Política Social. En este artículo se especifican las necesidades de los sistemas de vigilancia desde la salud pública, se exponen los resultados de un estudio que caracterizó el sistema de información en la ciudad de Medellín en el

año 2001, y se discute cuáles son las posibles razones para que en la actualidad no se cuente con información suficiente para una adecuada planificación en salud pública. Se concluye que la responsabilidad de la vigilancia no puede dejarse en manos de unas instituciones y que la gestión del Estado es indispensable para que, a través de un trabajo en red, intersectorial e interinstitucional, la información obtenida permita orientar los programas de atención y prevención del maltrato al menor y evaluar sus beneficios.

Palabras clave

Maltrato a los niños; vigilancia epidemiológica, sistemas de información

- 1 Enfermera, magíster en salud pública y epidemiología, candidata a doctora en historia de la ciencia de la Universidad de Granada; profesora de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. E-mail: laverde@guajiros.udea.edu.co
- 2 Profesional en gerencia de sistemas de información en salud, gerente de sistemas de información alcaldía de San Francisco, Antioquia.
- 3 Médica, magíster en salud pública; coordinadora del área de comportamiento humano y salud; profesora de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

Recibido: 9 de octubre de 2003. Aceptado: 20 de mayo de 2004.

A review of the information system of the monitoring programs of mistreatment of children: a management or technology problem?

Abstract

The mistreatment of children is a problem that concerns the family, the community and the State. Because of the seriousness of this problem and its consequences, public health has implemented different monitoring systems to grasp the magnitude of the phenomenon and its associated factors. However, different studies have shown that not only technological skills can offer any complete and timely information. In the past four years, in the Antioquia region, two programs have been implemented to monitor the internal family violence: the first one is named Vivir, and the second one, Haz paz, which is an initiative of the Presidential Council for Social Policy. In this paper the needs of monitoring systems are reviewed from a public health perspective; the results of a study about the characteristics of the information system of Medellín in the year 2001 are exposed; and a discussion is held about which could be the possible reasons that can explain why there is not enough information for an adequate planning in public health. It is concluded that the responsibility of the monitoring task can not be solely ascribed to some institutions, and that the State intervention is essential, so the information obtained can direct the care and prevention programs related to the mistreatment of children through an intersectorial and interinstitutional network, and thus their benefits could be evaluated.

Key words

Child abuse; epidemiologic surveillance; information systems

Introducción

Antecedentes del problema

El maltrato al menor, aunque ha sido un problema presente en la historia y en la cultura de muchos países, comenzó a tener relevancia internacional cuando la asamblea general de la Organización de Naciones Unidas, en el año 1989, adoptó la convención de los derechos del niño, invitando a todos los países miembros a respetar y proteger los derechos humanos de los menores de edad. Aunque este ha sido uno de los convenios más ratificados por los gobiernos, aún falta concretar y desarrollar las medidas para prevenir y atender los nefastos efectos de este problema.¹

En 1999, la reunión de consulta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la prevención del maltrato al menor redactó la siguiente definición:

El maltrato o la vejación de menores abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia o explotación comercial o de otro tipo que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza y poder.²

Con base en esta definición, el Fondo Internacional de las Naciones Unidas para la Ayuda a la Infancia, Unicef, ha propuesto medidas para evitar el maltrato a los menores de edad y, en la región de las Américas, se ha definido que estos son

aquel segmento de la población conformado por niños, niñas y jóvenes hasta los 18 años que sufren ocasional o habitualmente, actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales. El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o trasgresión de los derechos individuales y colectivos e incluye el abandono completo o parcial.⁶

En Colombia, la Defensoría del Pueblo señala como un problema básico, en el estudio del maltrato al menor, la existencia de numerosas definiciones del concepto y destaca cómo en ellas pueden omitirse aspectos importantes, entre los cuales se encuentra el maltrato en la escuela. Lo anterior es relevante en Colombia si se considera que este es "un país de escuela en conflicto".⁷ La Defensoría ha identificado el marco legal en el que se inscriben todas aquellas instancias que consignan las directrices tendientes a proteger a los menores en el país:

la Constitución Política de 1991, especialmente en su Artículo 44, y el Código del Menor, en su Decreto 2737 de 1989, Artículos 3 y 13.⁷

El maltrato al menor es una las formas de violencia donde el agresor y la víctima se encuentran en una relación de desigualdad, generalmente determinada por papeles de autoridad, y la agresión se produce generalmente como forma de castigo legitimada por patrones de crianza determinados por la cultura. En ocasiones los niños, niñas y adolescentes que se ven en condiciones de maltrato abandonan sus hogares, enfrentándose desde muy temprana edad a situaciones de soledad, explotación económica, social y sexual, sin acceso a la educación y con poca orientación y apoyo de los adultos. También se ven expuestos a asumir papeles prematuros para su edad, como el de ser madres o padres precozmente, o a ejercer comportamientos violentos o delictivos, lo cual trae como consecuencia la destrucción del mismo tejido social del que son parte.

El maltrato o violencia contra los menores se ha estudiado principalmente por las formas como este se ejerce: el maltrato físico y psicológico, el abuso sexual, la agresión verbal, el maltrato emocional, el abuso económico, el descuido para atender sus necesidades en salud y educación, la posibilidad de ofrecerle asistencia sanitaria oportuna, la privación de alimentos, la protección de los peligros ambientales y, en forma poco visible, la negligencia y el abandono; todas estas formas de maltrato están condicionadas por algunos factores que dependen de la vulnerabilidad del menor ante la familia, el cuidador, la institución de protección y la escuela.

Entre los factores de riesgo que se han encontrado asociados con un aumento de la vulnerabilidad del niño a diferentes formas de maltrato, se pueden mencionar: la edad, el sexo y la existencia de niños o niñas con alguna minusvalía física o psicológica; también se ha relacionado el maltrato con algunas características de las personas a cargo o cuidadores y con el ambiente familiar. Este último comprende aspectos como la estructura de la familia, la disponibilidad de recursos económicos en el hogar, el tamaño de la familia, su dinámica y antecedentes de maltrato, tanto en los padres del menor

como en el cuidador. Además, se han encontrado factores socioeconómicos estructurales, como son el desempleo, la concentración de la pobreza, la carencia de políticas públicas para responder al problema y la escasa vigilancia en la aplicación de estas.¹

La magnitud del problema del menor maltratado puede estimarse por la frecuencia de casos de maltrato con consecuencias mortales, así como también por las consultas por maltrato no mortal, motivadas por la necesidad de atención a lesiones físicas, abuso sexual, maltrato emocional y psíquico. Las cifras que reflejan el problema son preocupantes: las estimaciones indican que en el mundo, los lactantes y niños muy pequeños corren un riesgo mayor. El maltrato mortal analizado según ingreso del país y región muestra que en los niños de 5 años que viven en los países con altos ingresos, la tasa de homicidios es de 2,2 por 100.000 varones y de 1,8 por 100.000 para las niñas; en los países con ingresos medios es 2 a 3 veces más alta.¹

En 1991, se registraron en Colombia 25.000 muertes en menores de 18 años y, de estas, 37% fueron por causas violentas. El Ministerio de Salud de Colombia informó en 1997, en un estudio nacional, que 12,1% de las familias encuestadas manifestaban tener niños maltratados físicamente; 21,4%, verbalmente; y 2,6%, sexualmente. Además, se señalaba que el maltrato infantil es más frecuente en los estratos más pobres.³ Según información proveniente de la Encuesta nacional de demografía y salud en Colombia, en el año 2000, 47% de las mujeres encuestadas que tenían hijos vivos informaron que piensan que el castigo físico es necesario para educar. En Medellín, departamento de Antioquia, esta cifra alcanza 62%.⁴ En este mismo estudio se observó que las reprimendas verbales y los golpes son las formas más frecuentes de castigo en hogares con hijos (tabla 1).

Estas formas violentas de castigo son más comunes en familias de las zonas rurales; además se encontró que si el nivel educativo de la madre es menor y el número de hijos de la familia es mayor, es más alta la proporción de niños golpeados en los hogares. De estas mujeres, 68% que maltratan a sus hijos fueron maltratadas en su infancia. Por el contrario, cuanto mayor sea el grado de escolaridad,

más alta es la proporción de hogares que castigan a los hijos privándolos de alguna preferencia.⁴

Las secuelas del maltrato en los menores y la desatención hacia los derechos fundamentales de la niñez en Colombia, en el contexto de conflicto social y armado que vive el país, no son fáciles de solucionar. No solo es importante la consideración de incapacidades físicas que generan en el menor, sino además por la carga psicológica que representan; aun más se debe considerar en esta carga el ambiente de inseguridad generado por los secuestros, el reclutamiento de menores y el desplazamiento forzado de miles de familias.

Tabla 1. Porcentaje de mujeres que reportan formas de castigo a los menores utilizadas por parte del padre o compañero y por la madre biológica, Colombia, 2000

| Formas de castigo a los menores | Por el padre o compañero* | Por la madre biológica** |
|---------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Palmas | 27,4% | 35,6% |
| Golpes | 42,1% | 47,2% |
| Echar agua | 0,2% | 0,4% |
| Reprimenda verbal | 73,3% | 71,7% |
| Negar la alimentación | 0,5% | 1,3% |

Fuente: Encuesta nacional de demografía y salud, Colombia, 2000.

* 3.609 mujeres con hijos vivos encuestadas en hogares de Colombia.

** 6.645 mujeres con hijos vivos encuestadas en hogares de Colombia.

Ante la magnitud y gravedad del problema, y teniendo en cuenta que la notificación y la denuncia de casos son una de las primeras condiciones para disminuir el maltrato a los menores, es importante revisar el sistema de información que se utiliza actualmente en el país y en algunas regiones y localidades, como es el caso de Antioquia y su capital Medellín, donde se ha visto que el problema reviste consideraciones especiales. Ello permite establecer si esta vigilancia del fenómeno es suficiente para el establecimiento de políticas que apoyen la construcción de redes de atención y diseño de progra-

mas para la detección precoz y el tratamiento oportuno del menor maltratado.

Sistemas de información y de vigilancia desde la salud pública para el caso del maltrato al menor

La vigilancia desde la salud pública sobre el fenómeno del maltrato al menor permite conocer el comportamiento de los diferentes eventos propios del problema, identificar los factores de riesgo y los efectos derivados, posibilitando respuestas para la prevención del fenómeno y el tratamiento a los menores y sus familias. Además, permite cuantificar las situaciones problema y evaluar las intervenciones.

Esta vigilancia puede entenderse como un sistema en el que interactúan dinámicamente varios componentes: personas, recursos físicos y financieros, instituciones, conocimientos, información y la legislación y las normas.⁵

Un sistema de información para la vigilancia, desde la salud pública, puede entenderse como el conjunto de elementos que interactúan entre sí, con el fin de apoyar las actividades de unas entidades para mejorar una situación de salud específica. Los sistemas de información desarrollan cuatro actividades principales:

- Recolectar y recibir datos para ingresarlos al sistema.
- Almacenar y procesar estos datos por medio de técnicas y cálculos.
- Combinar elementos de estos datos a partir de la actualización de entradas, a fin de proporcionar información necesaria y actualizada para la salida de los datos y su adecuado análisis, facilitando la toma de decisiones y el flujo de la información.⁵
- Además de lo anterior y para que la información sea útil, es indispensable ponerla en un contexto de organizaciones en red, lo cual incluye el desarrollo y manejo de tres áreas interrelacionadas, que son: 1) sistemas de información, 2) tecnologías de la información y comunicación y 3) gestión de la información.

Los sistemas de información representan el conjunto de tareas técnico-administrativas que inclu-

yen, lógicamente, el conocimiento del problema de salud que se intenta resolver. Uno de sus objetivos es evaluar las necesidades para la concepción y desarrollo del sistema. Las tecnologías de información y comunicación son el conjunto de conocimientos, recursos informáticos (hardware y software), de comunicación electrónica y de tareas técnicas para satisfacer la demanda generada por las necesidades de información. Es el conjunto de recursos basados en equipos digitales que procesan información activamente. La gestión de la información es el manejo estratégico de la organización de los cuatro componentes de la red: datos, sistemas de información, tecnología de información, comunicación y recurso humano.⁹

La Organización Mundial de la Salud reconoce en su Informe mundial sobre la violencia y la salud, 2003, que

la falta de datos adecuados sobre el grado y las consecuencias del maltrato y del descuido al menor ha restringido la elaboración de respuestas apropiadas en casi todo el mundo. Sin datos locales de calidad, también es difícil crear una sensibilización adecuada sobre el maltrato y el descuido del menor y generar conocimientos para abordar el problema entre los profesionales de los servicios sanitarios, jurídicos y sociales.⁶

Un sistema de información para la vigilancia del maltrato al menor, según la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, debe estar compuesto por tres etapas: la primera está constituida por todas las fuentes de datos —que incluye la forma de registrarlos—, la frecuencia de los reportes y la delimitación de las variables necesarias. En la segunda etapa, se confronta la información obtenida con normas, estándares, otras situaciones y elementos que aporten a la toma de decisiones. La última etapa comprende las decisiones y evaluaciones realizadas con base en la información recolectada.⁷

La vigilancia puede realizarse por diferentes medios: utilizando un sistema universal, como son las muestras poblacionales, registros, encuestas, interconexión de instituciones centinelas, etc. Para su operatividad y especificidad, requiere tener claros los siguientes aspectos:

- Producir información confiable y oportuna.
- Monitorear cambios en la presentación del problema.

- Identificar patrones de comportamiento del evento en estudio.
- Generar hipótesis para realizar estudios de investigación.
- Servir para la toma de decisiones.
- Evaluar los programas de prevención y atención.
- Impulsar la conformación de grupos de trabajo en redes.

En los programas de vigilancia desde la salud pública, el subsistema de información es, en sí mismo, el componente básico y fundamental para lograr la integración del sistema de vigilancia. Los obstáculos para el buen funcionamiento del sistema de información dificultan el desarrollo de la vigilancia, la toma de las decisiones y el desarrollo de acciones para el bienestar de los colectivos afectados por los problemas de salud específicos hacia los cuales se dirige esa misma vigilancia.

La vigilancia del maltrato al menor debe disponer, en primer lugar, de una definición de caso, y con posterioridad a ella, la selección de variables que determinan los datos provenientes de diversas fuentes: instituciones de salud, educación y del sistema jurídico, preferiblemente establecidos y consignados en los formatos en que se recogen los casos de notificación obligatoria. La inclusión de información proveniente de las diversas fuentes donde puede captarse el fenómeno del maltrato al menor enriquece el proceso de vigilancia y la visión del problema.

El sistema de información para la vigilancia del maltrato al menor en Antioquia y Medellín

En Colombia, solo en los últimos veinte años, aproximadamente, se ha venido realizando investigación y, paulatinamente, se ha diseñado un sistema de información a medida que se ha ido comprendiendo la complejidad del fenómeno del maltrato al menor, y ello ha permitido la puesta en marcha de programas con respuestas más oportunas y efectivas. En el año 2001 la secretaría de salud del departamento de Antioquia propuso operar un programa de vigilancia para la violencia intrafamiliar utilizando un sistema de información denominado Vivir, que tenía como principal objetivo “lograr un conocimiento permanente de las características funda-

mentales de la violencia intrafamiliar para definir mecanismos de intervención”. El sistema de vigilancia contaba con un software que se entregó a los municipios de Antioquia, incluido Medellín. Para su puesta en marcha se capacitaron funcionarios y se instalaron herramientas tecnológicas para su implementación. Dos años después, la Dirección Seccional de Salud de Antioquia (DSSA)* realizó un sondeo mediante el cual se recibió información de aproximadamente 80 municipios, lo que evidenció la poca utilización del sistema: solo 17 de ellos lo estaban utilizando.

A partir de este sondeo y basándose en la política nacional de construcción de paz y convivencia familiar, Haz paz, de la Consejería Presidencial para la Política Social, se creó otro modelo de vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar para aplicarlo en todas las regiones del país. Aunque el modelo tenía en cuenta las particularidades locales, en Antioquia se adoptaron las variables obligatorias de este modelo integrándolas al Sivigila (Sistema de Vigilancia Epidemiológica), que además toma en cuenta todos los grupos poblacionales, puesto que el modelo nacional solo monitorea los grupos de niños y mujeres.

Con esta nueva estrategia se decidió mejorar las fuentes de información de tal manera que se estructuraron según su categoría:

- Unidades primarias de generación del dato
- Unidades notificadoras
- Unidades receptoras

Además, se capacitaron funcionarios pertenecientes a instituciones adscritas a la Red de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar, integrada por las comisarías de familia, secretarías de bienestar de los municipios, centros zonales del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), comités de políticas sociales locales y despachos judiciales. La capacitación se dirigió primero a la direcciones locales de salud y a los coordinadores de vigilancia epidemiológica que operan el Sivigila,

* Entrevista hecha por las autoras a Marta Ligia Sierra, epidemióloga de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, en septiembre de 2003.

con el fin de que estos replicaran la capacitación hacia los otros actores del sistema. En resumen, durante 2003, la Dirección Seccional de Salud ha capacitado en la utilización del SiviGila a 97 municipios (77% del departamento); sin embargo, en la actualidad, de estos últimos, solo 34% están usando el módulo de vigilancia a la violencia intrafamiliar.

Para el caso de la capital de departamento, Medellín, las dificultades del sistema Vivir se observaron en un estudio que caracterizó la dinámica del sistema de información de la ciudad para los casos atendidos de menores maltratados, describiendo el proceso de notificación, recolección, sistematización y difusión de los casos.⁸

El caso que había que vigilar en la ciudad —según el programa Vivir— fueron todas aquellas situaciones de violencia captadas mediante consulta y denuncias realizadas por el agredido, su familia u otras personas. Estas notificaciones se buscaron en instituciones de salud, inspecciones de policía, comisarías de familia, sedes del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, personerías y fiscalía.

El registro de la información que se buscaba era el registro único de información Vivir, el cual, según el programa de vigilancia, debían diligenciarlo todas las instituciones mencionadas. El proceso implicaba la notificación semanal al coordinador local de la red de violencia intrafamiliar, quien debía reportar la información utilizando el mismo software (Vivir). Cada mes se esperaba evaluar las intervenciones realizadas por las instituciones implicadas y mensualmente se tendría que pasar un reporte a la coordinación departamental de la red de violencia intrafamiliar. Cada trimestre se esperaba realizar un consolidado de información y análisis, por municipio y región, de todos los casos captados.

A pesar de la estructura del sistema, no se encontró en ese estudio⁸ información consolidada de la red, de tal manera que permitiera conocer la situación del menor maltratado. Se decidió entonces estudiar la estructura del sistemas de información en el seno de las instituciones de la red en la ciudad de Medellín. Se buscaron aquellas que atendían los casos de menores maltratados y se encontró que diez de ellas eran comisarías de familia y dos más eran centros zonales del Instituto Colombiano de

Bienestar Familiar; el resto de las instituciones de la ciudad no recogían la información, pues remitían los casos a las 12 instituciones mencionadas anteriormente y, solo en ellas, se encontró una estructura capaz de cumplir con las etapas básicas del sistema de información (recolección, sistematización, análisis, flujo y remisión), incluidas dos instancias: la intrainstitucional y el nivel central administrativo de los sectores salud y judicial (tanto municipal como departamental). En estas doce instituciones se encontró que la recolección se realizaba en el 100%, la sistematización en 83%, el análisis en 100% y el flujo de la información en 91,7%. Solo 25% de las instituciones realizaban publicaciones de los resultados.

A pesar de los resultados anteriores, se encontraron problemas en las diferentes etapas del sistema, principalmente en la recolección, la difusión y la evaluación de la información. Las instituciones recogían la información utilizando tres tipos de instrumentos: un formato diseñado por ellas mismas, el cual respondía a información que se requiere para llevar a cabo acciones terapéuticas y administrativas; otro consistía en el formulario propuesto por la Red de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar, Vivir y, por último, dos de ellas aplicaban el instrumento exigido por el sector judicial para el reporte de los casos de maltrato, denominado aplicación de protección.

Las dificultades encontradas en la aplicación del instrumento Vivir se resumen en:

- Desconocimiento de la existencia del instrumento
- Falta de conocimientos para su diligenciamiento
- Falta de disponibilidad de este para su implementación

En cuatro instituciones donde sí se aplicaba el instrumento Vivir, dos sistematizaban la información en forma manual y dos en medio electrónico. Todas las instituciones utilizaban el instrumento diseñado por ellas mismas para la recolección de la información. Diez de las doce instituciones estudiadas sistematizaban la información utilizando tanto técnicas manuales como computarizadas. Esta última técnica se aplicaba mas frecuentemente para el instrumento diseñado por ellas mismas (70%).

Las dos instituciones del ICBF diligenciaban el instrumento aplicación de protección para registrar todas las historias clínicas y las remitían a instancias judiciales superiores. Solo 16,7% de las instituciones capacitó su personal en forma continuada, especialmente para la sistematización; peor aún: 50% de ellas no la ofreció en ningún momento. La instrucción a los funcionarios tuvo énfasis en la recolección de la información y su posterior análisis.

El 100% de las instituciones realizaba análisis de la información recogida utilizando los tres instrumentos; sin embargo, 66% lo hacía diariamente a partir de los instrumentos diseñados por ellos mismos, aduciendo la utilidad de esta información para el manejo terapéutico y administrativo de los casos. El análisis de la información recopilada con el software Vivir solo se realizaba en dos de las instituciones.

A partir de este estudio podría deducirse que la información está disponible, en forma oportuna, en ocho de las doce instituciones (66,7%); sin embargo, esta es una información no unificada, dado que principalmente proviene de instrumentos con variables definidas independientemente por cada institución. Los datos del sistema Vivir, que darían una información unificada, solo están disponibles oportunamente en 16% de las instituciones.

El envío de la información debería tener un doble flujo: hacia el interior de las mismas instituciones y hacia al nivel central: en primera instancia, a la dirección regional de ICBF y la secretaría de gobierno municipal, y posteriormente a la Dirección Seccional de Salud de Antioquia y al Ministerio de Salud.

Esta difusión de la información presentaba las siguientes características: hacia el interior de las instituciones se hacía en forma oportuna en 42% de ellas (mensualmente); ocasionalmente en 33% y nunca en 25%. Se evidencia entonces problemas en la transmisión de la información, tanto en el ámbito interno como en el externo. Aunque la difusión intrainstitucional es mejor, esta se restringía escala directiva.

Con respecto al instrumento Vivir, solo dos instituciones lo remitían al nivel central. No se reporta-

ron publicaciones de datos a partir de este instrumento. La información de naturaleza jurídica era remitida completamente por las instituciones que tenían la obligación de hacerlo. El 75% de las instituciones no difunde su información por medios descritos como carteleras o boletines.

Con el panorama descrito se puede concluir que para la época del estudio no se encontró un formato único de recolección de la información y que el instrumento propuesto por el sistema Vivir es de menor aplicación, sistematización y análisis; además, solo 16 % de las instituciones remite esta información a nivel central.

El sistema Vivir se creó para dar cuenta de la violencia intrafamiliar y, como parte de esta, del maltrato al menor; con él se podría caracterizar al agredido y al agresor; sin embargo, ni en el momento del estudio ni actualmente se tiene un conocimiento de la magnitud del maltrato ni de sus características.

Al parecer, el énfasis en la implementación del Sistema de Vigilancia para la Violencia Intrafamiliar se enfocó hacia aspectos parciales del subsistema de información y se dejaron de lado las necesidades internas de las instituciones, la capacitación permanente de los funcionarios que lo pondrían en marcha y el seguimiento del análisis y la divulgación de la información, el trabajo en red y una adecuada gestión del mismo.

¿Existe un sistema de información del maltrato al menor?

Las situaciones descritas permiten derivar conclusiones cuya utilidad se inscribe en el ámbito de los programas de vigilancia de la salud pública sobre la violencia intrafamiliar; sin embargo, no son suficientes para dar cuenta del problema específico del maltrato al menor. Si un sistema de información sobre violencia pretende dar cuenta de los problemas de infancia basándose en la variable edad, los casos de maltrato al menor quedarán descritos insuficientemente al recoger toda la información general de violencia familiar.

Es importante tener clara la definición de caso de maltrato al menor, como ya se dijo, comprendiendo en ello los derechos del niño y, a partir de allí, construir un sistema de información que dé cuen-

ta de este sujeto de estudio y del fenómeno del maltrato en toda su complejidad; ello permitiría intervenciones pertinentes y una evaluación ajustada de las políticas y programas que se ejecuten.

Existe un asunto de especial importancia para el país: en Colombia, la notificación del maltrato infantil no es obligatoria y, por lo tanto, esta falta de normatización deja al sistema de vigilancia sin sustento legal, delegando la responsabilidad de la vigilancia en el sector de la salud, que ante la obligación de atender los casos de consulta, continúa esforzándose por controlar el problema a través de sistemas parciales de vigilancia e implementando programas inscritos en los planes de atención básica y en un sistema de salud pública debilitado.

Si la captación de los casos de menores maltratados no se realiza en forma sistémica, con una red realmente operativa, la intervención puede obedecer a intereses particulares de las instituciones impulsadas por su afán de resolver los casos que les competen en forma particular, quedando diluida la responsabilidad del Estado de ejercer la vigilancia y control. El maltrato al menor es un problema que debe mirarse en el contexto del conflicto social que vive Colombia; la articulación intersectorial es necesaria, puesto que no se trata de problemas individuales o institucionales: es un problema social donde el Estado y la comunidad tienen responsabilidades específicas.

Es importante anotar que los sistemas de información son solo una parte de los sistemas de vigilancia en salud pública, y que estos, a su vez, son parte de los programas de atención y prevención de maltrato al menor. Para su óptimo funcionamiento se requiere un trabajo en red como una real estrategia participativa de los programas de salud pública. Estas se deben implementar en el ámbito comunitario, de tal manera que permitan la detección precoz del maltrato y una rápida denuncia. Es fundamental la capacitación de los educadores y funcionarios que por su trabajo tienen relación con los niños agredidos.⁶

El trabajo en red no solo necesita herramientas tecnológicas que permitan a los participantes obtener información y resultados útiles y oportunos para el desarrollo de la prevención y atención del menor

maltratado. No debe dejarse a la buena voluntad de las instituciones la generación de la información; el Estado tiene la obligación de responsabilizarse de la gestión de esta prestando apoyo técnico, coordinación constante y difusión oportuna del conocimiento.¹⁰

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Maltrato y descuido de los menores por los padres u otras personas a cargo. Cap. 3. En: Informe mundial sobre violencia y salud. Washington, DC: OPS/OMS; 2003. (Publicación Científica y Técnica, 588).
2. Report of de Consultation on Child Abuse Prevention 2931 march 1999. Geneva: World Health Organization; 1999. (Documento WHO/HSC/PVI/99.1). Citado por: Organización Panamericana de la Salud. Maltrato y descuido de los menores por los padres u otras personas a cargo. Cap. 3. En: Informe mundial sobre violencia y salud. Washington, DC: OPS / OMS; 2003. (Publicación Científica y Técnica, 588).
3. Colombia. Ministerio de Salud. Segundo estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, 1997. Santafé de Bogotá: El Ministerio; 1997.
4. Profamilia. Salud sexual y reproductiva en Colombia: Encuesta nacional de demografía y salud. Resultados. Santafé de Bogotá: Profamilia; 2000. p. 185.
5. Dirección Seccional de Salud Antioquia. Protocolos de vigilancia epidemiológica. Guías integrales de atención. Cap. 1. 4ª ed. Medellín: Dirección Seccional de Salud de Antioquia; 1996. p. 13-16.
6. Unicef. Oficina Regional para América Latina y el Caribe Maltrato infantil. Propuestas de acción. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.uniceflac.org/espanol/textos/ppdfmalt2.htm>. Consultado: 5 de marzo de 2004.
7. Gutiérrez J. La inactividad física como maltrato infantil. Acta Col Med Deporte 1999; 6(1). [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/amedco/deporte7>

