

Revista Mexicana de Pediatría

Volumen
Volume **69**

Número
Number **1**

Enero-Febrero
January-February **2002**

Artículo:




Responsabilidad del pediatra ante la Norma
Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999.
Prestación de Servicios de Salud. Criterios para
la Atención Médica de la Violencia Familiar

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Sociedad Mexicana de Pediatría, A. C.

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



www.Medigraphic.com

Responsabilidad del pediatra ante la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar

(The pediatrician's responsibility according to the Mexican Official Norm (NOM-190-SSA1-1999))

Arturo Perea Martínez, Arturo Loredó-Abdalá,* Jorge Trejo Hernández,** Adriana Monroy Villafuerte****

El 20 de octubre de 1999 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el proyecto de la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. "Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar" (NOM), y entró en vigor el 7 de marzo del 2000.¹ Este documento fue creado por la iniciativa del Dr. Juan Ramón de la Fuente, Secretario de Salud en turno y en su elaboración intervinieron profesionales de la salud y afines provenientes de instituciones gubernamentales y no gubernamentales de México, así como representantes de ciertas organizaciones internacionales como la Organización Panamericana de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y del Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la mujer.

De la NOM se destaca que la "violencia dentro de la familia" se ha constituido en un problema de salud pública en nuestro país, siendo los grupos más vulnerables los niños, las mujeres, las personas con discapacidad y los individuos en plenitud y por lo tanto, es hacia ellos a quien está dirigida.

Siendo los niños y los adolescentes mexicanos alrededor del 40% de la población nacional,² es indispensable considerar y aceptar que un buen número de ellos son víctimas de malos tratos, tal y como sucede en otros países del mundo.³ Este fenómeno es conocido en el ambiente médico como "síndrome del niño maltratado (SNM)."⁴

El precisar los aspectos que este fenómeno genera, ha

sido motivo del desarrollo de proyectos de investigación cuyos resultados han permitido conocer lo variable que es su expresión clínica, las características del entorno en donde el fenómeno se genera, los rasgos del agresor, etc. y que han sido publicados en revistas pediátricas.⁵⁻⁸

Una franca deficiencia que existe en nuestro ámbito es el no poder precisar una cifra cercana a la realidad de esta patología pues aunque el Sistema Integral para el Desarrollo de la Familia (DIF) reporta haber atendido, de 1995 a 1999, un promedio de 22,000 niños maltratados por año, es una cifra que dista mucho de la realidad del problema en nuestro medio.⁹ Y aunque la frecuencia del fenómeno violento contra los niños y los adolescentes está bien establecida en algunos países que manejan estadísticamente su información al respecto, se estima que el 10% de la población infantil puede sufrir de este mal y únicamente es reconocido el 1%. De esta manera, la Organización Mundial de la Salud señala que éste es un problema de salud pública mundial.^{10,11}

De la inquietud generada por esta laguna en el conocimiento del problema, es muy conveniente crear un "Plan Nacional de Detección, Diagnóstico, Registro y Prevención de la Violencia Infantil". Para ello, es fundamental insistir en la comunidad médica mexicana y en la paramédica que atiende o trabaja con niños, que en México existe una NOM al respecto así como precisar cuál es el compromiso que como profesionales de la salud tenemos ante ella.

Ante este paradigma, es fundamental insistir que todas las instituciones hospitalarias deben adoptar las recomendaciones y estrategias de manejo que emanan de la NOM y con ello elevar los niveles de calidad en la atención para este tipo de pacientes y familias. Si ello se logra, se habrá dado un gran paso para precisar la frecuencia y comporta-

* Coordinador.

** Médico adscrito.

miento del problema, información básica para el desarrollo de estrategias que permitan su prevención.

Por otro lado, si consideramos el carácter normativo de la NOM, las instituciones de asistencia pediátrica y el pediatra, encargados de preservar y recuperar la salud de un niño, están sujetos a sus reglas.

De esta manera, una forma de conocerla es que en los servicios de urgencias y de consulta externa se cuente y se empleen los formatos de registro de atención de cada caso. Se logrará con este accionar entre otras cosas, conocer la frecuencia del problema, cuál es la presentación clínica y cuáles son los elementos personales, familiares, sociales y ambientales que giran alrededor de la patología. Por otro lado, desde un inicio se puede dar aviso al Ministerio Público de que se está atendiendo a un niño con lesiones o con la sospecha fundada de que el menor es una víctima de malos tratos (notificación inicial) lo que permitirá generar una información complementaria una vez que el diagnóstico se haya precisado (notificación complementaria). Los formatos de la NOM fueron creados de una manera que no requieren la distracción prolongada del médico que lo notifica y contiene los datos fundamentales. Por otro lado, el profesional y la institución obtienen un respaldo jurídico ante el caso (*ver anexos*)

Si se establece un directorio de todas aquellas instituciones que emplean los formatos específicos de la NOM, será factible desarrollar una red cuyo alcance podrá ser nacional. Esta red deberá ser manejada por un grupo representante en cada Estado de nuestro país, quien enviará la información obtenida a un Grupo Coordinador Nacional. Del conocimiento preciso del fenómeno derivarán las estrategias sólidas y óptimas para el manejo integral del fenómeno en México.

Un obstáculo que el médico enfrenta cuando atiende a un menor que posiblemente es víctima de alguna forma de maltrato, es saber cómo brindarle a éste y a su familia, una atención integral. Para ello, debemos señalar que los elementos clínicos y sociales que son de utilidad para el diagnóstico y manejo del niño con SNM han sido publicados en la literatura nacional. Su conocimiento y aplicación permitirán optimizar recursos humanos y tiempo, además de enriquecer y adecuar conceptos y criterios del dominio general del equipo de salud y áreas afines al problema.

Al respecto en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría (CAINM-INP) durante los últimos 17 años se han realizado una serie de investigaciones cuyos resultados permiten ofrecer a todos los involucrados en este fenómeno un conocimiento más preciso de esta patología y tratando que este accionar se replique con un menor desgaste profesional, económico y emocional.¹²⁻¹⁴ Ante tal perspectiva, se sugiere además de emplear la NOM y sus formatos,

desarrollar e integrar en cada lugar de asistencia pediátrica a un equipo similar a CAINM-INP.¹⁵

En conclusión, el equipo de salud se encuentra bajo la reglamentación de la NOM190-SSA1-1999, por lo que tiene la obligación legal de asistir integralmente a las víctimas de violencia en el núcleo familiar, además de denunciar y registrar cada caso.

REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. *Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar*.
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Censo de Población*. México 1999.
3. US Department of Health and Human Services. Homicide surveillance 1979-1988. Morbidity and mortality weekly report, center for disease control surveillance summaries 1992; 41: SS3-10.
4. Kempe CH, Silverman FN, Steel BF et al. The battered child syndrome. *JAMA* 1962; 181: 17-24.
5. Brewster AL, Nelson JP, Hymel KP. Victim, perpetrator, family, and incident characteristics of 32 infant maltreatment deaths in the United States Air Force. *Child Abuse & Neglect* 1998; 22: 91-101.
6. Loredó-Abdalá A, Trejo HJ, Bustos VV, Carbajal RL, Reynés MJ, Rodríguez HR y col. El fenómeno de maltrato a los niños: aspectos sociales y clínicos del síndrome. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1998; 55: 410-416.
7. Loredó-Abdalá A, Reynés MJ, Martínez CS y col. Maltrato al menor. Una realidad creciente en México. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1986; 43: 425-433.
8. Loredó-Abdalá A, Báez MV, Perea MA y cols. Historia del maltrato infantil en México: revisión de la literatura pediátrica. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2001; 58: 205-215.
9. Sistema del Desarrollo Integral de la Familia DIF. 2001
10. McMenemy MC. WHO recognizes child abuse as a major problem. *The Lancet* 1999; 353: 1340.
11. Díaz HJ, García BM. *Maltrato y abandono infantil: concepto, tipología, clasificación y frecuencia*. En: Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Maltrato infantil: prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario. Documento Técnico de Salud Pública No. 22. Comunidad de Madrid, España. 1995.
12. Loredó-Abdalá A, Trejo HJ, Bustos VV, Sánchez VA, Moreno FMA. Maltrato al menor: propuesta metodológica para la detección, atención integral y derivación de pacientes en México. *Acta Pediatr Mex* 1998; 19: 206-210.
13. Loredó-Abdalá A. Maltrato al menor. México: Interamericana McGraw-Hill; 1994.
14. Loredó-Abdalá A, Perea MA, Trejo HJ, Bustos VV. Maltrato físico y accidentes como causas de lesiones en el niño y utilidad de los indicadores clínicos para el diagnóstico diferencial. En: Loredó-Abdalá A. Maltrato en el niño. *Asoc Mex Ped México* 2001.
15. Perea MA, Loredó-Abdalá A. Calidad en la atención integral a los niños y adolescentes maltratados. Una nueva cultura en salud. *Rev Mex Ped* 2001; 68: 105-107.

Correspondencia:

Dr. Arturo Perea Martínez

Insurgentes Sur 3700-C, Col. Cuicuilco Tlalpan.

C.P. 04530, México, D.F.

Teléfono: 56-66-00-34 56-06-00-02

Ext. 411-413 Fax: 57-85-19-40

E-mail: aperea m@yahoo.com.mx

Anexo I
Aviso al Ministerio Público
 (Violencia Familiar, Apéndice Informativo 1)

Folio:

Nombre, razón o denominación social del establecimiento

Institución Localidad Municipio

C.P. Entidad Federativa

Servicio Cama Fecha de elaboración

Usuario (a) afectado de VIF

Nombre Edad Día Mes Año

Apellido paterno Apellido materno Nombre 1. Masculino

Años 2. Femenino

Domicilio

Calle Número exterior Número interior Barrio o colonia Código postal

Localidad Municipio Entidad Federativa

Fecha de atención médica Día Mes Año Hora de recepción del Usuario (a) afectado (a) Horas Minutos

Motivo de atención médica

Diagnóstico (s)

Evolución, acto notificado, reporte de lesiones, en su caso reporte de probable causa de muerte:

Plan:

a) Farmacoterapia

b) Exámenes de laboratorio y gabinete

c) Canalización Referencia

Seguimiento del caso:

Área de trabajo social

Área de psicología

Área de medicina preventiva

Área de asistencia social

Pronóstico

Notificación Fecha Nombre y cargo del receptor

Día Mes Año Agencia del Ministerio Público Presidencia Municipal Jurisdicción Sanitaria

No. y nombre de Agencia de Ministerio Público:

Otra instancia Especificar

Especificar

Médico notificante: Nombre: Firma

Anexo 2

Registro de atención en caso de Violencia Familiar

(Apéndice Informativo 2)

Folio: _____

Unidad médica											
Nombre					Institución						
Localidad			Municipio			Entidad					
Usuario (o) afectado	1. Nombre		3. Edad		4. Sexo		5. Derechohabencia				
	Apellido paterno		Apellido materno		Nombre años		1 Masculino	1 IMSS	5 SECMAR		
	2. CURP						2 Femenino	2 ISSSTE	6 Otro		
	6. Domicilio						3 Embarazada	3 PEMEX	7 No		
		Calle		Núm. exterior		Núm. interior		Barrio o colonia		Código postal	
Localidad			Municipio			Entidad Federativa					
1. Fecha de ocurrencia			4. Día de la semana en que ocurrió:			6. Sitio de ocurrencia		7. Circunstancia en que ocurrió			
Día Mes Año			1 Lunes 2 Martes			1 Hogar					
2. Tipo de violencia			3 Miércoles 4 Jueves			2 Escuela					
1 Física 2 Sexual			5 Viernes 6 Sábado			3 Recreación y deporte vía pública					
3 Psicológica 4 Abandono			7 Domingo			4 Transporte público					
3. Prevalencia			5. Fue día festivo			5 Automóvil particular					
1 Primera vez			1. sí 2. no			6 Otro		especificar			
2 Reincidencia											
Evento	8. Consecuencia resultante			9. Agente de la lesión			10. Lugar del cuerpo afectado principalmente		11. Gravedad de la lesión		
	1 Contusión			1 Fuego, flama o sustancia caliente			1 Cabeza o cuello		1 Leve		
	2 Luxación			2 Sustancias sólidas, líquidas y gases tóxicos			2 Cara		2 Moderada		
	3 Fractura			3 Objeto punzocortante			3 Brazos y manos		3 Grave		
	4 Herida			4 Objeto contundente			4 Tórax				
	5 Asfixia mecánica			5 Golpe vs piso o pared			5 Columna vertebral				
	6 Ahogamiento por inmersión			6 Pie o mano			6 Abdomen y/o pelvis				
	7 Quemadura			7 Arma de fuego			7 Espalda y/o glúteos				
	8 Abuso sexual			8 Amenaza y violencia verbal			8 Piernas y/o pies				
	9 Aborto			9 Múltiple			9 Área genital				
	10 Otra física			10 Otro			10 Múltiple				
	11 Sólo alteración psicológica			11 Se ignora							
	12 Trastorno psiquiátrico										
Probable agresor	1. Se ignora			2. Edad			3. Sexo		4. Parentesco		
Atención	1. Fecha			3. Atenciones otorgadas			5. Destino después de la atención				
	Hora			1 Tratamiento médico			1 Domicilio				
	Día Mes Año			2 Tratamiento quirúrgico			2 Consulta externa				
	Horas minutos			3 Tratamiento psicopsiquiátrico			3 Hospitalización				
				4 Otro			4 Traslado a otra unidad médica				
2. Servicios de atención			4. Aviso a Ministerio Público			5 Unidad de Asistencia Social					
1 Consulta externa			1 Sí 2 No			6 Defunción					
2 Urgencias						7 Otro					
3 Hospitalización											
4 Otros servicios											
Notificación			Fecha			Día Mes Año			Firma		
Notificante: Nombre											

Formato estadístico para uso exclusivo de las Instituciones del Sistema Nacional de Salud

Por Violencia Familiar