

col·lecció eines 17

# De les observacions als indicadors: El mòdul de suport a la gestió del risc en infància i adolescència (RUMI Infància Respon)

17

*De las observaciones a los indicadores:  
el módulo de apoyo a la gestión del riesgo  
en la infancia y adolescencia  
(RUMI Infancia Responde)*

*From observations to indicators:  
A computer package to support  
the management of social risk  
in childhood and adolescence*



*Avis legal:*

*Aquesta obra està subjecta a una llicència Reconeixement-No Comercial-Sense Obres Derivades 3.0 de Creative Commons.*

*Se'n permet la reproducció, distribució i comunicació pública sempre que se'n citi l'autor o autors i l'editor, i no es faci un ús comercial de l'obra original ni se'n creïn obres derivades. La llicència completa es pot consultar a <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.ca>*

---

© d'aquesta edició:

Departament de Benestar Social i Família  
Generalitat de Catalunya, 2014

Autors: Carme Montserrat, Ferran Casas, Jordi Muner,  
Núria Vilarrubias, Marc Pérez i Marta Sadurní  
(Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència)

---

1a edició electrònica: novembre de 2014

Dipòsit legal: B 24967-2014

Disseny: Txell Gràcia

Maquetació: Fundació AMPANS. Servei d'Impremta

També podeu trobar aquest llibre a **[gencat.cat/bsf/publicacions](http://gencat.cat/bsf/publicacions)**

col·lecció eines 17

---

De les observacions als indicadors:  
El mòdul de suport a la gestió del risc  
en infància i adolescència  
(RUMI Infància Respon)

17

# Presentació

La prevenció i gestió del risc social en infants i adolescents és una tasca especialment complicada que requereix intervencions àgils i eficaces de tots els agents implicats. A fi d'ajudar en aquest objectiu, el Departament de Benestar Social i Família promou des de fa anys un sistema de gestió del risc que involucra professionals relacionats amb la infància de quatre àmbits diferents: ensenyament, salut, cossos de seguretat i serveis socials.

La Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència va dissenyar, fa alguns anys, una base de dades per organitzar la informació que recopilen aquests col·lectius durant la seva activitat amb els infants. Es tractava, i es tracta, de facilitar la detecció de situacions de risc, és a dir: que professors, metges, infermers, agents i treballadors socials poguessin identificar casos preocupants evitant, tant com fos possible, els errors.

Aquest objectiu es va materialitzar en una aplicació informàtica que s'ha denominat Mòdul de suport a la gestió del risc. Nombrosos professionals de diversos serveis van participar en el disseny d'aquesta eina, que és fruit de la col·laboració entre la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència i un equip d'investigadors de la Universitat de Girona. És un programari validat interprofessionalment que serveix tant per treballar situacions hipotètiques com reals.

El simulador és de lliure accés i està disponible al web del Departament de Benestar Social i Família. És una plataforma que utilitzen de manera voluntària els professionals, sobretot com a eina de diagnòstic. La publicació que teniu al davant explica precisament com es va gestar i el seu funcionament.

El programa permet comprovar, davant un cas de risc, quines observacions són compatibles amb indicadors de maltractament i orienta l'usuari sobre la valoració, la tipologia del maltractament, la possibilitat de reincidència i, finalment, li suggereix una acció en funció del conjunt de dades introduïdes. És un instrument útil a l'abast de les persones que tenim un plus de responsabilitat, afegida al que ja té el conjunt de la societat, a l'hora de prevenir i reparar els maltractaments a infants i adolescents, en totes i cadascuna de les seves formes i variants. Desitjo que en tragueu el màxim profit.

**Neus Munté i Fernàndez**

Consellera de Benestar Social i Família

## Agraïments

Volem deixar constància del nostre agraïment a les persones següents: senyora Imma Pérez, senyor Xavier Soley, senyor Joan Mayoral, senyor Antonio Ponce, doctora M. Teresa Securun, senyora Eulàlia Creus, senyora Pilar Aldea, senyora Alba Domínguez, doctor Josep M. Torralba, senyora Montse Martí, senyor Agustí Cerdán, senyora Lourdes Sánchez i senyora Pilar Perales.

També volem manifestar la nostra gratitud a l'equip de l'Empresa Open Trends: senyor Xavier Buscallà, senyora Sònia Armengol i senyora Cristina Duran, i a tots els professionals que s'hi han implicat dels departaments de Benestar Social i Família, Ensenyament, Interior i Salut, Diputació de Barcelona i Ajuntament de Barcelona, així com a tots els professionals voluntaris dels diferents serveis que van participar en la fase de proves per al pilotatge i la validació del simulador.

Finalment, donem gràcies a l'equip de l'IRQV: la doctora Mònica González, la doctora Sara Malo i la senyora Clara Sisteró, i també al senyor Barney Griffiths per la traducció a l'anglès.

A tots vosaltres, mil gràcies.



# De les observacions als indicadors: El mòdul de suport a la gestió del risc en la infància i l'adolescència (RUMI Infància Respon)

---

## Índex

---

<b>1</b>	Conceptualització i desenvolupament del projecte	13
	1.1. <i>Inici i evolució del projecte</i>	13
	1.1.1. <i>El context europeu i estatal</i>	13
	1.1.2. <i>El context català</i>	17
	1.2. <i>Desenvolupament del projecte</i>	21
	1.2.1. <i>El RUMI/Hospitals</i>	21
	1.3. <i>Conceptualització del projecte RUMI Infància Respon</i>	23
	1.4. <i>La construcció del RUMI Infància Respon</i>	24
	1.5. <i>El portal web temàtic Infància Respon</i>	26
<b>2</b>	Bases teòriques sobre les quals es fonamenta el procés de disseny de l'MSGR	27
	2.1. <i>Introducció</i>	27
	2.2. <i>Bases epistemològiques</i>	28
	2.2.1. <i>El risc i els factors de risc</i>	28
	2.2.2. <i>Els indicadors i els indicadors de risc</i>	31
	2.2.3. <i>La seqüència de les observacions als indicadors</i>	32
<b>3</b>	Mòdul de suport a la gestió del risc social en la infància i l'adolescència (MSGR)	38
	3.1. <i>Introducció</i>	38
	3.2. <i>En què consisteix l'MSGR</i>	40
	3.3. <i>Funcionament del Mòdul</i>	41
	3.3.1. <i>Fase 1: el simulador</i>	41
	3.3.2. <i>Fase 2: implementació completa del programa</i>	62
	3.4. <i>Implicacions del RUMI (MSGR)</i>	66
	3.4.1. <i>Implicacions per a la pràctica professional</i>	66
	3.4.2. <i>Implicacions per a les polítiques públiques</i>	67
	3.4.3. <i>Implicacions per a la investigació</i>	67
<b>4</b>	La validació del Mòdul de suport a la gestió del risc (MSGR)	68
	4.1. <i>Marc del procés de validació</i>	68
	4.2. <i>Metodologia per validar la usabilitat i el contingut de l'MSGR</i>	69
	4.2.1. <i>El procés de validació externa: grup focal A i grup focal B</i>	70
	4.2.2. <i>Criteris de validació</i>	72
	4.2.3. <i>Resultats obtinguts en la validació</i>	73
<b>5</b>	Consideracions finals	74
<b>6</b>	Bibliografia	179

---





# De las observaciones a los indicadores: el módulo de apoyo a la gestión del riesgo en la infancia y adolescencia (RUMI Infancia Responde)

---

## Índice

<b>1</b>	Conceptualización y desarrollo del proyecto	81
	1.1. <i>Inicio y evolución del proyecto</i>	81
	1.1.1. <i>El contexto europeo y estatal</i>	81
	1.1.2. <i>El contexto catalán</i>	85
	1.2. <i>Desarrollo del proyecto</i>	89
	1.2.1. <i>El RUMI Hospitales</i>	90
	1.3. <i>Conceptualización del proyecto RUMI Infancia Respon</i>	91
	1.4. <i>Construcción del RUMI Infancia Respon</i>	92
	1.5. <i>El portal web temático Infancia Respon</i>	94
<b>2</b>	Bases teóricas sobre las que se apoyó el proceso de diseño del MSGR	95
	2.1. <i>Introducción</i>	95
	2.2. <i>Bases epistemológicas</i>	96
	2.2.1. <i>El riesgo y los factores de riesgo</i>	96
	2.2.2. <i>Los indicadores y los indicadores de riesgo</i>	99
	2.2.3. <i>La secuencia de las observaciones a los indicadores</i>	100
<b>3</b>	Módulo de apoyo a la gestión del riesgo social en la infancia y la adolescencia (MSGR)	106
	3.1. <i>Introducción</i>	106
	3.2. <i>En qué consiste el MSGR</i>	108
	3.3. <i>Funcionamiento del Módulo</i>	109
	3.3.1. <i>Fase 1: el simulador</i>	109
	3.3.2. <i>Fase 2: implementación completa del programa</i>	130
	3.4. <i>Implicaciones del RUMI (MSGR)</i>	135
	3.4.1. <i>Implicaciones para la práctica profesional</i>	136
	3.4.2. <i>Implicaciones para las políticas públicas</i>	136
	3.4.3. <i>Implicaciones para la investigación</i>	136
<b>4</b>	La validación del módulo de apoyo a la gestión del riesgo (MSGR)	137
	4.1. <i>Marco del proceso de validación</i>	137
	4.2. <i>Metodología para la validación de la usabilidad y del contenido del MSGR</i>	138
	4.2.1. <i>Proceso de validación externa: Grupo Focal A y Grupo Focal B</i>	139
	4.2.2. <i>Criterios de validación</i>	141
	4.2.3. <i>Resultados obtenidos en la validación</i>	142
<b>5</b>	Consideraciones finales	144
<b>6</b>	Bibliografía	179



# From observations to indicators: A computer package to support the management of social risk in childhood and adolescence

---

## Contents

---

<b>1</b>	<b>2</b>	Theoretical basis for the design of the Risk Management Support Module (MSGR)	151
		1.1. <i>Introduction</i>	151
		1.2. <i>Epistemological basis</i>	152
		1.2.1. <i>Risk and risk factors</i>	152
		1.2.2. <i>Indicators and risk indicators</i>	155
		1.2.3. <i>The sequence of observations in indicators</i>	156
<b>3</b>		Risk Management Support Module (MSGR): Content and operations	161
<b>4</b>		Validating the Risk Management Support Module (MSGR)	171
		3.1. <i>Framing the validation process</i>	171
		3.2. <i>Methodology for validating the usability and content of the MSGR</i>	171
<b>5</b>		Final considerations	175
<b>6</b>		Bibliography	179

---



# Conceptualització i desenvolupament del projecte



## 1.1. Inici i evolució del projecte

### 1.1.1. El context europeu i estatal

#### ChildONEurope. European Network of National Observatories on Childhood

El 1998, Euronet - The European Children's Network, amb el suport financer de l'European Commission, DGV (Directorate Generale V), va impulsar el projecte *Children are European Citizens Too* (Els infants també són ciutadans europeus), que dóna com a resultat, el 1999, l'informe elaborat per la investigadora independent Sandy Ruxton: *Children's Policy for 21st century Europe: First Step*<sup>1</sup> (Política per a la infància en l'Europa del segle XXI: primers passos). El projecte va ser dirigit per un grup d'experts, incloent-hi acadèmics reconeguts i responsables polítics de tota la Unió Europea (UE) i el comitè de gestió Euronet.

Aquest projecte va donar resposta a les debilitats que hi havia en l'àmbit europeu en el seguiment dels drets de l'infant, que comportava que fossin ignorats, anul·lats o gestionats sense una política europea uniforme, la qual cosa generava incoherències. El projecte s'inicia amb una auditoria de la legislació i les polítiques de la UE en matèria d'infància i adolescència. El resultat d'aquest és un informe que proposa la necessitat d'adoptar una estratègia política europea comuna capaç de defensar els drets i els interessos dels infants, presentant una sèrie de recomanacions.

Durant l'any 2000, els estats membres de la Unió Europea (UE) admeten que cal conèixer sistemàticament les necessitats dels infants i els adolescents i les mancances de seguiment de les polítiques nacionals respecte a la infantesa i l'adolescència. Tenint en compte que aquests temes no són competència de la UE, i que els estats membres volen fomentar l'intercanvi d'informació sobre aquest aspecte, decideixen crear, d'una banda, l'*European Childhood Day* (el Dia Europeu de la Infància, el 20 de novembre) i, d'altra banda, un grup permanent intergovernamental: *L'Europe de l'Enfance*.<sup>2</sup> La seva creació respon a la necessitat de comprendre millor les condicions de vida dels infants a Europa, les polítiques i les bones pràctiques desenvolupades pels diferents estats membres, així com de realitzar investigacions comunes i estudis comparatius, i també a la necessitat d'aplicar mètodes operacionals d'abordament que

1. Vegeu l'enllaç següent:  
[http://www.crin.org/docs/RuxtonReort\\_FirstSteps.pdf](http://www.crin.org/docs/RuxtonReort_FirstSteps.pdf)

2. Vegeu l'enllaç següent:  
<http://www.childoneurope.org/ee/history.htm>

permetessin lluitar contra un nombre cada vegada més significatiu de fenòmens transnacionals que tenen un impacte negatiu en els infants i els seus drets.

Per desenvolupar les seves activitats i els seus estudis comparatius sobre la infància i l'adolescència, l'Europe de l'Enfance necessitava un instrument tècnic i científic. L'any 2001, durant la presidència sueca de la UE, es va assignar a l'Observatori de Bèlgica l'estudi de viabilitat d'una xarxa europea de centres i observatoris d'infància. L'Observatori belga va treballar amb la col·laboració del centre italià Centro Nazionale di Documentazione e Analisi per l'Infanzia e l'Adolescenza,<sup>3</sup> i després d'un seguit de reunions preliminars fetes entre l'octubre del 2001 i el desembre del 2002, sota les presidències belga i espanyola, la xarxa es va constituir oficialment a Florència, el 24 de gener del 2003, durant la primera assemblea oficial dels membres de la xarxa. L'assemblea va decidir anomenar la xarxa *ChildONEurope, European Network of National Observatories on Childhood*<sup>4</sup> (Xarxa europea d'observatoris nacionals de la infància).<sup>5</sup>

Aquesta xarxa és un òrgan tecnicocientífic nascut el 2003, després de dos anys de treballs preparatoris, en el marc del Grup Permanent Intergovernamental L'Europe de l'Enfance. El seu objectiu serà promoure la incorporació de polítiques d'infància i de drets de l'infant en totes les polítiques socials de la UE, així com assessorar i assistir la Comissió Europea, i altres institucions europees, en relació amb l'impuls dels drets de l'infant, l'intercanvi d'informació i les bones pràctiques.

L'any 2005 Sandy Ruxon, investigadora independent que ja va elaborar el primer informe per a l'Euronet el 1999, en presenta un altre que també tindrà incidència en l'enfocament de les iniciatives del ChildONEurope: *What about us? Children's Rights in the European Union Next Steps*,<sup>6</sup> encarregat per l'Euronet i finançat conjuntament per la National Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC), el Save the Children (Regne Unit), el Rädda Barnen i el Bureau International Catholique de l'Enfance (BICE).

A l'octubre del 2006, l'expert independent per a l'estudi de la violència contra els infants, Paulo Sergio Pinheiro de Brasil, va presentar l'informe final a l'Assemblea General de l'ONU: *Report of the independent expert for the United Nations study on violence against children*. Aquest informe proporciona una imatge global de la violència contra els nens i les nenes entre els anys 2004 i 2005, i proposa recomanacions per prevenir-la i respondre-hi. Entre les seves recomanacions, i pel que fa a aquest tema, destaquem la recomanació general número 11: desenvolupar i implementar sistemàticament sistemes nacionals de recollida de dades i investigació:

“Recomano que els estats millorin la recopilació de dades i sistemes d'informació a fi de detectar subgrups vulnerables, informar de les polítiques i programes en tots els àmbits, i del seguiment en l'assoliment dels objectius de prevenció de la violència contra els infants. Els estats han d'utilitzar indicadors nacionals basats en normes internacionalment acordades i garantir que les dades són recopilades, analitzades i divulgades per monitorar el progrés en el temps. (...) Les

3. Vegeu: <http://www.minori.it/>.

4. Vegeu: <http://www.childoneurope.org/>.

5. ChildONEurope està integrat pels representants dels observatoris nacionals i dels ministeris nacionals encarregats de les polítiques per a la infància, mentre que L'Europe de l'Enfance està composta només pels representants ministerials. La Secretaria del ChildONEurope té la seva seu a l'Istituto degli Innocenti, Florència (Itàlia).

6. Vegeu: [http://www.crin.org/docs/Ruxton%20Report\\_WhatAboutUs.pdf](http://www.crin.org/docs/Ruxton%20Report_WhatAboutUs.pdf).

dades s'han de desglossar per sexe, edat, residència urbana o rural de la llar i les característiques de la família, l'educació i l'ètnia.”<sup>7</sup>

Per aquesta mateixa època, el gener del 2007, ChildONEurope publica el resultat d'un estudi: *Revisió dels sistemes nacionals d'estadístiques i registre del maltractament infantil*,<sup>8</sup> encarregat per l'Assemblea de la Xarxa Europea d'Observatoris Nacionals de la Infància, sobre els sistemes nacionals d'estadístiques i de registre de casos de maltractaments infantils en tots els països membres de la Xarxa. L'estudi pretenia donar resposta a la demanda d'un intercanvi més gran, entre els països membres, de dades i pràctiques en la recopilació de dades en el maltractament infantil. Arran dels resultats d'aquest estudi i del de l'ONU, la mateixa Assemblea proposa identificar els enfocaments i les metodologies útils per millorar la recollida de dades en aquest àmbit, fer un seguiment de tendències i canvis, i avaluar les polítiques i els programes de prevenció del maltractament de nens i nenes i d'atenció.

El juny del 2009 l'Istituto degli Innocenti publica les *Pautes sobre sistemes de recollida de dades i seguiment de maltractament infantil*, amb el propòsit d'oferir estàndards, definicions, criteris i experiències que puguin ajudar a desenvolupar sistemes de recollida de dades i seguiment del maltractament infantil, i a crear instruments operatius segons la situació i les prioritats de cada país, de forma que es puguin millorar les dades sobre casos coneguts.<sup>9</sup> En aquest document s'aborden les dimensions fonamentals en aquets tipus de projectes: institucional, cultural, organitzativa i metodològica, i, per garantir un sistema efectiu, es proposa que aquest sistema sigui:

- Flexible, adaptat i adaptable als sectors professionals que l'utilitzaran, segons el seu rol. Basat en observacions i informacions bàsiques i rellevants, i en el monitoratge del procés per orientar i agilitzar la recollida d'aquesta informació. S'ha de discriminar entre el diagnòstic de maltractament infantil i la detecció precoç i la preventiva de situacions de risc de maltractament fonamentades en l'observació.
- Obert capaç d'implicar a tots els sectors professionals que poden aportar informació i donar-hi resposta i suport. Això comporta generar una cultura de compartir i coordinar informació, que promogui la gestió col·lectiva de les situacions de maltractaments infantils o el risc de patir-los.
- Fiable en les dades en la mesura que és un sistema compartit, implantat i, en conseqüència, utilitzat per tots els sectors professionals per a la detecció, la notificació i el registre de casos de maltractament o de risc de patir-ne.
- Capaç d'emmagatzemar, que permeti arxivar, compartir dades i produir estadístiques de manera totalment anònima, útils per analitzar la realitat dels territoris i la fiabilitat del mateix sistema. Ha de ser un sistema segur, sotmès a la normativa legal per garantir la confidencialitat de les dades altament sensibles i la identitat de les persones de qui es recullen dades.

7. *Report of the independent expert for the United Nations study on violence against children*, pàgina 27: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/No6/491/05/PDF/No649105.pdf?OpenElement>.

8. *Revisió dels sistemes nacionals d'estadístiques i registre del maltractament infantil*, Istituto degli Innocenti, ChildONEurope Secretariat, Italian Childhood and Adolescence Documentation and Analysis Centre Documentation, Research and Training Sector, 2006.

9. *Pautes sobre sistemes de recollida de dades i seguiment de maltractament infantil*, Istituto degli Innocenti, ChildONEurope Secretariat, Italian Childhood and Adolescence Documentation and Analysis Centre Documentation, Research and Training Sector, 2009, pàgina 9.

## Observatori de la Infància

L'Observatori de la Infància és de naturalesa estatal, creat per l'Acord del Consell de Ministres l'any 1999 i adscrit, en aquell moment, al Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat. És una plataforma de participació de tots els agents socials que, d'una manera o una altra, treballen per promoure l'exercici dels drets i deures de la infància i l'adolescència en els seus diferents entorns, tant des de les diferents administracions públiques com des de les associacions d'infància.

Entre els seus grups de treball, l'Observatori compta amb el Grup de Maltractament Infantil, coordinat per l'Institut Madrileny del Menor i la Família,<sup>10</sup> que té les funcions següents:

- Impulsar el coneixement de la situació del maltractament infantil a Espanya amb la finalitat d'elaborar les recomanacions oportunes per a l'abordament d'aquestes situacions.
- Coordinar la informació i la normativa procedent de les recomanacions internacionals sobre aquesta matèria, a tots els efectes.
- Fomentar la creació de protocols per facilitar la intervenció professional.
- Implantar els fulls de detecció i notificació de casos de maltractament infantil en els diferents àmbits d'intervenció (serveis socials, educació, sanitat i policia).
- Crear un registre unificat de dades de maltractament infantil en línia.

Aquest grup de treball va elaborar un document amb la intenció de convertir-lo en manual de referència per a la sistematització en la recollida de dades: *Maltrato infantil: detección, notificación y registro de casos*, publicat el 2001 pel Ministeri de Treball i Assumptes Socials, i reimprès l'octubre de 2006.<sup>11</sup>

Les comunitats autònomes tenen transferides les competències en protecció a la infància i, concretament, pel que fa als maltractaments infantils, l'expectativa d'aquesta publicació és servir de guia o referència perquè, progressivament, les diferents comunitats autònomes vagin confluint en els seus protocols de detecció i actuació sobre les situacions de desprotecció de menors.<sup>12</sup> Per això, hi ha el propòsit de disposar de dades estatals que facilitin la quantificació i permetin conèixer la dimensió real del problema,<sup>13</sup> a partir de la unificació de criteris generals referents al concepte de maltractament infantil i de la intervenció sobre aquest, així com de proposar un model de fulls de notificació dels casos detectats que facilitin, d'una banda, la seva atenció i, d'altra banda, el manteniment de sistemes de vigilància epidemiològica.<sup>14</sup>

La iniciativa donarà com a resultat el projecte estatal RUMI: Registre Unificat de Maltractament Infantil, al qual Catalunya s'incorporarà l'any 2006. El projecte persegueix:

- Disposar de dades sobre la realitat dels maltractaments infantils a l'Estat espanyol. Dades per informar, a través de l'Observatori de la Infància, el ChildOnEurope: European Network of National Observatories on Childhood.
- Utilitzar un mateix sistema i metodologia en la recollida de dades en les

10. La Comunitat de Madrid inicia el Programa d'atenció al maltractament infantil l'any 1998 amb la implantació d'un sistema de recollida de dades i l'explotació d'aquestes, que dona lloc a la publicació d'una sèrie de monografies sobre la seva implantació en els àmbits de salut, serveis socials, infermeria, salut mental...  
Vegeu: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=Page&cid=1109266101003&idConsejera=1109266187278&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1109266227723&pagina=ComunidadMadrid%2FEstructura&sm=1109266101003>.

11. Enllaç al document: <http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/HojasDeteccion.pdf>.

12. *Maltrato infantil: detección, notificación y registro de casos*, Ministeri de Treball i Afers Socials, 2001, pàgina 11.

13. *Maltrato infantil: detección, notificación y registro de casos*, Ministeri de Treball i Afers Socials, 2001, pàgina 9.

14. *Maltrato infantil: detección, notificación y registro de casos*, Ministeri de Treball i Afers Socials, 2001, pàgina 11.



fases inicials de la detecció de maltractaments infantils.

- Compartir un mateix marc conceptual amb les comunitats autònomes sobre els maltractaments infantils: indicadors, tipologies i definicions.
- Implicar sectors professionals d'assistència o atenció directa a la infància i l'adolescència en la recollida de dades.

Aquest marc de referència deixava la llibertat a les comunitats autònomes, segons les seves peculiaritats, d'articular el desenvolupament i la implantació del registre RUMI dins del seu àmbit territorial, sempre que facilitessin la transmissió de dades per a la seva explotació estatal.

### **1.1.2. El context català**

#### **El projecte RUMI**

El projecte RUMI, tal com s'ha desenvolupat a Catalunya en els últims anys, s'inicia l'any 2006 i així l'anuncia, el juny d'aquell any, la consellera d'aquell moment del Departament de Benestar i Família de la Generalitat de Catalunya. Aquell mateix any s'elabora, i s'aprova, el Protocol marc d'actuacions en casos d'abusos sexuals i maltractaments greus a menors,<sup>15</sup> impulsat pel Síndic de Greuges de Catalunya i subscrit i assumit pels màxims responsables de les institucions i les administracions de Catalunya: la Delegació del Govern de l'Estat de Catalunya, la Presidència del Tribunal de Catalunya i els departaments de Justícia, Interior, Educació i Universitats, Salut i Benestar i Família de la Generalitat de Catalunya.

Cal assenyalar que aquest impuls el precedeix un fet tràgic: el cas Alba, una nena de 5 anys que va ser víctima de maltractaments greus, entre el 2005 i el 2006, amb danys i seqüeles greus a la seva persona, que va deixar al descobert les dificultats de detecció, notificació i coordinació dels serveis públics i administracions davant aquestes situacions. En aquest context, s'impulsen i s'articulen cinc mesures d'actuació per millorar l'atenció als infants en risc en un primer nivell: la creació dels equips de valoració de maltractaments infantils (EVAMI) i del Registre Unificat de Maltractament Infantil (RUMI), així com l'elaboració de protocols específics d'actuació contra els maltractaments, les taules territorials de coordinació i intervenció i l'increment de la plantilla dels equips d'atenció a la infància i l'adolescència (EAIA).

En aquesta etapa inicial, el projecte RUMI es definia dins dels mateixos paràmetres bàsics que establia el RUMI com a projecte estatal:

“Es fomentarà la sensibilitat de tots els professionals que interactuen amb menors per poder detectar possibles sospites o evidències d'un maltractament. Es treballarà per aconseguir establir unes mateixes pautes d'observació entre els professionals com, per exemple, que un professor observi si un menor mostra un cert grau d'absentisme escolar o que el metge sigui més receptiu a certs tipus de traumatismes quan atén l'infant a la seva consulta.

15. Enllaç al protocol: [http://www.sindic.cat/site/files/156/protocol\\_cast.pdf](http://www.sindic.cat/site/files/156/protocol_cast.pdf).

Per recollir aquestes observacions, tindran al seu abast un registre únic de maltractaments infantils, que gestionarà la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (d'ara endavant DGAIA). D'aquesta manera, qualsevol informació que desitgi aportar un professional sobre un menor determinat s'incorporarà en un mateix full de notificació normalitzat, fàcil d'emplenar, amb un llenguatge comú.

El registre unificat permetrà centralitzar tota la informació i integrar totes les notificacions procedents de diferents àmbits referents a un mateix infant. Així mateix, permetrà fer les consultes pertinents per conèixer l'existència d'antecedents en tots els actors implicats en el sistema de protecció.

Gràcies a aquest sistema, s'evitarà la dispersió de la informació relativa al menor i es podran activar les institucions i els serveis competents per oferir una protecció urgent i immediata, així com fer les consultes pertinents per conèixer l'existència d'antecedents i assessorar al comunicant.”<sup>16</sup>

Posteriorment, l'any 2007, es publica l'Ordre ASC/276/2007, de 18 de juliol, de creació del Fitxer unificat de maltractament infantil (DOGC núm. 4936, de 30.7.2007),<sup>17</sup> que ho regula de la manera següent:

“Nom del fitxer: Fitxer unificat de maltractament infantil.  
Finalitat i usos previstos: disposar d'un sistema d'informació del maltractament infantil, a efectes de detecció, de prevenció i estadístics.

Persones i col·lectius afectats: futurs nascuts i persones de 0 a 18 anys amb domicili a Catalunya o que s'hi trobin eventualment i que hagin estat o puguin ser víctimes de maltractament.

Persones i col·lectius obligats a subministrar les dades: qualsevol persona i especialment aquelles que per raó de la seva professió tinguin coneixement de l'existència de qualsevol maltractament a un infant o adolescent.

Procediment de recollida de dades: mitjançant formularis emesos principalment pels professionals dels àmbits educatiu, de la salut, de la seguretat ciutadana i dels serveis socials; notificacions d'òrgans administratius i resolucions judicials.

Estructura bàsica del fitxer: base de dades.”

## Del RUMI al RUMI Infància Respon

A finals de l'any 2007 es crea la unitat de professionals encarregada de rebre i gestionar les dades recollides a través del RUMI i, a la vegada, entre altres funcions, se'ls assigna la d'atendre el telèfon públic gratuït d'atenció a la infància: Infància Respon. El document que regula la unitat i el telèfon, Acord del Govern GOV/121/2007, de 16 d'octubre, pel qual es crea la Unitat de Detecció i Prevenció del Maltractament Infantil (UDEPMI),<sup>18</sup> determina

16. Vegeu la nota de premsa: [http://premsa.gencat.cat/pres\\_fsvp/AppJava/notapremsavw/detall.do?id=72184](http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/AppJava/notapremsavw/detall.do?id=72184).

17. Vegeu l'Ordre ASC/276/2007: [http://www20.gencat.cat/portal/site/portaldogc/template.PAGE/menuitem.c973d2fc58aa0083e4492d92b0c0e1a0/?javax.portlet.tpst=0cabbdc23d3d48ca42a538bab0c0e1a0&javax.portlet.prp\\_oca\\_bbd23d3d48ca42a538bab0c0e1a0=action%3Dfitxa%26documentId%3D446343%26mode%3Dsingle%26searchId%3D955056%26language%3Des\\_ES%26languageFitxa%3Des\\_ES&javax.portlet.begCacheTok=com.vignette.cachetoken&javax.portlet.endCacheTok=com.vignette.cachetoken](http://www20.gencat.cat/portal/site/portaldogc/template.PAGE/menuitem.c973d2fc58aa0083e4492d92b0c0e1a0/?javax.portlet.tpst=0cabbdc23d3d48ca42a538bab0c0e1a0&javax.portlet.prp_oca_bbd23d3d48ca42a538bab0c0e1a0=action%3Dfitxa%26documentId%3D446343%26mode%3Dsingle%26searchId%3D955056%26language%3Des_ES%26languageFitxa%3Des_ES&javax.portlet.begCacheTok=com.vignette.cachetoken&javax.portlet.endCacheTok=com.vignette.cachetoken).

18. Acord del Govern GOV/121/2007: <http://portal-dogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/5004/886654.pdf>.

que aquesta unitat interdisciplinària, formada per professionals dels àmbits psicosocial, mèdic i jurídic, oferirà una atenció permanent les 24 hores del dia, els 7 dies de la setmana, durant els 365 dies de l'any. L'Acord del Govern estableix els serveis que oferirà la unitat:

- Informació, assessorament i detecció de situacions problemàtiques per als infants i adolescents amb l'objectiu de prevenir conseqüències de risc.
- Recepció de les notificacions de possibles maltractaments infantils, de manera que facilitin la intervenció més adequada al cas.
- Activació dels protocols establerts dels infants maltractats, de manera que proporcionin la coordinació i la comunicació interinstitucionals necessàries per a una resposta ràpida i experta davant el maltractament infantil.
- Consulta i control del Registre Unificat de Maltractament Infantil (RUMI) i del Sistema d'informació de la infància i l'adolescència (Sini@).
- Activació dels equips de valoració de maltractament infantil (EVAMI) i dels altres equips especialitzats (equips d'atenció a la infància i l'adolescència (EAIA), equips tècnics dels centres d'acollida (ETCA), etc.).
- Adopció de mesures de protecció immediata i activació dels recursos necessaris per fer-les efectives.
- Servei d'Orientació i Mediació de la Infància i l'Adolescència (SOMIA), per atendre situacions conflictives entre l'infant i l'adolescent i el seu entorn familiar.

En el telèfon 900 300 777 Infància Respon, s'hi integra l'anterior Telèfon de la infància i l'adolescència i el Telèfon d'urgències.

La unitat s'organitza en dos equips: un equip de primer nivell per a la recepció, la valoració i l'atenció telefònica a ciutadans, serveis i professionals, i un equip de segon nivell per a l'atenció de les urgències de maltractament i les situacions de risc greu social procedents de serveis i professionals (Figura 1).

Funcions de l'equip de primer nivell, 900 300 777 Infància Respon:

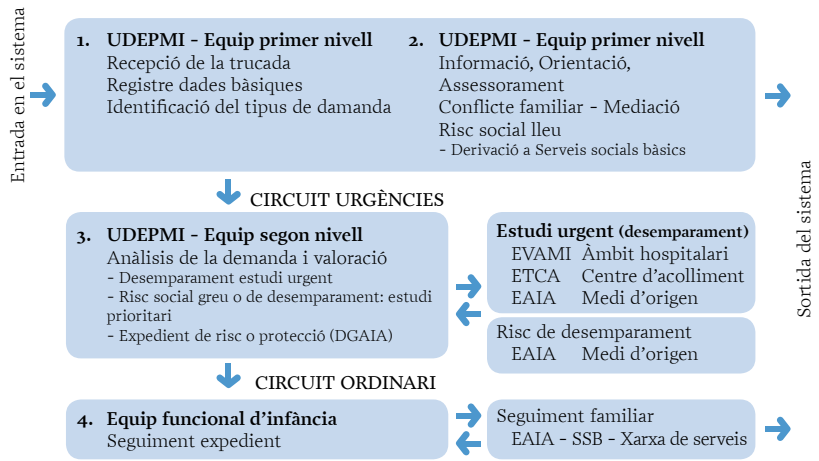
- Orientació i assessorament davant situacions conflictives de caire personal (relacionades amb l'infant o adolescent) o familiar per poder prevenir conseqüències de risc. Si escau, es farà la derivació al Servei d'Orientació i Mediació de la Infància i l'Adolescència (SOMIA).
- Informació als ciutadans sobre on anar davant de situacions de risc de maltractament o risc social.
- Assessorament a professionals sobre com actuar davant de la detecció d'un maltractament infantil o risc social.

Funcions de l'equip de segon nivell, Atenció a les Urgències:

- Recepció de les notificacions i activació del protocol a seguir segons el cas.
- Coordinació amb el derivant i la valoració de la informació rebuda per activar l'equip a intervenir o l'acció adequada per protegir el nen o nena.
- Coordinació amb altres agents externs que estiguin intervenint en el noi o noia i/o el seu nucli familiar.

- Retorn al derivant i altres agents per informar de les accions fetes, un cop finalitzada la intervenció.

Figura 1: Círcul d'atenció



## Del RUMI Infància Respon al portal web temàtic Infància Respon

A partir del 2006, s'impulsa un procés de participació per a l'elaboració d'una nova llei d'infància. Durant aquest procés, que culmina el maig del 2010 amb l'aprovació unànime del Parlament català de la Llei dels drets i de les oportunitats en la infància i l'adolescència,<sup>19</sup> es gesta i es genera un canvi de paradigma en les polítiques d'infància i adolescència a Catalunya. Això suposa la superació de l'enfocament de les polítiques de protecció per integrar i impulsar de la mateixa manera, i en un mateix marc normatiu, les polítiques de prevenció, protecció, promoció i participació de la infància i l'adolescència, fonamentades en els drets socials i civils dels infants menors d'edat com a ciutadans del present.

Durant l'execució del projecte RUMI Infància Respon, es desenvolupa la idea d'integrar, en un mateix espai i a la xarxa d'Internet, un portal web temàtic en infància i adolescència,<sup>20</sup> que preveuria tots aquells aspectes rellevants de la vida dels infants amb la finalitat de promocionar la seva ciutadania activa i la garantia dels seus drets. La web temàtica aniria dirigida tant a la infància i l'adolescència com a la resta de la ciutadania, els professionals i els agents implicats en la millora i el benestar de la infància i l'adolescència.

El portal se sostindria en dos models d'interacció a través de la xarxa: el Model de prevenció del maltractament i el Model de participació dels infants i adolescents en un rol de ciutadania activa. El portal hauria de disposar d'una sèrie de continguts en un espai públic, d'accés universal, i altres continguts

19. Llei dels drets i de les oportunitats en la infància i l'adolescència, DOGC 5641, 2.6.2010. Vegeu: [http://www20.gencat.cat/portal/site/portaldogc/menuitem.cb7c44c1c72cf6b43f6c8910b0c0e1a0/?vgnnextoid=485946a6e5df210VgnVCM100000b0c1e0aRCD&appInstanceName=default&action=fitxa&documentId=553898&language=ca\\_ES&newLang=es\\_ES](http://www20.gencat.cat/portal/site/portaldogc/menuitem.cb7c44c1c72cf6b43f6c8910b0c0e1a0/?vgnnextoid=485946a6e5df210VgnVCM100000b0c1e0aRCD&appInstanceName=default&action=fitxa&documentId=553898&language=ca_ES&newLang=es_ES).

20. Projecte web Infància Respon: <http://www20.gencat.cat/portal/site/bsf/menuitem.cb7c44c1c72cf6b43f6c8910b0c0e1a0/?vgnnextoid=260175cf2e5a4210VgnVCM1000008doc1e0aRCD&vgnnextchannel=260175cf2e5a4210VgnVCM1000008doc1e0aRCD&vgnnextfmt=default>.

reservats en un espai privat d'ús exclusiu per a professionals identificats.

El **Model de prevenció** s'ha conceptualitzat al voltant del Registre Unificat de Maltractament Infantil (RUMI) i del Mòdul de suport a la gestió del risc (MSGR). En aquest model el RUMI, a més de ser un registre de casos per a la comprensió del fenomen, constitueix un sistema per detectar antecedents i prevenir el maltractament infantil, mitjançant una gestió comuna, compartida i en xarxa de les situacions detectades, i potencialment permet fer estudis de prospecció, anàlisi de tendències i de necessitats, i planificar actuacions.

El **Model de participació** es desenvoluparia a partir del joc interactiu en línia *Coneixes els teus drets? Juga!*,<sup>21</sup> per a la difusió dels drets dels nens, nenes i adolescents d'una forma comprensible i lúdica, i constituïria el nucli principal del model de participació en línia. El joc parteix de dues grans imatges animades i interactives que permeten informar-se sobre els 24 drets, en el cas de nens i nenes, i sobre 32 en el cas d'adolescents, i deixar-ne en un mur l'opinió de manera anònima. Ofereix, a més, la possibilitat de compartir cada un dels drets (mitjançant animacions) amb la seva explicació a través de les xarxes socials. També permet a cada infant i adolescent crear la seva pròpia campanya de difusió dels drets, ja que posa a la seva lliure disposició els elements visuals del joc (animacions i titulars) per iniciar una cadena comunicativa: "No trenquis la cadena dels teus drets", per qualsevol dels mitjans habituals d'Internet (correu electrònic, Facebook, Twitter i altres xarxes socials o mitjans 2.0) o, fins i tot, físic (amb la impressió i la distribució del material creat). Aquest material, generat per infants i adolescents, permetria una comunicació horitzontal directa entre el públic destinatari del joc i la difusió dels continguts dels drets amb un llenguatge propi.

Altres funcionalitats de la web temàtica Infància Respon haurien de ser:

- Accés a protocols d'actuació, enllaços a portals, pàgines web i documentació d'interès: jocs interactius, articles, bibliografia, publicacions, informes, directrius, etc.
- Preguntes freqüents (FAQ),<sup>22</sup> on es recollirien i publicarien les respostes als dubtes, i les qüestions i les preguntes més freqüents.
- Fòrums, xats i processos participatius tant per a infants i adolescents com per a la resta de la ciutadania i els professionals.

---

## 1.2. Desenvolupament del projecte

El projecte RUMI, que en els seus primeres passos, l'estiu del 2006, es va orientar a establir un protocol i un sistema de recollida de dades en l'àmbit hospitalari amb el Departament de Salut, no es va plantejar fins a un any després com un projecte a gran escala que impliqués a tots els sectors professionals amb diferents línies d'actuació.

### 1.2.1. El RUMI/Hospitals

En els inicis del projecte, és urgent disposar de mecanismes de coordinació,

---

21. Enllaç al joc: <http://bsf2.gencat.cat/infancia/index.php>.

22. *Frequently asked questions.*

detecció o notificació per als casos greus de maltractaments infantils. El projecte s'inicia amb el Departament de Salut, amb l'objectiu d'establir un protocol i sistema de recollida de dades en els casos greus que, en salut, s'identifiquen com a aguts.

Es prioritzen, doncs, els casos aguts atesos en els hospitals per la seva transcendència en la salut i la necessitat d'actuar amb urgència en l'adopció de mesures de protecció, i en la valoració psicosocial immediata.

Aquest procés consistirà entre el juliol del 2006 i el juny del 2007, en el següent:

**Creació dels equips de valoració de maltractament infantil (EVAMI), el setembre de 2006**, amb la funció d'assessorar els centres hospitalaris davant de casos de maltractaments o amb la sospita d'haver-se'n produït, i la de fer una valoració psicosocial d'urgència per concretar si cal adoptar mesures de protecció i, si és necessari, determinar la ubicació provisional de l'infant o l'adolescent.

**Publicació del Protocol d'actuació clínicoassistencial de maltractaments aguts a la infància, l'octubre de 2006**. Aquest protocol és una actualització del que ja es va publicar el 1999, amb l'objectiu d'homogeneïtzar els criteris clínics de detecció del maltractament infantil i establir els circuits i els procediments en la detecció i la notificació dels casos. Proporciona un formulari de notificació del maltractament detectat i els criteris per utilitzar-lo i tramitar-lo.

**Creació dels primers sistemes de registre i notificació de casos, del setembre al desembre de 2006**. En un primer moment, es va crear un sistema de registre mitjançant recursos ofimàtics (el setembre de 2006) (la versió impresa es va annexar al Protocol d'actuació clínicoassistencial de maltractaments aguts a la infància) i, posteriorment, es va construir una aplicació informàtica per al registre, l'arxiu i l'enviament dels registres (el desembre de 2006), encara que no es va arribar mai a publicar-la. Tots dos proposaven un registre digitalitzat de les dades, el seu enviament encriptat per correu electrònic i, finalment, l'emmagatzematge d'aquestes en una base de dades.

**Adopció del Pla pilot per a la implementació del formulari RUMI/Hospitals, el novembre de 2006**. El formulari es presenta en dos formats: digital i imprès. Tots dos formats són provisionals i s'utilitzen per iniciar el procés d'implementació del Registre Unificat de Maltractaments Infantils en una mateixa base de dades. El formulari digital és el mateix que es publica a l'annex del Protocol d'actuació clínicoassistencial de maltractaments aguts en la infància, editat pel Departament de Salut, i se'n recomana l'ús generalitzat com a instrument de notificació homogeneïtzat.

**Establiment del formulari de notificació del RUMI/Hospitals en un entorn web, el maig de 2007**. A partir del gener del 2007, el Departament de Salut proposa que el formulari de registre i l'arxiu de dades es construeixin, s'allotgin i arxivin en l'entorn web corporatiu del Departament de Salut. Això donarà com a resultat una versió breu del formulari de registre i notificació recollit en

el Protocol d'actuació clínicoassistencial de maltractaments aguts a la infància del 2006.

**Establiment d'un conveni entre el Departament d'Acció Social i Família i l'Institut de Recerca sobre Qualitat de Vida (IRQV) de la Universitat de Girona, el juny del 2007**, per disposar de suport acadèmic i tècnic per a la implantació d'un sistema de prevenció, detecció i abordament del maltractament infantil mitjançant la creació d'un sistema informatitzat d'informació que permet discriminar entre situacions de risc i situacions de maltractaments, i proporciona un coneixement del fenomen i de la seva realitat territorial que, a la vegada, permeti fer-ho extensible a altres àmbits (educatiu, dels cossos de seguretat, dels serveis socials), de manera que no quedi restringit al sanitari i, més concretament, a l'àmbit hospitalari, entorn al qual s'havia creat el RUMI-Hospitals.

---

### 1.3. Conceptualització del projecte RUMI Infància Respon

Aquest període preliminar va permetre disposar del temps necessari per poder conceptualitzar i gestar una idea millor del projecte a desenvolupar. En aquesta etapa de definició del projecte RUMI, tindrà una incidència important la creació de la Unitat de Detecció i Prevenció del Maltractament Infantil (UDEPMI) i l'establiment d'una única línia de telèfon d'atenció pública a la infància. L'enfocament del projecte en aquest període abasta, ja, tots els sectors professionals implicats i aporta elements de valor pensats per als professionals que van utilitzar el registre, tals com amigabilitat, usabilitat, *feedback* en les notificacions i accés compartit a la base de dades.

S'elabora el pla de projecte i es desenvolupa amb la col·laboració de l'Àrea de les Tecnologies de la Informació i la Comunicació del Departament d'Acció Social i Ciutadania.

Entre el juliol del 2007 i el juliol del 2008 s'obtenen els resultats següents:

**Publicació en el Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (núm. 4936, de 30.7.2007)<sup>23</sup> de l'Ordre ASC/276/2007, del 18 de juliol, de creació del Fitxer unificat de maltractament infantil, el juliol de 2007**, explicat amb detall en l'apartat anterior 1.1.2.

**Elaboració del Pla de desenvolupament del RUMI, el setembre de 2007.** Aquest Pla proposa accions a diferents nivells: el desenvolupament interdepartamental del RUMI entre els sectors de salut, educació, serveis socials i interior; l'elaboració de protocols interdepartamentals bilaterals des del sector de serveis socials amb la resta de departaments implicats; la creació d'un pla d'acció per a la implementació del RUMI-Hospitals a tota la xarxa d'hospitals de Catalunya i d'una campanya de comunicació i divulgació dels protocols i del RUMI, a més, d'una estructura funcional de diferents nivells i equips amb cada un dels departaments, l'empresa de consultoria i l'IRQV de la Universitat de Girona.

23. Vegeu l'Ordre ASC/276/2007 a: <http://portal-dogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/4936/927657.pdf>.

**Licitació d'un contracte de serveis de consultoria i assistència tècnica per a l'elaboració del Pla del projecte que defineix les línies mestres funcionals i les tecnològiques del Registre Unificat de casos de Maltractaments Infants, el novembre de 2007.** En aquest projecte s'estudiaran les necessitats actuals i les futures per al Registre Unificat de Maltractaments quant a infraestructures i sistemes d'informació per poder dotar-se dels recursos més adequats a les necessitats. A més, s'estudiaran les necessitats de cada un dels àmbits d'intervenció externs implicats en el registre: educació, salut, serveis socials i cossos de seguretat, per definir el sistema més adequat de canalització de la informació en cada cas, és a dir, interfícies amb sistemes d'informació existents o bé accés directe al registre.

**Publicació en el Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (núm. 5004, de 28.11.2007)<sup>24</sup> de l'Acord del Govern GOV/121/2007, de 16 d'octubre, pel qual es crea la Unitat de Detecció i Prevenció de Maltractament Infantil (UDEPMI), el novembre de 2007,** ja exposat a l'apartat 1.1.2.

**Presentació de la conceptualització del projecte i d'un primer prototip de RUMI, el maig de 2008.** Com a resultat dels serveis de consultoria i assistència tècnica, a partir de la recollida i l'elaboració del catàleg de requeriments i de l'estudi previ a l'anàlisi funcional del sistema, es concreta la conceptualització del projecte en tots els seus aspectes, tant tècnics com tecnològics, i s'elabora el Pla d'acció per a la construcció del RUMI Infància Respon. A més, es construeix un prototip no funcional de com es podria visualitzar l'aplicació en línia des de la xarxa.

---

#### **1.4. Construcció del RUMI Infància Respon**

La construcció del RUMI Infància Respon s'inicia en la segona meitat del 2008 amb la licitació del concurs per contractar l'empresa tecnològica encarregada de la construcció i culminarà, en part, l'estiu del 2011 amb la publicació de l'accés públic al nucli bàsic de funcionament del RUMI Infància Respon: el Mòdul de suport a la gestió del risc (MSGR). Quedarà pendent la implementació tecnològica en cada un dels departaments implicats, les seves parts respectives, i el desplegament entre els professionals del seu àmbit per a la implantació total del RUMI Infància Respon.

Aquesta etapa es desenvolupa entre l'agost del 2008 i el juliol del 2011, amb els resultats següents:

**Elaboració del Pla d'implementació 2009-2010 del RUMI, el setembre de 2008.** Aquest Pla d'acció comprendrà la valoració i la determinació de l'impacte que el RUMI Infància Respon tindrà en cada un dels departaments implicats, des del punt de vista professional, per a la formació en l'ús del RUMI Infància Respon o en qualsevol altre nivell que incideixi en la implementació integral del sistema en tots els departaments implicats.

---

24. Vegeu l'Acord del Govern GOV/121/2007 a: <http://portal-dogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/5004/886654.pdf>.



**Licitació d'un contracte de serveis d'anàlisi, de desenvolupament, de proves i d'implementació del portal Infància Respon i del Registre Unificat del Maltractament Infantil (RUMI), l'octubre de 2008.** Aquest contracte es licita per un valor de 387.931,03 euros i, tal com s'indica, ha de preveure la construcció del RUMI en una web: Infància Respon. En aquesta web s'allotjarà tant el Mòdul de suport a la gestió del risc (MSGR) com el RUMI, entès com una base de dades per al seu allotjament, gestió, explotació estadística i estudis de prospecció.

**Procés participatiu per a la validació tècnica de l'MSGR,<sup>25</sup> de desembre de 2009 a maig de 2010.** Per garantir la funcionalitat, la usabilitat, la implementació i l'acceptació a tot el col·lectiu de professionals dels diferents sectors que utilitzaran el sistema, i la validesa del sistema construït, es planifica un procés de participació a gran escala en tot el territori català, a partir de les jornades territorials, on es presenta el projecte i es conviden els professionals dels diferents sectors a participar en el procés de validació.

**Proves per a la validació tecnològica del producte, de maig de 2010 a març de 2011.** En la fase final de la construcció de tot instrument tecnològic, per garantir que la part tècnica de l'MSGR ja ha estat validada en el procés participatiu esmentat, s'han de fer les proves de tot el sistema i en tots els perfils d'usuari que el sistema prevegi per garantir que no té errors funcionals i així poder validar definitivament el producte per instal·lar-lo posteriorment en els servidors i obrir-lo a la xarxa d'Internet per al seu accés públic i privat, segons correspongui.

**Conveni interdepartamental per a la implementació del RUMI Infància Respon, el novembre de 2010.<sup>26</sup>** A les acaballes del 2010, els departaments implicats en la implementació del RUMI Infància Respon, acabades totes les accions per al desenvolupament tècnic i tecnològic del sistema, decideixen firmar un conveni en què es comprometen a desenvolupar i implementar en els seus sistemes propis de gestió els canvis necessaris per a la connexió amb el RUMI Infància Respon, i també a preparar i formar els seus professionals en la utilització del sistema i a donar-los suport.

**Obertura a la xarxa del Mòdul de suport a la gestió del risc (MSGR),<sup>27,28</sup> el juliol de 2011.** L'estiu de 2011 es penja a la xarxa per a l'accés de tota la ciutadania i els professionals la part pública de l'MSGR de què consta el RUMI. Aquest mòdul permet a qualsevol persona registrar informació respecte a situacions observades i obtenir una valoració del sistema sobre la gravetat i el risc de la situació de maltractament detectada, així com les accions que es recomanen fer davant d'aquesta situació, a més de la possibilitat de disposar d'un arxiu digitalitzat i imprimible de les dades introduïdes en el mòdul, tal com es veurà amb detall més endavant.

25. Mòdul de suport a la gestió del risc.

26. Acte de firma del conveni: [http://premsa.gencat.cat/pres\\_fsvp/AppJava/notaprensavw/detall.do?id=55849&idioma=0&departament=1&canal=2](http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/AppJava/notaprensavw/detall.do?id=55849&idioma=0&departament=1&canal=2)

27. Vegeu: <https://dps.gencat.cat/rumi/AppJava/simulacio/simulacio.html>.

28. Vegeu: <http://blocs.gencat.cat/blocs/AppPHP/PDIA/2011/07/07/pdiac-el-simulador-del-rumi/>.



## 1.5. El portal web temàtic Infància Respon

29. Llei dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència (DOGC 5641, 2.6.2010) a: [http://www20.gencat.cat/portal/site/portaldogc/menuitem.c973d2fc58aa0083e4492d92boco1e1a0/?vgnextoid=485946a6e5dfe210VgnVCM100000boc1e0aRCRD&appName=default&action=fitxa&documentId=553898&language=ca\\_ES&newLang=ca\\_ES](http://www20.gencat.cat/portal/site/portaldogc/menuitem.c973d2fc58aa0083e4492d92boco1e1a0/?vgnextoid=485946a6e5dfe210VgnVCM100000boc1e0aRCRD&appName=default&action=fitxa&documentId=553898&language=ca_ES&newLang=ca_ES).

30. Text de la Convenció sobre els drets de l'infant aprovat per l'Assemblea General de les Nacions Unides. Resolució 44/25, de 20 de novembre de 1989. Vegeu: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>.

31. Referència a la construcció de la futura web temàtica Infància Respon a: [http://premsa.gencat.cat/pres\\_fsvp/AppJava/notapremsavw/detall.do?id=55849&idioma=0&departament=1&canal=2](http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/AppJava/notapremsavw/detall.do?id=55849&idioma=0&departament=1&canal=2)

32. Referència a la construcció de la futura web temàtica Infància Respon a: <http://www20.gencat.cat/portal/site/bsf/menuitem.cb7c44c1c72cf6b43f6c8910boco1e1a0/?vgnextoid=260175cf2e5a4210VgnVCM1000008doc1e0aRCRD&vgnextchannel=260175cf2e5a4210VgnVCM1000008doc1e0aRCRD&vgnextfmt=default>

33. Vegeu l'Observació general núm. 5 a: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/comments.htm>.

Tal com ja s'ha comentat en l'apartat de conceptualització del projecte, durant la segona meitat del 2010, una vegada aprovada a finals de maig d'aquell any la Llei dels drets i de les oportunitats en la infància i l'adolescència<sup>29</sup> per unanimitat del Parlament de Catalunya, s'impulsa un projecte de participació a la xarxa per a la difusió i la disseminació del coneixement sobre els drets de la infància i l'adolescència tal com es recullen en la Convenció sobre els drets de l'infant.<sup>30</sup> El projecte es concreta amb el joc interactiu a la xarxa ja esmentat: Coneixes els teus drets? Joga!, i es valora que pugui formar part d'una web temàtica amb domini propi:<sup>32-33</sup> [infanciarespon.gencat.cat](http://infanciarespon.gencat.cat), on també s'inseriria un model de prevenció a partir del RUMI Infància Respon ([infanciarespon.gencat.cat/RUMI](http://infanciarespon.gencat.cat/RUMI)).

Aquest escenari suposaria donar un bon final a un projecte integrat de provisió, protecció, prevenció, promoció i participació, basat en els drets dels nens, nenes, adolescents, i així garantir el compliment a les recomanacions del Comitè dels Drets de l'Infant que, mitjançant l'Observació general núm. 5 sobre les mesures generals d'aplicació de la Convenció sobre els drets de l'infant,<sup>33</sup> parla del desenvolupament d'estratègies nacionals i integrals.

# Bases teòriques sobre les quals es fonamenta el procés de disseny de l'MSGR

## 2.1. Introducció

En diferents comunitats autònomes de l'Estat, el procés d'implantació d'un registre de maltractaments infantils (generalment anomenat RUMI, Registre Unificat de Maltractaments a la Infància) va mostrar moltes resistències dels professionals, fins al punt que, anys després, el registre funciona amb un rendiment molt baix. L'anàlisi de la situació indica que el problema no és que els professionals no tinguin sensibilitat, sinó que més aviat està relacionat amb els fets que: (a) el funcionament del registre és viscut com una feina afegida pels professionals, sense que en tinguin cap retroalimentació ni els reporti cap avantatge clar; (b) la implantació es va fer de dalt a baix, sense cap participació dels professionals de qui depèn el seu bon funcionament, i, en conseqüència, el sistema no el senten seu, els resulta aliè.

És per tot això que, en dissenyar l'MSGR, ens vàrem plantejar ampliar molt la perspectiva: calia alguna cosa més que un registre de casos de maltractaments ja consumats; el que calia era una eina útil per a tots els implicats en el procés de detecció i avaluació de situacions de risc en infants o adolescents, i aquesta eina hauria de ser assumida pels professionals com a pròpia, per tant, calia dissenyar-la i implantar-la de forma participativa.

Es per això que vàrem partir de les premisses següents:

- Cal una eina que faciliti la recollida i la sistematització d'observacions i la reflexió a l'entorn d'aquestes observacions, que sigui útil per a qualsevol persona que estigui en contacte amb infants, particularment per a aquells professionals que no treballen habitualment amb casos de maltractaments, però que per les seves tasques en poden detectar.
- La recollida d'observacions, d'entrada, no és una tasca només d'especialistes. Qualsevol professional en contacte amb infants hi pot contribuir. En principi, tota informació pot ser útil i, per tant, cal no desestimar cap observació.
- No s'han de confondre les observacions (que pot fer tothom) amb una avaluació d'indicadors de risc (tasca d'experts i interdisciplinària). Són moments diferents d'un mateix procés de recollida de dades.
- Als equips d'experts (generalment especialitzats i interdisciplinaris; a Catalunya, fonamentalment, els EAIA) els resulta útil disposar d'un ventall d'observacions reflexionades, elaborades i filtrades, fetes per qualsevol observador fiable, fins i tot per un no expert. La disposició de certes informacions fiables pot facilitar, i fins i tot accelerar, la seva tasca.

- Integrar en un únic portal informàtic la notificació de casos greus amb altres activitats d'observació, comunicació, reflexió i coordinació entre professionals potencialment pot comportar una agilització rellevant de tot el sistema.
- Si el sistema permet guardar la informació de cada observador que introdueixi dades, el mateix observador podrà seguir treballant-hi, i el conjunt del sistema acumularà dades estadístiques fins ara inaccessibles. Per això el sistema cal que convidi a tot usuari a actualitzar les dades de casos reals i que aquest vegi que utilitzar el sistema li resulta útil. Això no exclou que l'MSGR també pugui funcionar com un simple simulador per analitzar casos ficticis o situacions hipotètiques.

---

## 2.2. Bases epistemològiques

A la literatura científica y professional hi trobem un ús freqüent del concepte *indicador de risc* sense que sigui fàcil trobar també una reflexió i una anàlisi sobre la seva fonamentació epistemològica.

### 2.2.1. El risc i els factors de risc

Històricament, l'ús del concepte *risc*, igual que el concepte vinculat *factor de risc*, té l'origen en estudis poblacionals, sovint de caràcter epidemiològic. Denominem *indicadors de risc* o *factors de risc* a 'aquelles variables o conjunts de variables que mitjançant la recerca científica hem arribat a identificar que augmenten la probabilitat d'un esdeveniment considerat negatiu o no desitjable' (Casas, 1998).

Mitjançant aquesta recerca s'han anat identificant:

- **Variables presents en subconjunts de la població amb freqüència molt (indicadors de risc).** Per exemple, fa molts anys que sabem que entre el subconjunt d'infants maltractats físicament i també entre el subconjunt d'infants que estan acollits a institucions, perquè les seves famílies no els poden atendre adequadament, així com entre el subconjunt dels menors infractors, s'observa un percentatge molt més elevat de casos amb un progenitor alcohòlic que a la mitjana general de la població. Això ens permet fer la hipòtesi que no hi ha una relació directament causal, sinó probabilística, entre el factor de risc i l'esdeveniment negatiu o no desitjat. Seguint amb l'exemple, d'una banda, generalment només entre un 25 i un 30% dels infants de cadascun d'aquests subconjunts referits tenen un progenitor alcohòlic, xifra molt llunyana al 100% que determinaria una relació causal. D'altra banda, no tots els progenitors alcohòlics acaben maltractant els seus fills, ni aquests acaben sent internats per aquesta o una altra raó, ni acaben delinquent; només és un percentatge relativament reduït. Per tant, a diferència del nivell poblacional, en el nivell individual, la probabilitat que un indicador de risc acabi en un esdeveniment negatiu o no desitjable oscil·la entre el 0 i el 100%. Com ja deia Bunge (1975) referint-se als indicadors en general, i no sols als de risc, les relacions entre els indicadors i la realitat indicada són una hipòtesi, i, per tant, és una proposició

corregible, i seria erroni anomenar-la definició operacional. Per confirmar la hipòtesi ens caldrà un marc teòretic. Fins i tot en el nivell poblacional aquest marc és complex de definir, atès el fet que molts indicadors, com ara l'alcoholisme d'un progenitor, són de multirisc, és a dir, no específics d'un sol tipus d'esdeveniment (la qual cosa ha dut a alguns autors a parlar de multicausalitat, concepte que no seria estrictament aplicable aquí).

- **Variables que, segons tests empírics científicament avalats, s'ha mostrat que mantenen relació (són factors de risc relacionats)** amb l'aparició o la permanència d'esdeveniments considerats negatius o no desitjables. Aquests tests generalment es fan amb poblacions molt concretes, de tipus clínic, o bé sotmeses a programes d'intervenció social o psicosocial ben controlats (els tests de caràcter estrictament experimental són molt difícils en aquest àmbit per raons ètiques òbvies). Per exemple, agafant mostres de progenitors maltractadors, s'ha comprovat quants havien estat maltractats pels seus progenitors, o per altres persones, durant la seva infantesa i en quines circumstàncies (és a dir, amb quins factors associats), i s'ha constatat l'existència de relacions estadísticament significatives entre les variables.
- **Variables que semblen actuar com a catalitzadores o contextualitzadores**, és a dir: que quan estan presents poden accelerar o incrementar la probabilitat que els esdeveniments negatius o no desitjables es precipitin, malgrat que sembla provat que per si soles tenen una influència mínima o no en tenen cap sobre aquests esdeveniments. Per exemple, pertànyer a una família monoparental no té cap relació amb el fet de rebre maltractament. Però quan un infant viu en un context de dificultats econòmiques familiars continuades, o està sota la guarda d'una persona alcohòlica, la probabilitat d'un esdeveniment negatiu o no desitjat augmenta en el context d'una família monoparental.
- **Variables de contenció o protectores**, que semblen esmorteir o disminuir la probabilitat que els esdeveniments negatius o no desitjables es precipitin. En alguns casos semblen actuar com a variables catalitzadores positives, però en d'altres es comporten com a variables més actives, de contra-risc. Per exemple, tenir una àvia cuidadora pot estalviar a un infant esdeveniments negatius o no desitjables, malgrat sigui fill de mare sola, drogoaddicta i amb dificultats econòmiques.
- **Variables de disminució de l'impacte**, que no garanteixen que no aparegui l'esdeveniment negatiu o no desitjat, però que fan més probable que les conseqüències de l'esdeveniment en la vida de l'infant siguin menys greus. Per exemple, el fet de tenir una creença que dóna sentit global a la pròpia vida s'ha mostrat en múltiples recerques com un factor de resiliència als esdeveniments vitals estressants. En la literatura sobre factors de resiliència cal posar-se d'acord en la diferència entre resiliència individual i resiliència social. Aquesta segona estaria més relacionada amb les variables de contenció o protectores descrites a l'apartat anterior, però potser alhora també amb les variables de disminució de l'impacte.

No és fàcil respondre a la pregunta: risc de què? La idea d'un esdeveniment considerat negatiu o no desitjat requereix molta anàlisi. Sovint algú es refereix a la literatura científica, i fins i tot a textos legals, com aquells esdeveniments que són perjudicials per al desenvolupament integral de l'infant i per al seu

benestar. Malgrat que serveixi com a primera aproximació, aquesta afirmació no deixa de ser molt genèrica. Sembla al·ludir a un consens científic sobre què és perjudicial per al desenvolupament d'un infant i per al seu benestar. Però en el fons al·ludeix també (i potser sobretot) a un consens social, que només donarà lloc a actuacions socials si es converteix en consens sociopolític. Sense aquests altres consensos, l'existència del consens científic només podria donar lloc a actuacions individuals, i molt difícilment a actuacions col·lectives o institucionals.

Un clàssic consens social i sociopolític (reflectit en textos legals) ha semblat sempre estar establert a l'entorn del concepte *alt risc social*. Quan el risc és alt, cal actuar. Malgrat tot, no sembla que ningú s'hagi atrevit mai a quantificar la "probabilitat alta" (versus la "probabilitat no alta") d'un esdeveniment negatiu o no desitjat per a un infant, per tant, aquest concepte sembla tenir més un valor simbòlic que no pas científic. Ningú no sap què és un risc alt, per la qual cosa la decisió es desplaça a una valoració tècnica.

Un problema clàssic es determina quan de la identificació de factors de risc poblacionals, és a dir, d'indicadors socials de risc (indicadors impersonals), que permeten planificar actuacions preventives inespecífiques, se n'extreuen conclusions des del punt de vista personalitzat, i es pretenen planificar actuacions individualitzades. Cal tenir en compte que les probabilitats del risc poblacional no són les mateixes que les del risc individual. Calen les dues coses: prevenir poblacionalment des del punt de vista genèric, i prevenir individualment des del punt de vista específic.

Els consensos sovint (i sembla que cada cop més al llarg dels darrers anys) es reflecteixen en l'acotació més precisa del "risc de què?"; però això no garanteix que es defineixin "riscos excloents entre si". Hem vist com cada vegada s'utilitzen més les expressions "risc de desemparament", "risc de maltractament físic", "risc d'abús sexual", etc., en un intent d'acostar la realitat social a la normativització legal de les actuacions. No s'ha d'oblidar mai, però, que la normativització està relacionada amb hipòtesis sobre la realitat, no amb definicions operacionals de la realitat. La normativització no salva, en absolut, el problema de la valoració tècnica de la concurrència de dades sobre el risc.

Al llarg del temps, el risc associat a factors o a indicadors ha anat adquirint diversos sentits, sovint relacionats, però no necessàriament idèntics, i a la pràctica s'ha instrumentalitzat per a cadascun d'aquests propòsits:

- El risc com a predicció d'esdeveniments futurs.
- El risc com a acumulació d'evidència que possiblement estigui esdevenint quelcom negatiu o no desitjat.
- El risc com a càlcul de la gravetat d'uns esdeveniments.
- El risc com a valoració per a la presa de decisions. Generalment, aquest darrer sentit acumula d'alguna manera tots els altres.

### 2.2.2. Els indicadors i els indicadors de risc

Els indicadors són artefactes epistèmics que ens permeten aproximar-nos al coneixement de realitats complexes, no directament mesurables (Casas, 1989). Ara bé, Bunge (1975) advertia que malgrat que tots els indicadors poden ser variables, no totes les variables disposen d'indicadors per mesurar-les o avaluar-les.

Els indicadors són dades observables sobre una realitat concreta, però cal distingir-ne dos grans tipus:

- **Hi ha indicadors que formen part de conjunts de variables, directament observables, que configuren un fenomen complex.**

Si una realitat està formada per una gran quantitat de variables observables, pot ser necessari o pertinent seleccionar les més indicatives del fenomen, per tal de fer-ne una avaluació viable, atès que reunir grans quantitats de dades d'un mateix fenomen pot ser molt costós o, fins i tot, inviable. De vegades l'exhaustivitat pot requerir tant temps que, en recollir totes les dades pertinents, el mateix fenomen pot haver canviat pel pas del temps. Per exemple, la taxa de mortalitat infantil es pot adoptar com un indicador, entre d'altres, del bon funcionament dels serveis de neonatologia en un territori determinat, malgrat que sabem que el bon funcionament d'aquests serveis depèn també de moltes altres variables.

- **Hi ha indicadors que permeten escrutar fenòmens formats per conjunts de variables que no són directament observables.**

Generalment, aquests fenòmens estan referits per constructes relativament abstractes. Molts fenòmens psicosocials només es poden estudiar mitjançant sistemes d'indicadors indirectes. Per exemple, la cohesió social d'un grup o comunitat, la inseguretat ciutadana, la satisfacció dels usuaris amb un servei, no es poden "fotografiar" directament. Ens calen instruments psicomètrics, qüestionaris o altres tècniques subjectives de recollida de dades, per tal de poder-los avaluar i tenir-ne un coneixement aproximatiu.

Mentre que un càlcul del **risc poblacional** pot utilitzar alguns indicadors del primer conjunt, l'avaluació del **risc individualitzat** només pot utilitzar-ne (ara com ara) del segon tipus.

Les ciències humanes i socials han avançat molt més en la definició de l'ús d'indicadors quantitius que en la de qualitius. Clàssicament, s'ha definit que els indicadors són manejables científicament quan són mesurables i s'utilitzen en el si de teories ben definides, sobretot si són d'abast mitjà, fins i tot quan els indicadors no són específics d'aquell fenomen. Blalock (1969) ho definia de la manera següent:

"Una variable indicadora pot estar enllaçada amb diverses i diferents variables teòriques o subordinades i, aleshores, és difícil assolir-ne inferències... com més alt sigui el nivell d'abstracció (d'una teoria), en el sentit d'incloure classes més inclusives, més difícil serà enllaçar-hi indicadors mesurats a aquests conceptes abstractes. Alhora, com més àmplia sigui la varietat de situacions a les quals s'aplica aquesta teoria, més gran serà la selecció d'indicadors, i potser serà més gran la

confiabilitat que caldrà donar a l'ús d'indicadors múltiples.”

En aquest sentit, els indicadors de risc social en la infància, entesos com a indicadors de la probabilitat d'un esdeveniment considerat negatiu o no desitjable, estarien a un nivell molt elevat d'abstracció, i la seva adscripció a una teoria general del risc social sembla excessivament ambiciosa ara com ara. Sembla que el progrés del coneixement científic hauria d'anar per la via de disposar de nivells menys abstractes de riscos (per exemple, riscos a cada un dels diferents tipus de maltractament que ara com ara podem definir), i de posar a prova el funcionament dels seus indicadors utilitzant teories d'abast mitjà, davant de la recerca científica actual. No obstant això, ni cal ni es pot renunciar a l'objectiu últim de comprovar que hi ha indicadors que tenen efectes i impactes múltiples en la vida dels infants i adolescents, i que, per tant, també cal anar acumulant coneixement en la seva comprensió.

### **2.2.3. La seqüència de les observacions als indicadors**

Per sistematitzar la reflexió sobre com gestionar les dades que poden estar relacionades amb situacions de risc que poden afectar infants i adolescents, hem dissenyat una figura que sintetitza les activitats que cal desenvolupar (figura 2).

A efectes analítics hem imaginat que les dades segueixen vuit fases, que es poden resumir en tres grans etapes: la de recollida d'informació, la d'avaluació de les dades com a indicadors de risc i la de valoració de resultats en funció de les decisions adoptades a partir d'aquesta avaluació.

Tot seguit detallarem una mica més els aspectes que estan implicats en cada una d'aquestes fases.

#### **Etapa de recollida d'informació i inici de la gestió del risc**

Aquesta etapa se centra en el treball amb observacions. A diferència del treball amb indicadors, no cal tenir formació especialitzada per participar-hi. Ara bé, un dels objectius d'aquesta fase és apreciar si cal la participació de professionals especialitzats en vista de les característiques de les observacions fetes. En cas que s'estimi que en el procés cal aquesta participació especialitzada, un altre objectiu d'aquesta primera etapa serà preparar, destriar i matisar les informacions per tal de facilitar la tasca dels professionals especialitzats que intervindran a l'etapa següent.

##### **a) Fase de recopilació d'observacions**

La primera fase és la que es refereix a la recollida de qualsevol tipus d'informació que pot estar associada a situacions de risc que afectin un infant o adolescent. La base de la ciència està en l'observació de constàncies. Ara bé, les realitats complexes o borroses sovint són observades de maneres diferents per observadors diferents i, per tant, pot ser difícil constatar l'existència de constàncies si no hi ha diferents observadors. És a dir que, per fer una aproximació al coneixement de realitats complexes, ens calen observacions de diferents agents socials implicats.



Els riscos socials (que alguns anomenen situacionals) per als infants són realitats complexes i borroses. La recopilació d'observacions també ha de facilitar l'aportació d'aquelles dades fàcilment accessibles per no experts i professionals no especialitzats.

En recollir observacions, sistemàticament cal tenir en compte els drets dels infants i, particularment, el seu interès superior. En cas de dubte més val recollir una informació, però sempre de forma prudent i respectuosa amb l'infant i el seu entorn. Quanta més informació es pugui tenir en compte i analitzar sobre una situació que pugui afectar negativament un infant, millor. Hipotèticament, qualsevol informant pot fer aportacions rellevants. Cal assumir que hi ha d'haver una coresponsabilització en l'acumulació de coneixement. Ara bé, compartir informació també té un efecte didàctic i d'aprenentatge.

També cal tenir en compte que les situacions que afecten negativament els infants, com totes les situacions complexes, poden ser difícils d'identificar i prevenir, i les seves conseqüències poden ser no proporcionals. Les observacions no són sospites, sinó constatacions de diferents graus i característiques.

### ***b) Fase de matisació i valoració de conjunts d'observacions***

Les observacions que es recopilin sobre la situació de qualsevol infant o adolescent han de poder ser seleccionades o filtrades en funció de certes característiques tant de l'observador com dels fets observats.

Entre altres coses, cal comprovar si l'observador dóna informació congruent, que les seves respostes no siguin fetes a l'atzar, si les seves informacions són de primera mà o s'han obtingut mitjançant altres fonts, i quin pot ser el grau de fiabilitat d'aquestes altres fonts, etc.

Respecte als fets observats, en explorar situacions de risc per als infants, cal intentar descartar d'entrada que no estiguin ocasionats per alguna causa orgànica; cal que les observacions siguin pertinents als riscos hipotètics explorats; cal disposar d'elements valoratius de les observacions, per exemple, de la seva gravetat i de la urgència de la possible intervenció que pugui ser necessària (apreciades subjectivament per l'observador), i cal constatar si hi ha repetició de les observacions (la freqüència d'allò observat: fet aïllat o fet repetitiu).

### ***c) Fase analítica del conjunt d'observacions***

Un cop es disposa d'un ventall d'informacions sobre la possible situació de risc d'un infant o adolescent, cal destriar-ne les rellevants perquè puguin ser utilitzades per prendre decisions sobre la gestió de les dades. En aquest punt caldran referents valoratius: en l'MSGR adoptem com a referents diversos grans conjunts de tipologies de maltractament infantil (maltractament físic, maltractament psicològic, abús sexual, i negligència).

Aquesta fase exigeix un cert nivell de coneixements i expertesa. Un sistema informatitzat, en arribar a aquest punt, només pot orientar en les decisions,

però no substituir un professional. El coneixement expert pot ser sintetitzat (de fet, simplificadament) mitjançant un programa informàtic capaç d'aprendre. Les informacions introduïdes en un programa informàtic poden ser contrastades amb pautes generals i rutinàries que estiguin incorporades al programa.

Una de les primeres coses que cal fer en aquesta fase és analitzar si hi ha coincidència de les observacions, tenint en compte diferents matisos (dades ponderades en funció de criteris de valor). També caldrà analitzar la coincidència de les observacions matisades segons les variables del context.

Caldrà filtrar les informacions que no estiguin fonamentades o siguin irrelevantes davant de la recerca científica o la pràctica professional, i caldrà filtrar les informacions que no s'aprecien com a congruents a partir de la pràctica professional.

Tot plegat, l'MSGR s'ha plantejat com una eina de suport que pugui facilitar la presa de decisions sobre com gestionar una situació de risc hipotètic, i proporcionar una estimació del nivell del risc que sembla desprendre's de les observacions acumulades, segons un determinat tipus de maltractament. Aquesta estimació adoptarà la forma gràfica d'un semàfor de quatre colors, i afegirà un seguit de recomanacions sobre les accions que caldria emprendre, davant d'aquesta apreciació del risc.

### **Etapa avaluativa tècnica: identificació i avaluació d'indicadors de risc**

Aquesta etapa se centra en el treball amb indicadors de risc. L'objectiu principal és avaluar situacions concretes que afecten un infant o adolescent per tal de gestionar les intervencions més adients. Per tant, es tracta d'identificar i comprovar la presència d'indicadors rellevants que fan recomanable l'adopció de decisions. Aquest procés inclou la valoració de la gravetat i la urgència que es desprenen dels indicadors disponibles.

Aquesta etapa exigeix un nivell alt de coneixements i expertesa. Ha de ser desenvolupada preferiblement per un equip interdisciplinari. En el cas de Catalunya, aquesta tasca correspon als EAIA.

#### ***a) Fase identificativa de la presència d'indicadors de risc***

En una primera fase, cal apreciar quines dades despretes de les observacions fetes són compatibles amb indicadors de risc relativament específics en relació amb diferents tipus de maltractament infantil. En arribar a aquesta fase, és possible que es disposi sobretot d'indicadors fàcilment detectables per professionals no especialitzats, que caldrà complementar amb dades molt més específiques o focalitzades que requeriran la contribució de professionals especialitzats.

Al mateix temps, caldrà apreciar hipotèticament el nivell de gravetat de la situació global. Si la situació és ambigua, caldrà esbrinar si es dona la concurrència d'altres indicadors de risc no informats fins aquesta fase, i que poden ser crucials per avaluar la situació. Això pot comportar fer iniciatives noves de cerca o comprovar informació. També caldrà analitzar la fiabilitat i la validesa dels indicadors de risc identificats, tant dels específics com dels inespecífics.

Els resultats en aquesta fase són susceptibles de millora si s'està al dia de les publicacions de recerca científica en aquest camp.

### ***b) Fase de matisació i valoració dels indicadors o factors de risc***

En aquesta fase, cal comprovar que hi ha una evidència fiable relativa als indicadors més rellevants que poden orientar la presa de decisions. Caldrà analitzar també les possibles interaccions entre factors, i les d'aquests amb les variables contextuals.

Tot plegat caldrà contrastar-ho amb els coneixements acumulats en la recerca científica i amb l'experiència professional.

En aquesta fase, es preparen les síntesis avaluatives que permetin prendre les decisions que cal adoptar per gestionar el risc.

D'acord amb el que s'ha dit, els professionals que participin en aquesta fase cal que tinguin coneixements: (a) del grau d'especificitat o inespecificitat dels diferents indicadors de risc per a cada esdeveniment negatiu o no desitjat (tipus de maltractament), (b) sobre la multiplicitat d'efectes d'un mateix indicador i (c) sobre la metodologia d'ús d'indicadors.

### ***c) Fase analítica de la interacció entre factors de risc (i de protecció)***

En aquesta fase caldrà valorar possibles alternatives d'intervenció per tal d'aconseguir un canvi social que disminueixi la incidència dels factors de risc, i minimitzi l'impacte dels possibles esdeveniments negatius o no desitjables ja succeïts i que puguin succeir en un futur.

És a partir de totes aquestes consideracions que es proposaran les decisions que cal adoptar per gestionar el risc, i anticipar possibles resultats en funció de les decisions proposades.

Aquesta fase exigeix un nivell alt de coneixements i expertesa. Ha de ser desenvolupada preferiblement per un equip interdisciplinari. Els resultats en aquesta fase són susceptibles de millora si s'està al dia de les publicacions de recerca científica en aquest camp, i si es disposa d'avaluacions rigoroses de resultats de múltiples intervencions professionals sobre les diferents tipologies de maltractaments.

### ***Etapa de valoració i retroalimentació del sistema***

En aquesta etapa es comprova que, amb els algoritmes utilitzats, el sistema tendeix a encertar les característiques de les situacions de risc a les qual dona suport per a la seva gestió. L'objectiu principal és valorar si el sistema dona les recomanacions apropiades, i fins a quin punt les intervencions decidides són les més pertinents per a cada cas. Els resultats d'aquesta valoració s'han d'utilitzar perquè millori tot el sistema, i per aportar suggeriments per millorar les pautes de recollida d'observacions.

### ***a) Fase d'identificació i definició dels indicadors d'avaluació de resultats***

Aquesta fase ha de partir del fet de plantejar-se l'avaluabilitat de les intervencions a desenvolupar.

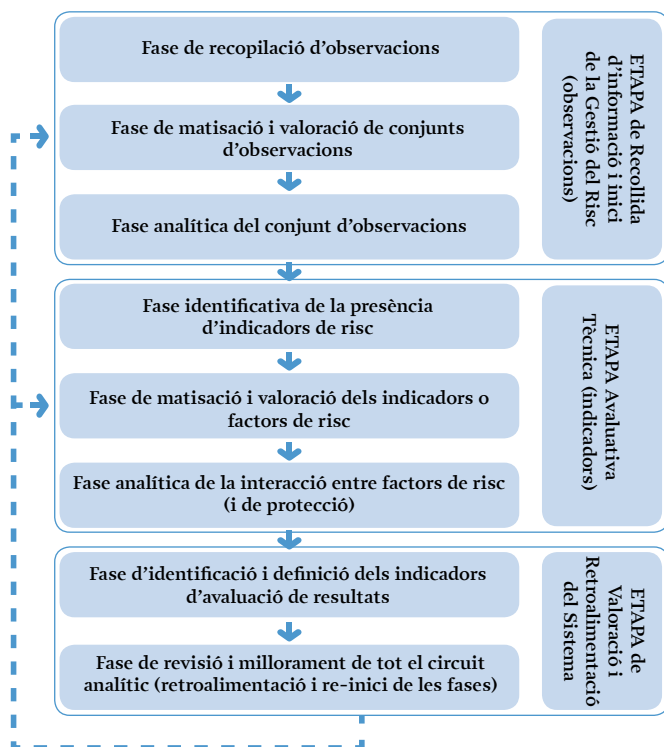
Per avaluar els resultats i l'impacte de les decisions adoptades per gestionar les situacions de risc que afecten infants o adolescents, caldrà establir un disseny d'avaluació i identificar els indicadors sensibles als canvis perseguits amb les decisions d'intervenció adoptades. Caldrà disposar del valor d'aquests indicadors abans d'intervenir i després estimar el seu canvi de valor esperable. Aquesta fase exigeix coneixements especialitzats de disseny d'avaluació de programes. Ha de ser desenvolupada per professionals. Els indicadors fiables, vàlids i específics per descriure i avaluar situacions no són necessàriament indicadors sensibles. Preferiblement, els indicadors d'avaluació han de ser específicament sensibles als canvis generats per intervencions concretes.

### ***b) Fase de revisió i millora de tot el circuit analític (retroalimentació i reinici de les fases)***

Davant dels resultats obtinguts en l'avaluació posterior a les intervencions, cal aportar coneixement a totes les fases anteriors d'aquest procés de gestió dels riscos en la infància i l'adolescència, i millorar-ne l'execució. Aquesta fase requereix l'intercanvi d'informació i coneixement interprofessional, entre tots aquells que participen en qualsevol pas del procés.

Això està estretament lligat a la disponibilitat de formació permanent, inclosa la formació autogestionada.

Figura 2. Fases que hi ha en la recollida analítica de les dades a l'hora de gestionar les situacions de risc en la infància i l'adolescència



# 3

## Mòdul de suport a la gestió del risc social en la infància i l'adolescència (MSGR)

### 3.1. Introducció



És probable que en alguna ocasió ens haguem preguntat per què, en general, les persones som tant reticents a l'hora de comunicar una situació de maltractament infantil quan en el fons som conscients que, d'alguna manera, el nostre silenci ens converteix en còmplices del maltractament. La realitat ens mostra diferents motius que ens fan adoptar aquest comportament: moltes vegades és degut al desconeixement, és a dir, no sabem identificar els símptomes que ens alerten que l'infant està patint a causa d'un maltractament, ni si aquesta situació requereix una intervenció o no; a més, els professionals que estan habitualment en contacte amb infants i adolescents no són necessàriament experts en maltractament infantil. En altres ocasions, és degut a la por de causar un dany pitjor amb la nostra actuació. Altres vegades, no gaires, el problema està motivat per la sobrecàrrega de feina que pateixen alguns serveis on els professionals estan desbordats. També, per què no dir-ho, és degut a la por de les conseqüències que ens pot comportar el fet de denunciar.

Totes aquestes qüestions, dubtes, pors i desconfiances són els que van impulsar la necessitat de construir un sistema, que vam anomenar Mòdul de suport a la gestió del risc (MSGR), que cobris el buit important que encara avui hi ha en relació amb el fenomen del maltractament infantil. D'aquesta manera, a través del coneixement, es pot aconseguir no sols la sensibilització dels col·lectius de professionals més directament relacionats amb els infants, sinó també la seva implicació i la coresponsabilització en detectar i comunicar aquestes situacions als serveis competents en la protecció dels infants, incloent en aquesta xarxa a tots els ciutadans i ciutadanes.

Aquest sistema, com ja hem vist, conté també el RUMI, mitjançant el qual es comuniquen les situacions de risc o maltractament detectades des dels diferents àmbits professionals que treballen en la infància (sanitat, educació, cossos policials i serveis socials).

En línies generals, és un sistema que suposa un gran avenç quant a la prevenció del maltractament, ja que representa la primera aproximació per disposar d'un sistema comú de valoració del risc, el qual és, a més, un element fonamental des del punt de vista dels sistemes de qualitat en l'atenció, ja que permet unificar intervencions amb un mateix criteri.

Per aconseguir el nostre propòsit, el model de gestió del projecte es va basar en el lideratge interdepartamental compartit i en la construcció conjunta amb els professionals dels àmbits implicats, com a part fonamental del procés. D'aquesta manera, l'MSGR ha aconseguit posar al servei dels professionals un llenguatge unificat al voltant del fenomen i un criteri de valoració del risc consensuat.

El seu procés d'elaboració ha implicat un ventall molt ampli de professionals i àmbits d'intervenció, cosa que ha donat lloc a un procés integratiu de diferents llenguatges i experiències. Hi han participat professionals dels departaments de sanitat, dels cossos policials, dels serveis socials i d'educació, experts en protecció a la infància i investigadors universitaris. De manera sintètica destaquem:

- Que s'ha sotmès a un ampli procés de validació per part dels professionals dels serveis socials d'atenció primària i especialitzada en l'àmbit de la infància, i dels experts, per la qual cosa s'ha arribat a un consens majoritari.
- Que parteix de les observacions que poden fer els professionals i les persones en contacte amb la infància, sense necessitat que s'hagin de pronunciar sobre indicadors de maltractament.
- Que, tot i que només inclou quatre àmbits d'actuació (educació, serveis socials, cossos policials i sanitat), permet fàcilment ampliar-ho a d'altres (per exemple, als serveis de temps lliure) i està també pensat per recopilar observacions fetes per ciutadans implicats.
- Que ha estat dissenyat per ser inserit en una web temàtica de l'entorn corporatiu de la Generalitat de Catalunya, amb la finalitat d'arribar a constituir un instrument comú per als diferents àmbits.
- Que està obert a millores i ajustaments.

- Que permet establir una seqüència de la tasca professional de menys a més especialització, i preparar la feina dels qui han de prendre decisions a partir d'una base de dades més especialitzada.

A cada moment, l'MSGR ha estat pensat per professionals i per a aquests, i això es posa de manifest quan s'observa que, un cop a les seves mans, el sistema adquireix vida pròpia. En aquest sentit sorprèn veure com els professionals coincideixen a trobar-hi nous usos, la qual cosa convida a reflexionar sobre les possibilitats de futur del sistema. Per exemple, es pot utilitzar l'MSGR per treballar amb les famílies, amb els adolescents, com a eina de treball en les reunions de coordinació entre professionals de diferents serveis, etc.

### 3.2. En què consisteix l'MSGR

L'MSGR és un programa informàtic per ajudar els professionals i les persones en contacte amb la infància a prendre decisions sobre les intervencions adequades davant les situacions que poden perjudicar el desenvolupament o el benestar infantil.

La seva elaboració ha estat fruit d'un procés participatiu en el si de la Secretaria d'Infància i Adolescència (SIA, avui ja desapareguda) del Departament d'Acció Social i Ciutadania (ara Benestar Social i Família), que ha comptat amb la implicació de diferents professionals d'aquest ens (que van conformar la Comissió de Treball Interdisciplinari<sup>34</sup> encarregada de gestar els continguts del mòdul en relació amb les observacions i els algorismes) i altres departaments i serveis, i amb la col·laboració científica de l'IRQV de la UdG (Universitat de Girona).

És una eina per detectar, prevenir i comunicar les situacions de risc o de maltractament intrafamiliar dels infants i adolescents. Aquesta eina de suport deixa explícit que no substitueix la decisió final que correspon adoptar al professional o l'equip interdisciplinari, i que respecta els canals existents en el treball en xarxa dels serveis implicats en l'atenció a la infància i els protocols territorials establerts.

Així mateix, orienta la persona usuària del programa informàtic perquè, davant de les situacions observades en infants i adolescents (que podrien estar suposadament relacionades amb una situació de risc social o de maltractament intrafamiliar), pugui decidir sobre el nivell d'intervenció. Per tant, suggereix una actuació sobre els punts següents:

- Si s'ha de seguir o iniciar un treball des del mateix servei (escolar, sanitari, d'oci, social, etc.).
- Si és necessari que el cas es treballi des dels serveis socials bàsics (SSB). Aquests podran derivar-lo a l'Equip Especialitzat en Infància i Adolescència (EAIA).
- Si és necessari que el cas sigui notificat a la DGAIA (institució competent per adoptar les mesures de protecció a la infància a Catalunya).

En el programa informàtic s'estableixen observacions i conjunts d'observacions,

34. L'equip del projecte va estar format per un consell executiu, liderat per la Secretària d'Infància, amb la senyora Imma Pérez, i per la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA), amb els senyors Xavier Soley i Joan Mayoral, director i subdirector respectivament. La direcció del projecte la va exercir el cap del Servei de Planificació i Avaluació de Polítiques i Serveis de la SIA, el senyor Jordi Muner, i la direcció funcional va anar a càrrec de la cap de la Secció d'Avaluació, la senyora Núria Vilarrubias. L'equip tècnic del projecte, en les reunions funcionals amb l'empresa encarregada del projecte tecnològic (que va ser Open Trends), el van formar la directora funcional, membres de la UdG (els professors Carme Montserrat i Marc Pérez), el senyor Antonio Ponce, com a assessor tecnològic de la DGAIA, i la senyora Alba Domínguez, com a secretària. La Comissió de Treball va estar formada: per part de la DGAIA, per la doctora en medicina M. Teresa Securun; les juristes Eulàlia Creus i Pilar Aldea; el doctor en sociologia i treballador social Josep M. Torralba, i la psicòloga Núria Vilarrubias. Per part de la UdG, hi havia els professors Ferran Casas, Carme Montserrat, Marta Sadurní i Marc Pérez.



que tenen assignat un nivell de gravetat (lleu, moderada i greu) i que tenen en compte l'edat del nen o nena. A més, s'utilitzen uns criteris per determinar el nivell de risc detectat i el d'intervenció o acció recomanada i per valorar la possibilitat de recidiva o repetició de la situació que ha patit l'infant. En el programa també s'aporta informació que podria ser crucial per al receptor del cas i que ajudaria a valorar amb més precisió el tipus i nivell d'intervenció.

El Mòdul preveu també un apartat de factors de resiliència referits als infants. La pretensió d'aquest espai és dirigir l'atenció dels professionals sobre els aspectes protectors que hi ha en una situació de risc determinada i sobre els quals es pot valorar i construir un pla d'ajuda.

---

### 3.3. Funcionament del Mòdul

Actualment, el programa actua com un simulador (fase 1), sense introduir cap dada d'identificació personal. És un instrument de suport al professional per valorar un cas, que li serveix d'ajuda per ordenar el que observa, en un llenguatge comú a la resta d'àmbits, que requereix ponderacions i ofereix respostes. Pot ser utilitzat en coordinació amb altres serveis per discutir i consensuar o de manera individual. Aquesta primera fase està concloua i s'accedeix lliurement i gratuïtament al simulador a través de la web del Govern català. Està prevista una segona fase (fase 2) on els quatre departaments implicats en els àmbits de sanitat, interior, educació i serveis socials, estaran connectats. En aquesta segona fase, i després d'introduir dades d'identificació personal, es podran derivar els casos i obtenir un feedback sobre anteriors notificacions i un seguiment del cas, i a la vegada que servirà com a registre de casos de maltractament.

#### 3.3.1. Fase 1: el simulador

Aquesta fase, com dèiem, no conté cap apartat sobre dades identificatives ni de l'infant, ni de la seva família, ni de la persona que utilitza el programa. Un cop iniciem el simulador, se'ns presentaran sis pantalles.<sup>35</sup>

A la primera pantalla, que constitueix el primer pas, el professional ha de seleccionar el seu àmbit d'actuació:

- educació
- salut
- serveis socials
- cossos policials

També es pot acollir a l'opció "tots els àmbits", per exemple, si es tracta d'una persona que no exerceix de professional. Seguidament, cal marcar el sexe i l'edat de l'infant.

35. L'accés al simulador és lliure i es troba a: <http://www20.gencat.cat/portal/site/bsf/> (accediu-hi a través de l'apartat Infància i adolescència).

Generalitat de Catalunya  
www.gencat.cat

INICI Simulació

Inici simulació | Observacions | Observacions de la gestació | Observacions físiques | Altres observacions | Resultats del mètode de puntuació del risc | Accions

Àmbit d'actuació:

Dades infant i/a adolescent \*

Neonatus  Nado  Infant i/a adolescent

Dades infant i/a adolescent (és obligatori indicar la data exacta de naixement i, si no es coneix, la data estimada) \*

Sexe

Data exacta:

Data estimada:

\*Camp obligatori

Generalitat de Catalunya - 2019

A la segona pantalla, es mostra una llista d'observacions a seleccionar agrupades en cinc grans blocs. Els tres primers contenen les observacions referents a l'infant o l'adolescent:

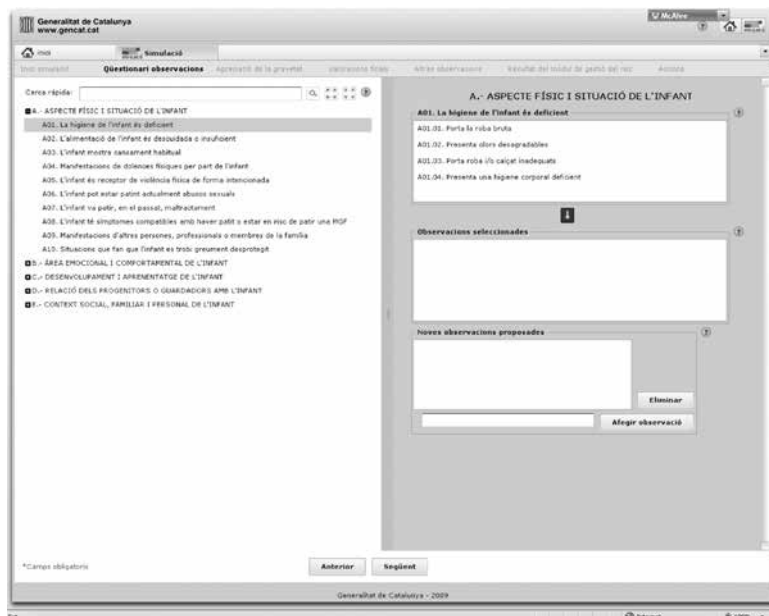
- A. Aspecte físic i situació personal del nen o nena.
- B. Àrea emocional i de comportament del nen o nena.
- C. Desenvolupament i aprenentatge del nen o nena.

El quart bloc conté les observacions referents al comportament dels progenitors o els guardadors respecte de l'infant:

- D. Relació dels progenitors/guardadors amb el nen o nena.

El cinquè bloc presenta observacions relatives al context, que actuen com a factors de risc:

- E. Context social, familiar i personal del nen o nena.



Cada bloc conté una sèrie de conjunts d'observacions temàtiques i cada un d'aquests, una relació d'observacions concretes. Segons l'àmbit que hem seleccionat a la pantalla anterior, i en funció de l'edat de l'infant, es mostraran unes observacions concretes o unes altres (adaptades a cada entorn professional), entre les quals cada professional ha de seleccionar les que caracteritzin la situació de l'infant subjecte de l'observació o les que s'hi ajustin millor, és a dir:

- Cada àmbit d'actuació conté les observacions que es poden fer des del lloc que el servei ocupa en la xarxa i desestima les que són difícils d'observar des del seu àmbit. Altres observacions són més comunes a tots els serveis. Això provoca que algunes observacions semblin repetides quan se'n mostra la llista completa, ja que, segons l'àmbit en què s'esmenten, estan redactades d'una manera o d'una altra. Per exemple, una observació com "Presenta plagiocefàlia/alopècia localitzada" es mostra només en l'àmbit de la salut, mentre que en la resta d'àmbits consta "Presenta falta de flocs de cabell", amb la qual cosa les dues observacions signifiquen el mateix.
- Totes les observacions estan agrupades per conjunts d'observacions temàtiques (per exemple, la higiene de l'infant).
- Cada observació està associada a una franja d'edat, que ens indica:
  - què cal observar a cada edat (per exemple, de 0 a 3 anys cal estar alerta a les lesions que queden ocultes a la zona dels bolquers) i
  - quina observació pot constituir un perjudici per a l'infant en funció de l'edat (per exemple, l'abandonament escolar en l'etapa obligatòria).
- Algunes observacions estan associades a un tipus de maltractament, ja que són específiques d'alguns d'aquests, i d'altres ens alerten d'una situació que pot ser perjudicial per als infants, sense que estiguin associades a cap ti-

pologia en concret. De les observacions fetes, el programa pot identificar quines dades, algunes més específiques i d'altres no tant, són compatibles amb indicadors de risc relatius als diferents tipus de maltractament infantil. Per exemple, el mestre observa que l'infant ve sempre brut, arriba tard, no porta l'esmorzar i s'adorm a classe, i és d'això del que informa, sense pronunciar-se sobre si aquestes observacions ens indiquen una situació de negligència. A partir de la selecció de determinades observacions, el programa informàtic dóna una resposta en relació amb el possible maltractament que podria estar patint l'infant respecte del qual s'està recopilant informació.

A més, cada conjunt d'observacions té assignada una gravetat inicial, tal com es pot veure a la taula 1.

Taula 1. Gravetat i situació

Gravetat	Situació
<b>Lleu</b>	Situació de vulnerabilitat sense que es pugui apreciar una situació de maltractament.
<b>Moderada</b>	Situació en la qual pot estar patint de forma moderada o lleu una situació de maltractament o es trobi en risc de patir-ne.
<b>Greu</b>	La situació en la qual pot estar patint de forma greu un maltractament o es trobi en risc de patir-lo.

En la llista que es mostra a continuació, s'hi detallen totes les observacions agrupades per conjunts i blocs, i se n'indiquen la gravetat i la franja d'edat (taula 2). Presentem els conjunts d'observacions ordenats de menys a més gravetat, raó per la qual la numeració inicial queda alterada.

Taula 2. Llista completa de les observacions de l'MSGR: blocs (lletra), conjunts d'observacions (lletra i número) i observacions per gravetat i edat (números)<sup>36</sup>

A. Aspecte físic i situació personal de l'infant		Edat
<b>A1. La higiene de l'infant és deficient</b>		
1	Porta la roba bruta.	0-17
2	Presenta olors desagradables.	3-17
3	Porta roba i/o calçat inadequats.	0-17
4	Presenta una higiene corporal deficient.	0-17
5	Mostra lesions cutànies amb enrogiment de la pell a la zona dels bolquers.	0-3
<b>A2. L'alimentació de l'infant és descuidada o insuficient</b>		
1	Assisteix a l'escola sense esmorzar i no en porta.	0-17
2	Demana roba o menjar i diu que passa gana, que a casa no li donen menjar.	3-17
3	Hi ha indicis d'una alimentació molt deficient i inadequada.	0-17

36. La numeració dels conjunts d'observacions correspon a l'original. Aquí les hem ordenat per colors per fer-ho més entenedor i per això la numeració no és consecutiva, però al MSGR els conjunts no es mostren per colors de gravetat, es mostren segons la numeració que hi consta.

<b>A3. L'infant mostra cansament habitual</b>		
1	Es mostra cansat sense justificació.	0-17
2	S'adorm a classe.	6-17
<b>A7. L'infant va patir, en el passat, maltractament</b>		
1	Va patir algun tipus d'abús sexual en el passat.	1-17
2	Va patir agressions físiques en el passat.	1-17
3	Va patir maltractament prenatal en el passat.	1-17
<b>A4. Dolences físiques que manifesta l'infant</b>		
1	Es queixa sovint de dolor (mal de panxa, mal de cap...).	0-17
2	Està constantment malalt.	0-17
3	Presenta ferides, cops, etc., que semblen produïts accidentalment.	0-17
<b>A9. Manifestacions d'altres persones, professionals o membres de la família</b>		
1	Han observat situacions que fan pensar en un abús sexual.	0-17
2	Diuen que els progenitors/guardadors el peguen.	0-17
3	Senten que rep agressions verbals i/o físiques (cops, plors, crits, etc.).	0-17
<b>A11. L'infant ha patit desatencions greus i/o agressions abans del seu naixement</b>		
1	Presenta la síndrome d'abstinència neonatal.	0-3
2	Presenta malalties o trastorns associats a consum de tòxics de la mare durant l'embaràs.	0-3
3	Té lesions físiques o neurològiques per un control mèdic inadequat de la mare durant l'embaràs.	0-3
<b>A5. L'infant és receptor de violència física</b>		
1	Presenta ferides o rascades.	0-17
2	Presenta senyals de mossegades.	0-17
3	Presenta cops en el cos.	0-17
4	Presenta cremades.	0-17
5	Presenta manca de flocs de cabell.	0-17
6	Presenta vessaments oculars.	0-17
7	Presenta talls o punxades.	0-17
8	Presenta fractures òssies.	0-17
9	Presenta la síndrome del nen sacsejat.	0-3
10	Presenta hemorràgies internes.	0-17

11	Presenta dolor en determinades parts del cos.	0-17
12	Manifesta, o ho assenjala amb gestos, que els seus progenitors són els causants de les lesions.	0-17
13	Manifesta que rep violència física exercida per algú del seu entorn.	0-17
14	Dóna explicacions estranyes o poc convincents respecte a les lesions que presenta.	3-17
<b>A6. L'infant pot estar patint actualment abusos sexuals</b>		
1	Presenta dolor/picor en la zona anal/genital.	0-17
2	Té molèsties quan camina o s'asseu.	3-17
3	Presenta roba interior esquinçada, tacada o amb sang.	0-17
4	És una nena o adolescent embarassada, especialment si es nega a identificar el pare.	12-17
5	Presenta contusions o sagnat als genitals externs, la zona vaginal o l'anal.	0-17
6	Presenta una malaltia de transmissió sexual.	0-17
7	Presenta eritema i/o edema a la zona vulvar o l'anal.	0-17
8	Es detecta semen a la boca, als genitals o a la roba.	0-17
9	Presenta dolors freqüents sense causa aparent.	0-17
10	Presenta alteracions a l'esfínter anal (obertura signe de la O, clivelles o hematomes).	0-17
11	Presenta alteracions de la membrana himenal.	0-17
12	Hi ha indicis que l'estan forçant en activitats sexuals (abús sexual).	0-17
13	Explica que està patint abusos sexuals exercits per algú del seu entorn.	0-17
14	Manifesta, o ho assenjala amb gestos, que els seus progenitors són els causants de l'abús sexual.	3-17
15	Dóna explicacions estranyes o poc convincents respecte a les lesions que presenta.	3-17
<b>A8. L'infant té símptomes compatibles amb haver patit mutilació genital femenina o d'estar en risc de patir-ne</b>		
1	Ha sofert una mutilació genital femenina.	0-17
2	Hi ha indicis d'haver patit una mutilació: ve trista del viatge al seu país, no vol parlar-ne.	0-17
3	Hi ha indicis que fan pensar que pot estar en risc de patir una mutilació genital femenina.	0-17

<b>A10. Situacions que fan que l'infant estigui desprotegit greu-ment</b>		
1	Està en una situació sobrevinguda en què ningú se'n fa càrrec.	0-17
2	Pateix una desatenció alimentària que per edat o condicions especials suposa un risc de mort.	0-17
3	Ha estat abandonat intencionadament.	0-17
4	No rep el tractament per una malaltia greu, la qual cosa posa en risc la seva vida.	0-17
5	La mare i/o el pare vol donar l'infant en adopció.	0-17
6	No té cap referent familiar en el país.	0-17
7	És una nena/adolescent embarassada (o mare) amb dificultats personals i socials greus.	9-17
8	Pateix una situació de perill greu que li fa sol·licitar protecció immediata.	6-17
9	Pateix amenaces de mort o abandonament dels progenitors o guardadors.	0-17

## **B. Àrea emocional i comportamental de l'infant**

### **B1. Conductes dissocials i/o agressives de l'infant**

1	Comet petits furtus fora o dins de l'escola.	6-17
3	Presenta una conducta agressiva física contra terceres persones.	6-17
4	Presenta una conducta agressiva verbal contra terceres persones.	6-17
5	Presenta una conducta destructiva amb objectes.	6-17
6	Es relaciona amb un grup d'amics conflictiu.	6-17
7	Manté sovint conductes de provocació (desafiant...).	6-17
8	Fa actes de vandalisme, racisme o xenofòbia.	10-17
9	Transgredeix les normes sistemàticament.	6-17

### **B4. Manifestacions de por i/o angoixes**

1	Manifesta accions defensives davant qualsevol aproximació física.	3-17
2	No vol fer activitats que requereixen mostrar parts del cos (per amagar cops...).	6-17
3	Sembla tenir por dels seus progenitors o manifestar-los rebuig.	3-17
4	No vol anar a casa.	3-12
5	Mostra un nivell alt d'ansietat davant activitats normals com el canvi de bolquers.	0-3

6	Presenta dificultats greus per calmar-se en braços de qui en té cura.	0-3
7	Es preocupa molt d'estar a l'alçada de les expectatives dels progenitors o de ser acceptat.	4-17
8	Mostra sentiments de culpabilitat de la situació viscuda.	4-17
9	Manifesta que no el deixen entrar a casa o que l'han fet fora o que vol ingressar a un centre.	6-17
10	Mostra senyals d'ansietat.	3-17
<b>B5. Alteracions en la relació amb els altres</b>		
1	Manifesta una familiaritat excessiva amb estranys (marxa fàcilment amb desconeguts).	3-12
2	Crida contínuament l'atenció.	3-17
3	Fa demandes continuades d'afectivitat.	3-17
4	No interacciona, no fixa la mirada, sovint sembla absent.	1-12
5	Sembla tenir dificultat per formar vincles afectius estables.	3-17
6	Presenta problemes de relació amb el grup d'iguals.	3-17
<b>B6. Altres manifestacions d'alteració de l'estat d'ànim</b>		
1	Mostra un aspecte trist i/o plora sovint sense causa aparent.	1-17
2	Es mostra passiu i retret i s'aïlla.	3-17
3	Fa comentaris que semblen indicar que té una autoestima baixa.	4-17
4	Manifesta sovint conductes que corresponen a una edat inferior (conductes regressives).	3-17
5	Manca de plor i absència de queixa davant el dolor.	0-12
6	Es mostra inquiet, neguitós.	0-17
7	Presenta trastorns d'alimentació (vòmits, diarrees, anorèxia del lactant).	0-17
8	Presenta desordres greus associats al dormir.	0-17
<b>B7. L'infant presenta comportaments d'autoestimulació compulsiva</b>		
1	Fa balancejos compulsius.	3-17
2	Presenta masturbació compulsiva.	3-17
3	Es dóna cops de cap de forma voluntària i repetida.	1-17
<b>B9. L'infant està adoptant rols que no li corresponen per l'edat</b>		
1	Assumeix responsabilitats impròpies de l'edat amb membres de la família o tasques de casa.	4-17
2	Adopta un rol cuidador respecte als progenitors (inversió de rols).	4-17



<b>B8. L'infant presenta comportaments sexualitzats inadequats per l'edat</b>		
1	Manifesta conductes i preocupacions sexuals o utilitza termes inadequats per la seva edat.	3-17
2	Assetja o agredeix sexualment altres infants o adolescents.	4-17
3	Manifesta, de forma recurrent, tenir por d'un embaràs o la sida.	6-17
4	Mostra promiscuïtat sexual.	12-17
<b>B2. Conductes de risc vers el mateix infant</b>		
1	Deambula sovint pels carrers en horari escolar i/o de nit.	3-16
2	S'ha escapolit de casa.	6-17
3	S'exposa a situacions de risc (conducció temerària, metring, mal ús de les tecnologies).	6-17
4	Diu coses que indiquen que pensa sovint en el suïcidi o n'ha fet un intent.	6-17
5	S'autolesiona.	6-17
6	Es provoca el vòmit, pren laxants, es nega a menjar...	6-17
7	Presenta manca d'autocontrol.	6-17
<b>B3. L'infant consumeix substàncies tòxiques</b>		
1	Consumeix alcohol.	6-17
2	Consumeix altres drogues.	6-17
3	Consumeix altres substàncies estupefaents.	6-17
4	Consumeix tabac.	6-12
5	S'observen estats (ulls vermells, olor d'alcohol, eufòria...) que fan pensar que n'ha consumit.	6-17
6	Presenta símptomes compatibles amb una síndrome d'abstinència.	1-17

## C. Desenvolupament i aprenentatge de l'infant

### C1. L'infant presenta dificultats destacables en els aprenentatges escolars

1	Manifesta problemes d'atenció i concentració.	3-17
2	Presenta poca constància en les activitats escolars i deixa de fer els deures amb freqüència.	6-16
3	Està matriculat a un nivell inferior al que li correspon per edat.	6-16
4	Presenta dificultats d'aprenentatge.	3-17
5	Presenta canvis sobtats en el seu rendiment escolar.	3-17

<b>C3. L'infant sovint té dificultats en el control d'esfinters</b>		
1	Presenta problemes d'enuresi amb relativa freqüència.	6-17
2	Presenta problemes d'encopresi amb relativa freqüència.	6-17
<b>C2. L'infant presenta un retard en el desenvolupament</b>		
1	Presenta retard en l'adquisició de capacitats verbals, cognitives o socials pròpies de l'edat.	0-17
2	No respon als estímuls tal com s'espera per l'edat.	0-12
3	No se li observen habilitats i/o el to motriu propis de l'edat.	0-17
4	Presenta pes i talla molt inferiors per l'edat.	0-17
5	No mostra joc imitatiu o manipula els objectes de manera este-reotipada sense desig d'explorar.	0-6
<b>C4. Presenta problemes amb l'assistència escolar</b>		
1	Marxa de classe o d'escola davant qualsevol contrarietat.	3-17
2	Fa faltes d'assistència injustificades i/o absentisme escolar o laboral.	3-17
3	Ha abandonat l'escolaritat en etapa obligatòria.	3-16
<b>D. Relació dels progenitors/guardadors amb l'infant</b>		
<b>D1. Els progenitors o els guardadors manifesten rebuig vers l'infant</b>		
1	Manifesten una imatge negativa de l'infant i no li reconeixen valor positiu.	0-17
2	Li repeteixen que no l'estimen.	0-17
3	Es riuen de les seves dificultats.	0-17
4	El critiquen, l'avergonyeixen, el desqualifiquen, l'insulten, el ridiculitzen o l'amenacen.	0-17
5	Minimitzen els episodis de pena, malaltia o dany físic de l'infant.	0-17
6	Manifesten enuig quan l'infant es fa mal.	0-17
7	No s'observa mai cap expressió física d'afecte del progenitor/a vers l'infant.	0-17
8	Mostren una relació de gelosia amb l'infant, rivalitzant per l'atenció de la parella.	0-17
9	Són coneixedors de la situació de maltractament que pateix i no el protegeixen.	0-17
10	Són coneixedors de la situació d'abús sexual que pateix i no el protegeixen.	0-17
11	No permeten a l'infant que tingui un contacte tàctil amb ells (carícies, moixaines, tendresa...).	0-17

12	El fan fora de casa o diuen que no volen saber res d'ell.	0-17
13	Tracten de manera molt desigual els germans.	0-17

#### **D2. El seguiment i el control de la salut de l'infant no són els adequats**

1	Porten l'infant malalt a l'escola.	0-17
2	No atenen les malalties o els danys físics de l'infant.	0-17
3	No duen a terme les revisions mèdiques.	0-17
4	No tenen cura de les deficiències visuals, auditives, etc., de l'infant.	0-17
5	No segueixen els tractaments mèdics i/o higiènics que se'ls indiquen.	0-17
6	No assisteixen als serveis especialitzats indicats o derivats (atenció precoç, salut mental).	0-17
7	No accepten la malaltia de l'infant i, per tant, no li proporcionen l'assistència que necessita.	0-17

#### **D3. Hi ha sospites que els progenitors manipulen la salut de l'infant**

1	Porten sovint medicaments a l'escola sense justificant mèdic.	0-16
2	Li atribueixen sovint malalties dubtoses o símptomes no observats a l'escola o pel personal sanitari.	0-17
4	Fa faltes d'assistència reiterades per malalties sense justificació mèdica.	3-17
5	Té símptomes recurrents que desapareixen en separar-lo de la família i tornen en contactar-hi.	0-17
6	Fa múltiples ingressos hospitalaris.	0-17
7	S'observen símptomes compatibles amb una intoxicació per fàrmacs, drogues o alcohol.	0-17
8	Promouen per a l'infant excessius requeriments mèdics (proves, medicació i tractaments).	0-17

#### **D4. Els progenitors o els guardadors aïllen l'infant de l'entorn social**

1	Es mostren extremament protectors o controladors de l'infant.	0-17
2	No deixen que l'infant estigui amb amics.	3-17
3	Eviten que l'infant es relacioni amb altres adults que no siguin ells.	3-17
4	Li repeteixen que no hi ha ningú més en el món en qui es pugui confiar fora d'ells.	3-17
5	Es mostren molt possessius respecte a l'infant.	0-17
6	Li mantenen retinguda la documentació (passaport, DNI).	6-17

#### **D5. Els progenitors o els guardadors es despreocupen de les activitats escolars i d'oci de l'infant**

1	S'obliden de recollir l'infant a l'escola o el vénen a recollir o el porten molt tard.	0-17
2	Es despreocupen per l'oci de l'infant.	3-17
3	No es preocupen pels continguts de les activitats que fa l'infant (violència, pornografia...).	3-17
4	No han escolaritzat l'infant.	3-16
5	Hi ha un abandonament escolar consentit i/o afavorit.	3-16
6	No assisteixen a les reunions ni les entrevistes amb l'escola quan se'ls cita.	0-17
7	Són causants o consentidors de les faltes d'assistència i/o l'absentisme escolar de l'infant.	3-16
8	Desconeixen el curs on va, el professor, els seus amics, quines activitats ha de fer...	3-16
9	No es preocupen que l'infant porti material escolar (xandall...).	3-12

#### **D6. Els progenitors o els guardadors no atenen les necessitats bàsiques de l'infant**

1	Desatenen les necessitats bàsiques de l'infant (alimentació, higiene...).	0-17
2	No respecten els hàbits o les rutines que l'infant necessita (hores de son/descans, dels àpats).	0-16
3	L'infant passa moltes hores sol o tancat a casa.	0-12
5	Mostren un desconeixement de les necessitats emocionals i d'estimulació de l'infant.	0-17
6	No li faciliten l'ajuda/orientació que necessita o no col·laboren amb els serveis que l'atenen.	0-17
7	S'encarreguen de l'infant altres familiars, amics o veïns no adequats.	0-17
8	S'encarreguen de l'infant altres familiars, amics o veïns per despreocupació dels progenitors.	0-17
9	Es dóna una absència de supervisió de l'infant (risc d'accidents domèstics).	0-17
10	Prioritzen assumptes propis en detriment de l'atenció a l'infant, tot i que ho poden evitar.	0-17
11	Deixen l'infant moltes hores sol en un pis on hi ha trànsit de persones alienes a la família.	0-17
12	Freqüenten amb l'infant ambients o locals no adients per a aquest (bars, discoteques...).	0-12
13	Quasi no visiten l'infant quan està hospitalitzat.	0-17

**D9. Els progenitors o els guardadors manifesten sovint incapacitat de control de l'infant**

1	Es queixen sovint que no poden amb l'infant, que els és massa difícil.	0-17
2	Manifesten que volen ingressar-lo en un centre a causa de la seva conducta	0-17
3	Manifesten que tenen por de l'infant i/o que n'han rebut amenaces o els ha agredit.	6-17
4	Manifesten que té atacs de violència incontrolable.	3-17

**D10. Els progenitors/guardadors mostren pautes educatives no adequades a l'infant**

1	Utilitzen el càstig físic com a mètode habitual de disciplina.	0-17
2	Utilitzen habitualment mètodes o pautes educatives extremament rígids i poc flexibles.	0-17
3	No tenen en compte la seva opinió en cap de les decisions que l'afecten directament.	4-17
4	El pressionen de manera desmesurada perquè tregui bones notes o destaquí en alguna activitat.	4-17
5	Inculquen a l'infant odi o prejudicis religiosos, ètnics, culturals o d'altre tipus.	3-17
6	El culpabilitzen dels problemes familiars (no fa prou per ells, es presenten com a màrtirs).	1-17
7	Utilitzen l'infant en el conflicte conjugal/de parella.	0-17
8	Indueixen l'infant al consum de tòxics (cànnabis, alcohol...).	3-17
9	Toleren absolutament tots els comportaments de l'infant sense posar-li cap límit.	0-17
10	Utilitzen pautes educatives incoherents.	0-17

**D11. Els progenitors han desatès greument i/o han agredit l'infant abans de néixer**

1	La mare presenta abús d'alcohol o altres drogues durant l'embaràs.	<0-3
2	La mare fa un control mèdic de l'embaràs inadequat que pot suposar un risc per al fetus.	<0-3
3	Es dona violència contra la mare i el fetus.	<0-3
4	La mare té conductes de risc pel fetus (viu al carrer, no accepta ajuda).	<0-3
5	La mare fa intents de perdre l'infant o el rebutja durant la gestació.	<0-3

<b>D14. L'infant està vivint en un entorn familiar violent</b>		
1	Es donen relacions violentes entre la parella.	0-17
2	Es dona violència física/psíquica manifesta contra altres membres de la família.	0-17
3	Hi ha agressions mútues entre progenitors i fills.	3-17
<b>D7. Els progenitors o els guardadors terroritzen o intimiden l'infant</b>		
1	Terroritzen l'infant (l'amenacen de mutilar-lo, matar-lo, vendre'l, trenquen les seves coses).	0-17
2	Utilitzen sistemàticament la por com a forma de disciplina.	0-17
3	Mostren violència manifesta contra les persones, animals o coses davant de l'infant.	0-17
4	Han consumat un suïcidi o homicidi davant de l'infant o n'han fet intents.	0-17
5	Amenacen l'infant de fer-li mal; diuen que no responen dels seus actes.	0-17
6	Utilitzen un tracte colèric i explosiu amb l'infant.	0-17
<b>D8. Els progenitors o els guardadors poden estar explotant o corrompent l'infant</b>		
2	Forcen o consenteixen una situació d'explotació laboral.	4-17
4	Utilitzen l'infant en activitats sexuals (prostitució, pornografia, etc.).	0-17
5	Utilitzen l'infant per a la mendicitat.	0-17
6	Utilitzen l'infant en activitats dissocials o delictives (vandalisme, robatoris...).	0-17
7	Fan actes sexuals davant la presència de l'infant.	0-17
<b>D12. Situacions que fan que l'infant estigui desprotegit greument</b>		
1	Han detingut els progenitors o guardadors i no hi ha ningú que se'n pugui fer càrrec.	0-17
2	S'ha trobat l'infant sol al carrer o en un domicili i no es localitza ningú de la família.	0-16
4	Ningú ha anat a recollir l'infant a l'escola i no es localitza ningú que se'n pugui fer càrrec.	0-12
5	Hi ha un ingrés hospitalari dels progenitors i no hi ha ningú que se'n pugui fer càrrec.	0-16
6	Desatenen l'alimentació que, per edat o condicions especials, li suposa un risc de mort.	0-17
7	Ha estat abandonat.	0-17
8	No segueixen els tractaments per malalties greus, cosa que posa en risc la seva vida.	0-17

9	La mare i/o el pare vol donar l'infant en adopció.	0
10	El menor no té referents familiars en el territori.	0-17
11	Amenacen de matar l'infant.	0-17
12	Amenacen de donar l'infant.	0-17
13	Manifesten una por angoixant a agredir-lo.	0-17

### **D13. Els progenitors/guardadors poden estar maltractant físicament l'infant o abusant-ne sexualment**

1	Poden ser els causants de les lesions físiques de l'infant.	0-17
2	Poden estar abusant sexualment de l'infant.	0-17
3	Poden haver afavorit una mutilació genital femenina o hi ha el risc que ho facin.	0-17
4	Poden estar subministrant substàncies tòxics a l'infant.	0-17

## **E. Context social, familiar i personal de l'infant**

### **E7. El nucli familiar té dificultats socials, econòmiques i/o d'organització**

1	No té suport social i/o familiar.	0-17
2	Té insuficiència d'ingressos econòmics per garantir la cura bàsica de l'infant.	0-17
3	Els progenitors són adolescents amb dificultats econòmiques greus o amb manca de suport.	0-17
4	És un nucli monoparental amb dificultats econòmiques greus o amb manca de suport.	0-17
5	Hi ha deficiències greus en habilitats d'organització i economia domèstiques.	0-17
6	És un nucli que està en situació d'immigració i amb dificultats econòmiques o legals greus o amb manca de suport.	0-17
7	Manifesta canvis constants de domicili.	0-17
8	Manifesta canvis freqüents de parella i/o dels referents adults de l'infant (canvis de cuidadors).	0-17

### **E8. El nucli familiar viu en un context social de consideració especial**

1	Viuen en una situació d'aïllament en zona rural.	0-17
2	Viuen en un campament provisional de caravanes.	0-17
3	Habiten en una zona amb concentració de població en situació de dificultat social.	0-17
4	Els contextos familiar, cultural o religiós són poc afavoridors dels drets de l'infant o de la dona.	0-17

<b>E9. Situació personal o familiar de consideració especial</b>		
1	Algun dels progenitors està a la presó.	0-17
2	Els ingressos econòmics familiars provenen d'activitats presumptament delictives o no legals.	0-17
3	Algun dels progenitors exerceix la prostitució.	0-17
<b>E10. Els progenitors o els guardadors tenen una història personal de desprotecció</b>		
1	Hi ha una història personal de maltractament físic o d'abús sexual en els progenitors.	0-17
2	Hi ha una història personal de negligència en els progenitors.	0-17
3	De petits van estar institucionalitzats en el sistema de protecció.	0-17
<b>E11. Les condicions personals de l'infant el poden fer més vulnerable</b>		
1	L'infant pateix una malaltia crònica.	0-17
2	L'infant té alguna discapacitat física, intel·lectual o sensorial.	0-17
3	L'infant presenta algun trastorn mental.	0-17
<b>E12. Els guardadors o els progenitors presenten un aspecte físic molt desfavorable</b>		
1	La seva higiene corporal és molt deficient.	0-17
2	Presenten sovint lesions físiques.	0-17
3	Presenten un estat molt somnolent.	0-17
<b>E1. Els guardadors o els progenitors poden tenir una addicció a l'alcohol o altres drogues</b>		
1	Presenten símptomes compatibles amb un abús d'alcohol.	0-17
2	Presenten símptomes compatibles amb un abús d'altres drogues.	0-17
4	S'observa l'existència de substàncies estupefaents o tòxiques a l'abast dels infants.	0-17
<b>E2. Els guardadors o els progenitors poden estar patint algun trastorn mental</b>		
1	Presenten símptomes compatibles amb algun trastorn mental.	0-17
<b>E3. Els guardadors pateixen una discapacitat intel·lectual</b>		
1	Presenten dificultats que fan pensar que poden tenir alguna discapacitat intel·lectual.	0-17
<b>E4. Els guardadors presenten una malaltia física</b>		
1	Els progenitors pateixen alguna malaltia física greu.	0-17



### **E5. L'habitatge no presenta unes condicions mínimes d'habitabilitat i higiene per a l'infant**

1	Les condicions de l'habitatge són insalubres o perilloses.	0-17
2	L'habitatge està en condicions precàries de manteniment, equipament i ordre.	0-17
3	Hi ha amuntegament (conviuen moltes persones en una mateixa casa).	0-17
4	Han estat desnonats o no tenen domicili.	0-17

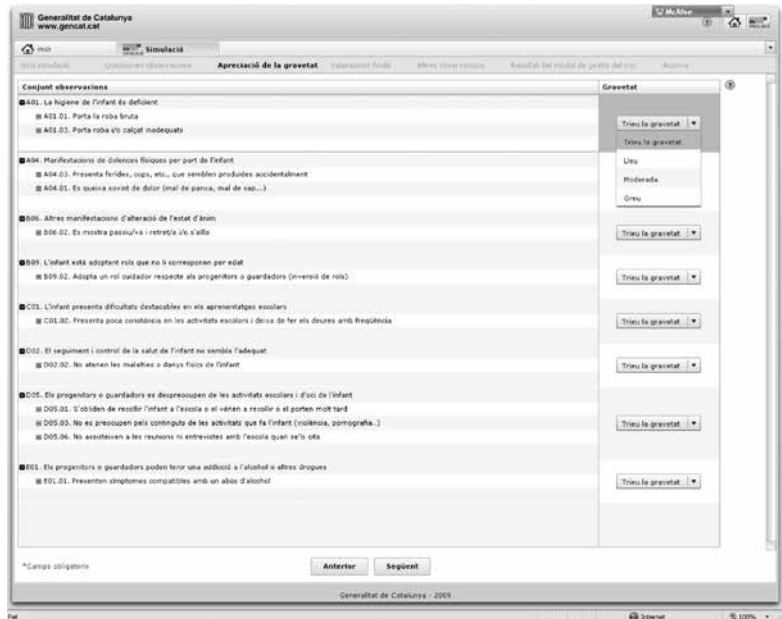
### **E6. Antecedents de violència o d'abús sexual en la història familiar**

1	Algun dels progenitors ha mort per causes violentes (assassinat, suïcidi...).	0-17
2	Un dels progenitors ha matat l'altre.	0-17
3	Un dels progenitors va agredir l'altre.	0-17
4	Algun germà/ana ha patit maltractaments físics i/o d'abús sexual.	0-17
5	Un dels progenitors té antecedents d'haver maltractat físicament o sexualment terceres persones.	0-17

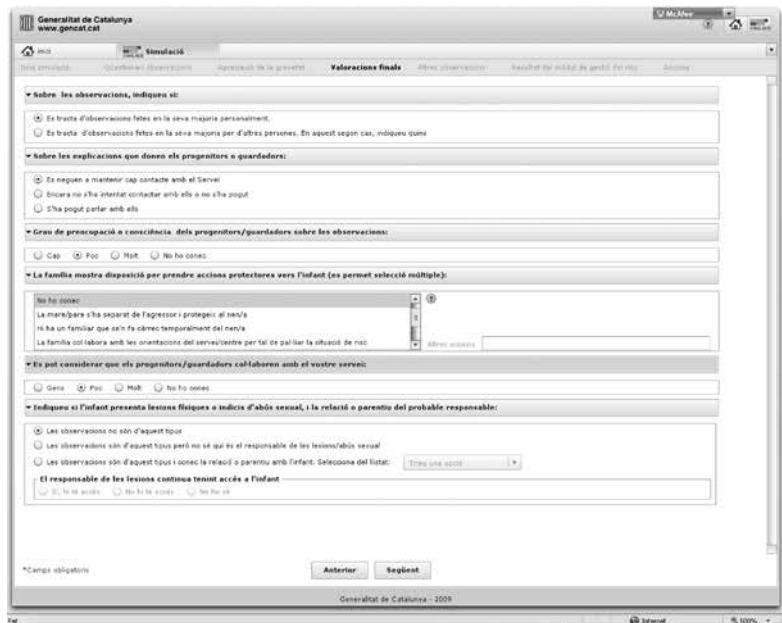
És una llista pensada, inicialment, per ajudar en la presa de decisions sobre un cas que acaba d'entrar al servei o un incident nou en relació amb un cas ja conegut, però també pot ajudar en aquelles situacions que fa temps que es coneixen, en les quals la durada de la intervenció requereix una nova presa de decisió.

A la tercera pantalla, un cop seleccionades les observacions pertinents al cas, s'emplenen els paràmetres següents que ponderen les observacions seleccionades:

- Apreciació de la gravetat, feta pel professional, relativa a cada conjunt d'observacions seleccionat per al cas: lleu, moderat o greu.
- Informació sobre si s'ha observat personalment o ha estat referit per altres persones.
- Grau de preocupació o consciència que mostra la família en relació amb el perjudici que pateix l'infant.
- Explicacions proporcionades per la família sobre la situació.
- Col·laboració de la família amb el servei per millorar la situació de l'infant.
- Accions protectores fetes per la família.
- Probable perpetrador del maltractament.
- Accés a l'infant que té el responsable de les lesions.



A la quarta pantalla, es mostra una llista inicial de factors de resiliència i s'obre un espai per afegir-hi, de manera opcional, els comentaris que es creguin oportuns.



Les dues pantalles següents, cinquena i sisena, són de resultat; és la part del feed-back del programa cap al professional que ha emplenat les observacions i les ponderacions del cas. El programa ofereix quatre tipus de resultats:

1. Valoració del risc en el qual pot estar un infant: lleu, moderat o greu.
2. Tipologia del maltractament (segons es preveu a la legislació catalana):
  - a) Maltractament físic
  - b) Negligència o abandonament
  - c) Maltractament psicològic o emocional
  - d) Abús sexual
  - e) Maltractament prenatal
  - f) Submissió químicofarmacèutica
  - g) Explotació laboral
  - h) Explotació sexual
  - i) Mutilació genital femenina

Generalitat de Catalunya  
www.gencat.cat

Inici Observació Observació de la gestió Observacions Observacions

**Factors protectors/resiliència (es permet selecció múltiple):**

- L'infant té el suport d'un adult referent clau.
- L'infant de força autònom i mostra tenir recursos personals
- Manté relacions interpersonals positives amb els adults propers
- Té experiències escolars positives i bones relacions amb els companys
- Té una xarxa de suport social
- Està molt integrat al barri i a les activitats que s'hi fan
- Qualsevol d'aquests aspectes aliats que s'és molt important

Altres factors i observacions generals del cas:

Anterior Següent

Generalitat de Catalunya - 2009

Així mateix, es preveuen les situacions d'incapacitat de contenir la conducta de l'infant. Tot i que no es consideren pròpiament com una tipologia de maltractament, cada vegada és més freqüent trobar-se amb aquest tipus de situacions que demanen una actuació dels serveis de protecció, especialment amb adolescents.

3. Possibilitat de recidiva o repetició de la situació que ha patit l'infant.
4. Proposta d'intervenció:
  - a) S'ha de seguir o iniciar un treball des del seu propi servei (escolar, de salut, etc.).
  - b) S'ha de coordinar el cas amb els serveis socials bàsics (SSB). Depenent de la gravetat del cas, aquests podran derivar-lo a l'equip especialitzat de protecció de la infància.
  - c) S'ha de notificar el cas directament als serveis de protecció amb la finalitat de protegir l'infant al més aviat possible.



Perquè el programa pugui donar respostes s'ha elaborat un sistema d'algoritmes sofisticat que tenen en compte les condicions següents:

- Els conjunts d'observacions tenen assignat de partida un nivell de gravetat (lleu, moderada i greu). Es matisa aquesta assignació inicial amb les ponderacions de gravetat fetes per l'usuari.
- Algunes observacions estan associades a un tipus de maltractament en cas que siguin específiques d'algun d'aquests, i altres són inespecífiques i no estan associades a cap tipologia en concret.
- Perquè el programa doni una resposta, s'ha d'indicar alguna observació relativa al nen o nena (blocs A, B o C) i alguna observació sobre la relació que mantenen els progenitors o guardadors respecte de l'infant (bloc D o els tres primers de l'E). Si no fos així, hi hauria la possibilitat de prendre mesures de protecció envers un infant maltractat físicament, atès en un hospital, sense que els progenitors hagin tingut cap responsabilitat en el maltractament. O, al contrari, podríem observar un trastorn en algun dels progenitors que no estigués afectant l'infant. Entenem que hi ha una relació d'interdependència entre els blocs, que estableix la relació causal.



- Les valoracions que efectua el professional sobre l'apreciació de la gravetat i l'actitud de la família davant el succés i amb el servei ponderen el nivell inicial de risc i ens alerten sobre la possibilitat de repetició.
- Amb els resultats obtinguts, el programa fa una estimació del possible risc detectat i aconsella l'informant cap a on haurà de dirigir la seva comunicació perquè l'infant rebí l'atenció que requereix.

### **3.3.2. Fase 2: implementació completa del programa**

Aquesta fase conté l'MSGR més les dades identificadores de l'infant, la seva família i la persona que utilitza el programa. Es tracta pròpiament del RUMI. Anteriorment, en aquest text, s'ha parlat d'un RUMI que donés resposta a la necessitat de disposar de dades estadístiques en relació amb el fenomen dels maltractaments, i de com es va dissenyar un programa que no sols configurés un registre, sinó que, a més, inclogués tota una sèrie de prestacions per als usuaris que els facilitessin la tasca de detecció i notificació de casos de maltractament, i que alhora garantissin l'èxit del registre. Com ja s'ha dit, aquest projecte es va anar perfilant fins a esdevenir el Mòdul de suport a la gestió del risc ja comentat. Aquest MSGR té dues vessants: la pública o simulador, que s'ha explicat fins ara, i la privada, és a dir, d'accés professional per a la comunicació efectiva, a través del mateix sistema informàtic de cada àmbit professional, de les situacions de risc o de maltractament.

Aquesta fase, com dèiem, és d'accés restringit als professionals dels serveis públics vinculats a l'atenció a la infància, bé a través de la pàgina web del RUMI (en el qual es troba, a la part pública, l'MSGR), bé mitjançant les aplicacions informàtiques pròpies de cada col·lectiu professional a través de connexions de servei web (web service). Mantenint l'esperit que impregna la filosofia del projecte, es va acordar amb els diferents departaments de la Generalitat implicats que, per a aquells col·lectius que disposessin d'un sistema d'informació informàtic compartit, s'establirien uns canals de comunicació de manera que els usuaris no haguessin de canviar d'aplicació per informar el registre de casos, sinó que poguessin fer-ho directament a través de les seves interfícies de treball. Per a això es van mantenir una sèrie de contactes amb els diferents responsables tècnics i tecnològics, després dels quals es van poder establir les condicions d'interoperabilitat i els acords quant a la informació que s'havia de compartir.

Amb aquestes dades tècniques disponibles, l'equip de projecte informàtic va deixar construït el sistema de connexió de l'MSGR amb els diferents sistemes informàtics previstos (Interior i Salut), així com una connexió estàndard via web que permetés connexions ulteriors encara no concretades. Per a aquells col·lectius (escoles, serveis socials, etc.) que no disposessin d'un sistema informàtic propi i compartit, es va construir un sistema d'entrada, via web, mitjançant certificació digital.

En tot cas, l'usuari que entra al sistema identificat com a professional autoritzat utilitza el mateix funcionament que en el cas d'una simulació. Com ja s'ha explicat, el sistema ofereix a l'usuari una valoració del risc de la situació i una proposta d'actuació mitjançant l'MSGR. La diferència entre l'accés públic i el privat és que, a partir d'aquesta valoració, l'usuari pot decidir executar l'acció utilitzant el mateix sistema. En aquest cas, el sistema sol·licita a l'usuari les dades identificadores del nen o la nena i les dels seus progenitors o guardadors i torna a demanar a l'usuari que ratifiqui l'acció a dur a terme. Abans d'executar la notificació, l'usuari té l'opció de guardar el registre i disposar de més temps, fins a un màxim de tres dies, per completar la informació o contrastar el cas (passat aquest temps s'eliminarà el registre). Si l'usuari accepta les indicacions

del sistema, i decideix executar l'acció recomanada, immediatament passaran dues coses:

- D'una banda, **el cas queda registrat en el sistema. Què implica que el cas quedi registrat?**
  1. El cas passa a formar part del Registre Unificat de Maltractament Infantil, la qual cosa s'emmagatzema tota la informació a efectes tècnics, de prevenció i protecció, i estadístics. Per a aquesta funció estadística, es poden llistar els casos en format exportable, sense dades d'identificació, per tal de reportar aquesta informació, per exemple, al RUMI estatal. Els departaments implicats en el Registre (en els àmbits de la salut, educació, interior i serveis socials) poden disposar de tota la informació relativa als registres generats des dels seus diferents serveis, sense dades identificatives, per a les seves finalitats estadístiques.
  2. El sistema inicia una recerca interna d'antecedents del cas en el mateix RUMI: busca si el nen o la nena en qüestió ha estat registrat amb anterioritat, per tal de conèixer si hi ha hagut antecedents de maltractament. També busca si els progenitors o els guardadors tenen registrat el seu nom associat a altres infants, per tal de detectar adults reincidents. En cas de trobar antecedents del cas, el sistema avisa l'usuari d'aquest fet. Un element important a destacar d'aquesta recerca és que el sistema distingeix entre coincidències segures (les que s'estableixen a partir de la coincidència d'un document identificador com el NIF o el número de la targeta sanitària) i coincidències probables (que s'estableixen a partir de la coincidència de diverses variables: noms i cognoms, sexe i edat o data de naixement), coincidències que la unitat de protecció pertinent haurà d'investigar per tal de confirmar la seva veracitat o no. D'aquesta manera, es garanteix la recerca d'antecedents a partir de la possibilitat que diferents informants hagin utilitzat variacions en els noms o en els cognoms.
  3. El sistema activa la seva connexió via servei web (web service) amb el Sistema d'informació de la infància i l'adolescència (Sini@) per tal de buscar connexions del cas amb expedients oberts o tancats en aquest sistema (bé de l'infant, bé dels adults relacionats).
  4. En el curs d'una investigació, els cossos de seguretat (Mossos d'Esquadra) poden fer una consulta directa en el sistema, sense necessitat de registrar un cas, sobre l'existència d'antecedents en relació amb un infant o una persona adulta sospitosa de maltractar menors o abusar-ne. Aquesta funcionalitat de cerca està habilitada també per l'administrador del sistema: la DGAIA.
- D'altra banda, **el sistema posa en gestió el cas. Què implica que el sistema posi el cas en gestió?**
  1. S'inicia una coordinació telemàtica amb el servei oportú segons la valoració feta. Això permet activar de forma ràpida els protocols d'actuació que s'estableixen per a les situacions de maltractament infantil i mantenir els usuaris de la xarxa interconnectats.

2. Si es tracta d'un cas que requereix coordinació amb els serveis socials, envia un avís per correu electrònic a l'equip tècnic corresponent.
3. Es generen avisos o alertes als serveis de protecció perquè prenguin les mesures més adequades en interès de l'infant mitjançant correus electrònics a la bústia compartida per la unitat que correspongui:
  - Quan es produeix l'entrada en el sistema d'un cas greu en el qual cal valorar la necessitat de protecció de l'infant.
  - Quan s'informa d'un cas lleu o moderat, però respecte del qual s'han trobat antecedents, bé en el mateix RUMI, bé en el Sini@, que podrien fer variar la consideració del cas i propiciar una intervenció proactiva. Aquest sistema permet que serveis de diferent índole puguin conèixer els antecedents d'un cas de forma immediata, en temps real, de manera que es pot actuar amb més celeritat i coneixement.
4. El servei de protecció que rep el cas informa sobre les primeres accions fetes per tal que l'usuari informant conegui el que ha passat amb el cas a partir de la notificació. Aquest és un punt molt important, ja que sol passar que els serveis aliens als serveis de protecció, quan fan la notificació d'un cas de maltractament, no saben després amb quin professional o unitat de servei s'han de posar en contacte per fer-ne un seguiment, la qual cosa fa que l'informant tingui una sensació de desorientació. Per evitar aquesta disfunció del circuit, el sistema ha implementat un espai on l'informant pot consultar tots els casos que hagi notificat i saber en quin punt es troba la gestió. A aquest nivell cal descriure tres tipus de gestió:

- **Gestió dels serveis socials:** aquesta està precedida per la sol·licitud de coordinació que executa l'informant davant un cas lleu o moderat. Els serveis socials disposen d'una taula de recepció de sol·licituds de coordinació amb informació sobre el servei del qual prové la sol·licitud, l'edat de l'infant i la seva adreça; cada usuari de gestió de serveis socials té accés als avisos referits a la seva àrea territorial d'intervenció. Des de cada un dels avisos es pot accedir a tota la informació del registre per a la seva gestió.

El professional de serveis socials que atén el cas ha d'acceptar la sol·licitud d'intervenció, amb la qual cosa l'informant coneix l'estat del cas i el professional amb el qual ha de contactar per coordinar-lo. L'acceptació del cas implicarà habitualment la intervenció del mateix servei social, però també pot comportar una redirecció a un altre servei social per canvi de domicili, una derivació a un equip especialitzat o una derivació als serveis de protecció (DGAIA).

El servei social receptor de la sol·licitud també pot no acceptar la gestió si considera que no hi ha una situació de risc, en cas de defunció de l'infant, o per canvi de país o de comunitat autònoma.

En cas que la sol·licitud de coordinació porti associades coincidències amb altres registres, el servei social receptor pot accedir a la informació dels registres coincidents i l'estat de les gestions que el servei de protecció pertinent està portant a terme en relació amb aquests antecedents.



- **Gestió dels serveis de protecció:** els serveis de protecció encarregats de la gestió del RUMI disposaran en el sistema de dues taules de recepció d'avisos. Aquestes són: una per a les notificacions de casos greus que requereixen la gestió directa i immediata, i una altra per als avisos de casos que es gestionen des dels serveis socials i en els quals s'han detectat antecedents. Cada avís disposa d'un resum de les dades principals del cas: de quin servei prové la notificació, l'edat de l'infant, el tipus de maltractament i l'estat de l'avís (pendent, atès o gestionat), que, en el cas d'"atès", s'indicarà el professional que s'està fent càrrec de les gestions. Des de cada un d'aquests avisos es pot accedir directament al registre amb tota la informació del cas per gestionar-lo.

**Quan els serveis de protecció reben un avís d'antecedents.** En cas que es tracti d'un cas lleu o moderat i la gestió correspongui als serveis socials, l'actuació del servei de protecció consisteix a confirmar els antecedents trobats. Si de la valoració dels antecedents se'n fa una valoració més greu del cas, el servei de protecció informa l'equip de serveis socials, que fins ara el gestionava, que assumeix el cas i, per tant, el relleva de la seva intervenció.

Si no es confirmen els antecedents, o no se'n deriva cap variació en la valoració de la gravetat, el servei de protecció informa l'equip de serveis socials que pot fer l'estudi o el seguiment del cas i, quan sigui necessari, establir-ne la prioritat.

**Quan el servei de protecció rep directament la notificació d'un cas greu de maltractament, o de risc de produir-se'n un,** ha d'informar el sistema informàtic si adopta mesures cautelars per a la protecció immediata de l'infant o si bé deriva el cas a un equip especialitzat, i indicar a quin. En tant que el cas segueixi en mans del servei de protecció, el professional que ha fet la notificació, a través de l'accés de què disposa a la base dades dels registres fets des del seu servei, podrà conèixer les mesures preses o l'equip especialitzat al qual s'ha derivat el cas.

El responsable del servei de protecció encarregat de gestionar el RUMI té la facultat de disposar la baixa d'un cas del registre quan s'hagi demostrat fefaentment que es tracta d'un fals positiu.

- **Gestió del mateix usuari informant:** com s'ha explicat, l'usuari informant pot deixar el registre en suspens, abans de fer-lo efectiu, i disposa de fins a tres dies per reprendre'l i notificar-lo. Passat aquest període el cas s'elimina del sistema. Un cop notificat el cas, pot accedir-hi per conèixer-ne l'estat i el professional o l'equip encarregats de la seva resolució.

En cas que l'usuari, arribat al punt en què ha de confirmar l'acció proposada pel sistema informàtic, decidís actuar de manera diferent a com aquest li proposa, només hauria de justificar breument el perquè, a través d'un qüestionari amb preguntes tancades i obertes, per tal que el servei receptor del cas conegui les dades que potser el sistema no ha pogut recollir i que fan variar la valoració del cas. En aquest punt, l'informant també pot suggerir observacions noves que considera que són rellevants en el cas i que intenta notificar i no troba a la llista. Aquest informe breu recopila informació sobre possibles millores a

incorporar en el sistema. Es demana també a l'informant que faci una trucada a la unitat encarregada de l'administració del RUMI (MSGR) per contrastar el cas. La unitat disposa d'un sistema de generació de codis de trucada que estableix una relació entre el cas registrat i la informació facilitada telefònicament, i serveixen, quan sigui necessari, com a contrasenya per completar l'acció desitjada per l'informant.

---

### **3.4. Implicacions del RUMI (MSGR)**

#### ***3.4.1. Implicacions per a la pràctica professional***

La utilització del RUMI, i de l'MSGR que porta integrat, té implicacions directes sobre la pràctica professional de tots els agents que estan diàriament en contacte amb infants i l'objecte de treball dels quals és procurar-ne el benestar integral:

- Crea un sistema útil, elaborat juntament amb les parts implicades i amb un suport tecnològic, integrat i compartit.
- Evita omissions d'intervenció, especialment davant situacions greus.
- Fomenta la detecció precoç del maltractament infantil.
- Facilita la prevenció de les situacions de risc social d'infants i adolescents.
- Potencia el treball en xarxa i la implicació dels diferents serveis.
- Estableix un llenguatge comú i compartit i una valoració consensuada del risc.
- Visualitza la responsabilitat i la cooperació de la comunitat i les institucions respecte al maltractament infantil.
- Permet disposar d'un sistema d'assessoria i acompanyament per als professionals.

A més, esdevé una eina pedagògica molt útil per a la formació de professionals nous dels diferents àmbits implicats.

També permet:

- Disposar d'un sistema de registre únic.
- Optar per un sistema de base de dades integrat.
- El coneixement en línia, és a dir, en temps real, de les situacions detectades per diferents serveis, amb la qual cosa es pot actuar de manera proactiva davant d'un cas que registra antecedents.
- Agilitzar la comunicació i la coordinació entre serveis.
- Fer el seguiment dels casos que cada professional ha comunicat als altres agents de la xarxa.
- Fer una intervenció ajustada a criteris compartits.
- Facilitar un procediment per a l'aportació d'informació que permet organitzar-la de manera homogènia i consensuada, la qual cosa agilitza la presa de decisions als equips interdisciplinaris competents per raó de la matèria.

### **3.4.2. Implicacions per a les polítiques públiques**

La utilització de l'MSGR com a simulador ajuda els professionals a millorar la derivació del cas al servei oportú; cal tenir en compte que això suposa, alhora, economitzar temps i fer un ús eficient dels recursos disponibles (s'eviten periples de derivacions innecessàries que sobrecarreguen els serveis que les reben i que retarden una intervenció adequada en els casos). Això té un efecte directe en la pràctica professional, però també en l'ús i la gestió dels serveis públics i com és obvi, i més rellevant, en el benestar dels nens, nenes i adolescents implicats.

D'altra banda, perquè el sistema pugui tenir una incidència directa en les polítiques públiques cal implementar la funció del RUMI. En aquest cas, la informació associada sobre el territori en el qual es produeixen situacions determinades permet conèixer quins factors de risc, tant a l'entorn com en els progenitors o en el mateix infant, tenen més presència. Això comporta la possibilitat de posar en marxa programes de prevenció i tractament ajustats a les zones i les necessitats detectades.

La construcció d'aquest sistema preveu la possibilitat d'analitzar, inferir tendències i fer una prospecció de necessitats sobre el fenomen, per tal de planificar la despesa pública segons la realitat detectada. Es tracta, en tot cas, de prendre decisions basades en el coneixement i l'evidència per a una gestió més eficient dels recursos públics.

### **3.4.3. Implicacions per a la investigació**

D'altra banda, l'explotació estadística del RUMI (MSGR) permet aprofundir en la investigació del fenomen del maltractament infantil i obtenir informació rellevant i de primera mà dels professionals.

D'aquesta manera es poden explotar les relacions entre indicadors i tipologies de maltractament per tal de veure fins a quin punt ratifiquen els coneixements de què disposem fins a aquella data o si, per contra, sorgeixen associacions no previstes o se'n desmenteixen d'altres ja assumides.

El fet que els casos estiguin vinculats a un usuari que els comunica, el qual s'identifica com a professional d'un àmbit i territori determinats, permet aprofundir en el coneixement de les diferents perspectives professionals, de les seves peculiaritats i dels aspectes canviants que es puguin anar produint amb el temps, a més de la seva representació i prevalença territorial.

Així mateix, i ja que el sistema està dotat de la possibilitat de recollir les observacions suggerides pels usuaris, es podran detectar indicadors nous sorgits de la pràctica professional i vinculats als nous fenòmens socials emergents que potser incideixin en les situacions de risc per als infants i els adolescents. En definitiva, el coneixement empíric es destina a millorar la pràctica professional i les polítiques públiques.

## El procés de validació del Mòdul de suport a la gestió del risc (MSGR)

### 4.1. Marc del procés de validació

L'MSGR està concebut com una eina col·laborativa i pressuposa alts graus de participació i compromís (*engagement* en anglès) dels diferents usuaris del sistema (com ja s'ha comentat en diferents ocasions: professionals d'educació, de sanitat, de la Policia Autònoma i dels serveis socials bàsics, així com dels serveis socials especialitzats en la protecció de la infància). Només una cultura de la gestió compartida dels riscos pot posar en marxa l'MSGR i aconseguir que arribi a ser una eina útil i beneficiosa. Aquesta participació està concebuda a diferents nivells en totes les fases de la recollida analítica de dades del procés de gestió de les situacions de risc per a la infància i l'adolescència, com ja s'ha explicat en l'apartat 1 (figura 2), però també ha estat un element clau en la validació inicial.

El procés de validació de l'MSGR, del qual descriurem els elements més rellevants en els apartats següents, es va planificar com un procés de validació de tot el sistema per comprovar la fiabilitat del seu funcionament i la seva adequació a la realitat social complexa i canviant que afronten els professionals que atenen la infància a Catalunya.

El procés de validació ha previst quatre vessants:

- a) La vessant **tecnològica**. Se centra en l'avaluació del funcionament correcte del programa informàtic en un entorn de proves, a partir d'una comprovació sistemàtica dels requeriments recollits en l'anàlisi funcional. Aquesta validació la va dissenyar i la va dur a terme l'empresa informàtica que va desenvolupar el projecte des del punt de vista tecnològic, i que va comptar amb la col·laboració de membres de l'Administració pública i de la Universitat de Girona, ja que van efectuar les proves i van traslladar els errors trobats de la interfície perquè fossin resolts.

Aquesta validació es va desenvolupar al llarg del primer trimestre del 2009.

- b) La vessant de la **usabilitat**, tot i que està lligada amb l'anterior, va més enllà de fixar-se en si funcionen correctament els components físics i lògics del sistema informàtic; se centra a avaluar la facilitat de l'ús i l'aprenentatge d'aquest, tenint en compte l'eficàcia, l'eficiència i la satisfacció dels usuaris.

Aquesta vessant necessita, inevitablement, un procés participatiu que comentem a la vessant següent.

- c) La vessant de **continguts**, que avalua la coherència dels continguts: en un primer lloc, quant a la comprensió del llenguatge utilitzat; en un segon lloc, en relació amb l'adequació de les observacions a les diferents realitats socials dels infants i adolescents del territori català, relacionades amb les situacions i les casuístiques reals amb les quals es troben els professionals. Així mateix, aquesta vessant analitza l'orientació correcta del sistema a professionals en contacte amb els infants perquè les seves observacions puguin estar estructurades de manera que permetin prendre decisions sobre els processos a seguir, tant ells mateixos com els equips professionals especialitzats competents en cada cas, fonamentades en el màxim rigor científic.

Les validacions de la usabilitat i dels continguts són les vessants que centraran els apartats següents. Es van iniciar l'abril del 2009, quan va finalitzar la validació tecnològica, i van concloure el novembre del 2010, quan es va celebrar una sessió pública de devolució.

- d) La darrera vessant, relacionada amb la pràctica professional i l'entorn social, o validació ecològica, és la *validació de l'eina en el seu ús real*. També es pot concebre com a validació continuada respecte a les vessants anteriors que són validacions inicials o prèvies a la seva posada en marxa. Aquesta vessant suposa tant percebre que sigui un recurs útil, d'ajuda en els procediments d'actuació en els quals concorren amb incertesa i dubte, com avaluar-ne l'eficàcia i l'eficiència en la gestió de les situacions de riscos reals. Tant en un sentit com en un altre, si l'MSGR arriba a ser entès com una eina formativa (en el sentit d'aprendre a observar, posem per cas), i si aquest ús és continuat i permet fer dia a dia una actualització i millora (a partir d'aquesta mateixa experiència directa que tenen els professionals i de l'avenç del coneixement científic en aquest camp), podrem dir que s'hauran complert els objectius últims pels quals es va projectar el sistema.

L'MSGR es va posar en funcionament el 21 de juny del 2011 en la versió de simulador (queda activar, com ja s'ha comentat, l'ampliació a les funcions de notificació i de coordinació de casos de risc vinculades al RUMI).

---

#### **4.2. Metodologia per validar la usabilitat i el contingut de l'MSGR**

El procés de validació de l'MSGR inicial, és a dir, el que es va centrar en les vessants de la usabilitat i del contingut prèvies a la posada en marxa, es va portar a terme en dues fases: en la primera, es va fer una validació interna a través d'una comissió o grup d'experts que van dissenyar una primera versió de l'MSGR, que va ser testada, i, en la segona, que anomenem validació externa, amb els professionals.

El procés de validació interna va suposar un llarg camí de revisió, selecció i poda de les observacions més rellevants relacionades amb el maltractament infantil o el seu risc. També va comportar estructurar aquesta informació en blocs i conjunts d'observacions i fer una selecció per àmbits d'actuació i edat. Finalment, va suposar també seleccionar aquestes observacions segons la ti-

pologia de maltractament i qualificar el nivell de risc dels conjunts de les observacions associades als colors dels semàfors (vegeu l'apartat 3). El resultat d'aquest procés va ser una primera versió de l'MSGR, que va ser la que els usuaris externs van validar.

Per a la validació externa d'aquesta primera versió es varen planificar i dur a terme una sèrie de sessions públiques amb els objectius de donar a conèixer el Mòdul i demanar la participació en el procés.

Aquestes sessions de presentació es van dur a terme entre el desembre del 2009 i el maig del 2010, en les diferents capitals provincials i municipis rellevants del territori català. Es van fer un total de 13 sessions en les quals van participar 838 professionals dels diferents àmbits, la qual cosa considerem que va ser un gran èxit pel que fa a l'assistència i que demostra l'interès dels professionals per aquest tema encara no operatiu.

Del total dels assistents, més de la meitat (50,9%, 427 professionals) es van inscriure de manera voluntària a la llista per participar en les proves de validació externa, tot i que es va informar els assistents als actes que la participació era voluntària i no remunerada, i que només suposava rebre un certificat oficial de participació en el procés. Aquest percentatge de participació demostra un grau d'interès alt, i fins i tot una voluntat de compromís. Això últim, molts cops, no és ben entès pels gestors i moltes vegades ho obvien o no ho tenen en compte, amb la qual cosa pressuposen que hi ha una manca d'interès en qüestions relatives a les temàtiques socials.

#### **4.2.1 El procés de validació externa: grup focal A i grup focal B**

Els 427 professionals que s'hi van inscriure per participar voluntàriament a les proves de validació van ser dividits en dos grups focals segons la seva àrea de treball:

- **grup focal A**, format pels usuaris finalistes del sistema (professionals dels àmbits de l'educació, la sanitat, la Policia Autonòmica i els serveis socials bàsics), i
- **grup focal B**, format pels professionals dels àmbits més directament relacionats amb la protecció (EAIA, EVAMI, ETCA, UDEPMI, EFI i SSB; vegeu el significat de les sigles a la taula 3).

*Taula 3. Sigles utilitzades en aquesta publicació, sobretot referides als serveis socials especialitzats en l'atenció a la infància i l'adolescència que operen a Catalunya*

DGAIA	Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència, dependent del Departament de Benestar Social i Família (aleshores Departament d'Acció Social i Ciutadania) de la Generalitat de Catalunya.
EAIA	Equip d'Atenció a la Infància i l'Adolescència. En la majoria de casos depenen orgànicament dels ens locals, però funcionalment depenen de la DGAIA.
EFI	Equip Funcional d'Infància. DGAIA.
ETCA	Equip Tècnic del Centre d'Acollida.
EVAMI	Equip de Valoració del Maltractament Infantil.
MSGR	Mòdul de suport a la gestió del risc.
RUMI	Registre Unificat de Maltractament Infantil.
SSB	Serveis socials bàsics. Competència d'ens local (o supralocal: comarcal).
UDEPMI	Unitat de Detecció i Prevenció del Maltractament Infantil, DGAIA.

El **grup focal A** va participar en el procés de validació en línia. Se li va donar accés a l'MSGR a través d'un hiperenllaç on podia utilitzar el Mòdul en fase de proves com a usuari convidat. Per evitar col·lapsar el sistema informàtic que encara funcionava en la seva versió de prova, es van planificar sis grups separats en el temps amb cinquanta professionals a cada grup. Als professionals se'ls va demanar que utilitzessin el Mòdul entrant els seus propis casos i, posteriorment, omplissin un qüestionari en línia (vegeu la figura 3) amb les seves avaluacions sobre les respostes de l'MSGR i les seves propostes de millora. Aquesta validació es va desenvolupar entre els mesos de juny i setembre del 2010.

El **grup focal B** es va formar amb els professionals dels àmbits més directament lligats a la protecció a la infància (EAIA, EVAMI, ETCA, UDEPMI, EFI i altres serveis socials especialitzats), així com amb experts de la universitat. En aquest cas, es van programar una sèrie de sessions presencials en què es convocaven els professionals per grups per provar l'MSGR en aules d'informàtica, amb suficients ordinadors connectats a la xarxa perquè tots poguessin treballar al mateix temps. Aquestes sessions es van desenvolupar durant el mes de febrer del 2010. Van ser, per tant, anteriors a les del **grup focal A**.

Amb referència al **grup focal B**, es va estipular una participació mínima de 80 professionals i de 240 casos introduïts a l'MSGR. La participació final també va ser molt superior a la que es preveia, amb 108 voluntaris, i, en aquest cas, els casos entrats també van superar els previstos, ja que s'hi van introduir 251 casos.

Figura 3. Mostra del formulari en línia de validació de l'MSGR

**FORMULARI DE VALIDACIÓ DEL MÒDUL DE SUPORT A LA GESTIÓ DEL RISC (MSGR)**

**Valoració del Mòdul de Suport a la Gestió del Risc (MSGR)**

1. En els casos que heu entrat, esteu d'acord amb la resposta de l'MSGR pel que fa a l'apreciació del risc (color del semàfor)?

	D'acord	En desacord
Cas 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cas 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cas 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En el cas de desacord, indica per què.

Durant el mes de setembre, es van recollir propostes de millora i es van introduir els canvis oportuns en l'aplicació, i el novembre del 2010 es va tornar a convocar a tots els participants i els col·lectius en una sessió de devolució, en la qual es van explicar totes les modificacions introduïdes i es va argumentar el motiu de les desestimacions. Majoritàriament, van ser acceptades totes les aportacions en el procés participatiu. La sessió de devolució també va ser molt nombrosa pel que fa a l'assistència.

#### 4.2.2. Criteris de validació

Per tal de validar l'MSGR es van estipular prèviament uns criteris de validació que actuarien com a llindars d'acceptabilitat per a la posada en funcionament del mòdul. Si no s'aconseguien aquests resultats, seria necessària una revisió del procés i un procés nou de participació per tal de validar-lo. Els criteris estipulats eren els següents:

1. Un mínim nombre de casos introduïts en el sistema (100) i es va assolir la xifra de 384.
2. Un percentatge superior al 90%, d'acord amb la resposta de l'MSGR pel que fa a l'apreciació del risc (color del semàfor).
3. Un percentatge estipulat en el 80%, d'acord amb les observacions, el conjunt d'observacions i els bloc.
4. Un percentatge estipulat en un 75%, d'acord amb les dades personals dels infants, els familiars i la persona que notifica el maltractament que demana emplenar l'MSGR.
5. Percentatge estipulat en el 80%, d'acord amb la usabilitat del sistema.



### 4.2.3. Resultats obtinguts en la validació

Resultats del procés de validació participatiu:

El resultat del procés de validació dels dos grups focals mostra que s'han complert tots els criteris de validació estipulats (consulteu la taula 4).

Taula 4. Resultats del procés de validació

Criteri de validació	Llindar d'acceptabilitat	Resultats obtinguts	Complet
1. Nombre de casos introduïts en el sistema	384	392	
2. Resposta del sistema	90%	95,2%	
3. Tipus de valoracions	90%	90%	
4. Observacions, conjunts d'observacions i blocs	80%	80%	
5. Dades personals	75%	100%	
6. Usabilitat del sistema	80%	80%	

El nombre de casos registrats supera les previsions. Respecte a la pregunta segurament més important que fèiem als professionals que posaven a prova l'MSGR ("En els casos que heu registrat, esteu d'acord amb la resposta de l'MSGR perquè fa referència a l'apreciació del risc (color del semàfor)?"), el nivell d'acord va ser un 95,2%. Dels 392 casos que es van posar a prova, 373 van estar-hi d'acord, i només 19 van mostrar un desacord en la resposta.

Durant el procés de validació es van recollir propostes sobre les valoracions finals del cas, i algunes es van introduir en la versió nova de l'aplicació. Aquest procés participatiu també ha servit per recollir modificacions i propostes d'observacions, i algunes també han estat introduïdes. Referent als conjunts d'observacions i blocs, no s'ha rebut cap opinió i, per tant, es consideren validats.

Pel que fa a les dades personals, durant el procés de validació no s'han obtingut opinions sobre formularis que s'han d'emplenar per informar de les dades personals de l'infant, els progenitors i els guardadors. Per aquest motiu es considera vàlid al 100%.

En relació amb la usabilitat del sistema, durant el procés de validació s'han rebut algunes opinions relacionades amb el disseny de les pantalles de velocitat del sistema. Pel que fa a aquest últim tema, la velocitat depèn en cada cas del contracte de connexió a Internet de cada usuari, per tant, no s'han tingut en compte aquestes opinions a l'hora de fer la validació. Quant al disseny, s'han introduït algunes millores, com la introducció de barres de desplaçament en algunes pantalles i la introducció d'etiquetes de visualització completes de les observacions. Per tant, es considera satisfet el criteri de validació, encara que serà necessari continuar implementant millores en el futur.

# 5

## Consideracions finals

S'han descrit els avenços que ha fet la Comunitat Autònoma de Catalunya en relació amb la millora dels processos de detecció, notificació i actuació davant de situacions que puguin comportar un risc de desprotecció o desemparament dels infants i adolescents que viuen en aquesta comunitat. L'MSGR neix a partir de la necessitat d'adherir-se al projecte compartit per diferents comunitats autònomes consistent a tenir el Registre Unificat de Maltractament Infantil (projecte RUMI), projecte que va respondre a la voluntat del Ministeri de Treball i Afers Socials de seguir l'aplicació de la Convenció de drets de l'infant i les recomanacions que el Comitè dels Drets de l'Infant va fer a Espanya el 1999.

No obstant això, tal com s'ha comentat en pàgines anteriors, l'MSGR s'ha plantejat, des de l'inici, com un instrument que persegueix fites més àmplies que la de possibilitar un registre sistemàtic de casos de maltractament infantil. Una mirada reflexiva sobre aquests objectius ens porta en aquestes pàgines finals, que han de servir de conclusió i reflexió, a destacar les fites següents que, implícitament o explícitament, formen part dels objectius a assolir.

### La visibilitat de la infància

És indiscutible que els progressos en el camp de la legislació i la millora en la gestió i la coordinació de la xarxa professional en matèria de protecció a la infància estan aconseguint que aquesta, durant molts anys titllada d'invisible per la societat, sigui cada vegada més una realitat present a la consciència de tots.

En aquest sentit, l'MSGR es concep com una eina per incrementar la sensibilitat ciutadana envers les necessitats i els drets dels infants. Possibilita, tant els professionals que treballen amb infants i adolescents com la resta de persones de la nostra comunitat, compartir una cultura que els tinguin en compte com a subjectes que tenen dret a ser tractats amb el màxim respecte i dignitat. I això és així perquè el Mòdul és una eina que està concebuda per ensenyar a observar l'infant i el seu context i per discriminar les situacions i els factors que no són favorables per al benestar i el desenvolupament òptims.

Aquestes observacions queden registrades en el sistema, que esdevé així un banc de dades dinàmic que ens permet ampliar allò que hem vist i repensar observacions, i consultar els equips de professionals implicats en la protecció d'infants i accelerar la coordinació entre aquests. Tal com escriu Llàtzer (2012), el fet de passar d'una infància invisible a una infància visible té a veure, també, amb el fet que les dades es converteixin no sols en protagonistes rellevants, sinó al mateix temps en un instrument bàsic i imprescindible de la planificació de les polítiques adreçades a la infància i dels programes tècnics que calgui desenvolupar per a la protecció dels infants.

## L'ampliació del “cercle de protecció”

La conseqüència de les múltiples observacions que provenen dels ciutadans i dels professionals, registrades en el sistema que hem descrit, permet ampliar el cercle de protecció dels infants i adolescents. La tendència natural és creure que la protecció de la infància està garantida a través dels progenitors i de la família en general. Però la realitat quotidiana i el registre constant de casos de maltractament confirmen que la criança dels fills dista molt de ser una cosa instintiva.

Al contrari, la criança i la protecció dels fills es revela com una tasca complexa en la qual intervenen una barreja de factors, molts dels quals interaccionen entre si. Alguns d'aquests factors estan relacionats amb un potencial de capacitat de criança positiva, mentre que la presència d'altres sembla disminuir o posar en risc greu aquesta potencialitat.

L'avenç en les polítiques de protecció a la infància inclou un canvi de perspectiva en el sentit que cal ser conscients que la cura i la protecció dels infants i adolescents no recau només en els progenitors i les seves famílies, sinó en tots i cadascun dels membres d'una societat. La comunitat i les polítiques de protecció que són promogudes per les institucions que governen demanen formar part, d'aquesta manera, del cercle de seguretat que vetlla i garanteix que els drets dels infants estiguin protegits. Per això, cal que totes les persones coneguin quines són les necessitats i els drets dels infants i joves, i puguin aprendre a distingir els fets i els contextos que posen un menor en situació de risc.

En aquesta línia, l'MSGR permet no sols aprendre a observar, sinó, tal com hem vist, a recollir de manera sistematitzada aquestes observacions en la mesura que siguin útils i permetin a qualsevol ciutadà, en cas de ser necessari, dirigir-se als serveis i els equips especialitzats, que faran una valoració i un diagnòstic de la situació de risc o maltractament, i activaran els programes de protecció o reparació adequats a cada cas.

Aquest cercle de protecció inclou la perspectiva dels infants i adolescents sobre ells mateixos. El projecte Infància Respon, a través del seu web i d'espais interactius en construcció, com l'esmentat Coneixes els teus drets? Juga!, dóna protagonisme a un dels objectius més rellevants de la Declaració dels drets de l'infant: donar veu al mateix infant.

La comprensió dels drets atorga la capacitat a l'infant i l'adolescent de posar límits a l'actuació dels altres sobre la seva persona. D'aquesta manera, l'infant no esdevé en la representació col·lectiva un subjecte passiu necessitat de protecció, sinó un membre actiu de la societat que, a partir d'una edat determinada, pot expressar-se i tenir el dret d'opinar i ser escoltat. Arribar a aquest objectiu és, sens dubte, un camí de llarg abast. Les nostres societats amb prou feines han començat a caminar en aquesta direcció, però per arribar a una fita és imprescindible posar-se en la ruta i en la direcció adequada i aquest mòdul de participació del projecte Infància Respon persegueix aquesta voluntat.

**Menys és més: aprendre a distingir entre necessitats i drets dels infants, factors de risc i fets que impliquen un maltractament.**

Aprendre a observar comporta, de manera inherent, aprendre a seleccionar, a distingir i a aclarir. Els arbres de decisió i els algoritmes interns que formen part dels processos informatitzats de l'MSGR representen una ajuda valuosa a l'hora d'aprendre què s'ha d'observar i quin és el grau de gravetat d'aquestes observacions.

El coneixement de les necessitats i els drets dels infants dota la persona d'una sensibilitat especial a l'hora d'observar. Però els equips experts tenen competència per decidir si aquesta observació pot ser considerada un factor de risc de maltractament o un fet provat de maltractament. Per exemple, imaginem que un mestre observa un infant, visiblement cansat, que s'adorm a classe. La regulació del son és, al mateix temps, una necessitat i un dret de l'infant. Un professional de la docència sensible i coneixedor de les necessitats dels infants registrarà aquest fet. Però també haurà d'aprendre a contenir una valoració precipitada d'aquesta observació. Dormir a classe pot estar relacionat amb una malaltia emergent o pot ser la conseqüència de no descansar de manera òptima a causa de les disputes nocturnes parentals (entre altres possibilitats). En el cas de les disputes parentals, dues observacions (en aparença independents l'una de l'altra com són la necessitat de dormir i les disputes dels pares) adquireixen un significat nou. Un significat que, en el cas de ser una observació repetida, podria comportar que els experts fessin una valoració de negligència parental envers l'infant. És precisament aquesta relació entre dos fets, en principi aïllats, el que possibilita comprendre que, seguint l'exemple proposat, les disputes i la violència entre la parella siguin considerades un factor de risc per a l'infant, ja que poden interferir en una atenció adequada a les seves necessitats i en el seu procés de desenvolupament.

Per tant, la resposta a la qüestió de si una observació és un factor de risc o no ho és per a un infant ens la dona el coneixement de casos en els quals, a conseqüència d'aquest fet observat, s'han produït efectes negatius en els nens i nenes. I aquí és on l'MSGR esdevé un instrument multifuncional. D'una banda, perquè en un cas individual permet relacionar els fets registrats i no tractar amb factors de risc hipotètics. D'altra banda, si no tenim en compte un cas determinat, sinó la població en general, l'eina ens permet anar formant una base de dades que enforteix la investigació científica sobre la probabilitat que certs fets puguin ser considerats factors de risc (sols o en interacció amb altres factors) i, a partir d'aquest coneixement d'evidència empírica, reflexionar sobre quins tipus de polítiques socioeducatives de prevenció i suport són necessàries. D'aquesta manera es pot produir un feed-back entre el registre de dades individuals i específiques i l'elaboració de dades generals que estiguin a la base de l'actualització permanent dels programes de prevenció i intervenció en el camp de la protecció a la infància i l'adolescència.

### **Tipologia i gravetat dels factors de risc. Facilitant la presa de decisions**

El debat sobre quines variables individuals i contextuals es poden considerar factors de risc per als infants i adolescents i l'establiment de la gravetat (abans denominada d'alt risc) d'aquests factors no es pot considerar que estigui tancat. Al llarg d'aquestes pàgines, s'han exposat diferents tipologies de variables susceptibles de considerar-se factors de risc o factors de protecció, però és

una qüestió complicada per diferents raons. Una d'aquestes complicacions té a veure, tal com ja s'ha comentat, amb el fet que una variable determinada pot esdevenir factor de risc únicament quan interacciona amb altres variables. Una altra raó és que la conseqüència negativa per a un subjecte pot demorar l'emergència dels seus efectes durant diversos anys i pot resultar complex, per aquest motiu, establir relacions de causa-efecte. Molts estudis alerten, per exemple, que les experiències de criança negatives en la infància, com a resultat d'una depressió maternal o de separacions i ruptures amb les figures d'afecció, tenen efectes negatius greus en la salut mental de les persones un cop adultes (Sheri Madigan et al., 2006).

La gravetat d'un factor es pot veure, a més, alterada per variables dinàmiques com, per exemple, l'edat de l'infant, la seva salut física, la presència de factors de protecció o no, etc. Un factor pot repercutir en aspectes no observables directament, com pot ser el tipus de patró d'aferrament que un infant està desenvolupant, patró que pot repercutir, més endavant, en la seva capacitat de resiliència i en la seva potencialitat afectiva. En aquest sentit, el tipus de patró d'afecció o model operatiu intern podria considerar-se, al seu torn, un possible factor de risc per a una criança positiva, sobretot quan aquest factor interaccioni amb altres variables com, per exemple, l'estrès (Sadurní, 2011).

A partir de la base de les dades i les observacions que es van recollint, analitzant i relacionant, els científics poden alertar amb causa justificada de les situacions que, en un percentatge alt de casos, poden implicar una conseqüència negativa per a l'infant. Per exemple, el risc que una mare o un pare amb una dependència de substàncies tòxiques descuidi el seu fill i això pugui comportar conseqüències greus és un risc notablement alt, tal com les estadístiques poden provar (Wells, 2009). Però, per descomptat, també pot ocórrer que un pare o una mare només consumeixin un cop segurs que el seu fill està en lloc segur, amb altres figures que el protegeixen, i que controlin la seva dependència als tòxics de manera que no interfereixi amb la seva funció parental.

En aquest sentit, la voluntat de distingir entre observacions, factors o situacions de risc, d'una banda, i fets que impliquen un maltractament, d'altra banda, representa una de les aportacions substancials de la nova Llei dels drets i de les oportunitats a la infància i l'adolescència. Aquesta distinció intenta aclarir la diferència entre una situació de risc i una situació de desemparament.

Aquest mòdul de gestió apunta que només una matriu dinàmica de dades que contingui un conjunt ampli de factors i variables pot, a través de la investigació, ajudar a comprendre com interaccionen els factors de risc i protecció entre si. Els instruments dissenyats per recollir i sistematitzar observacions poden ajudar, a partir de la xarxa dels seus circuits informatitzats, a emergir càlculs de la gravetat dels esdeveniments i les observacions, càlculs que, en el cas de l'MSGR, es visualitzen, de moment, a través d'un semàfor de colors corresponents a situacions lleus, moderades o greus i que orienten sobre el tipus d'intervenció que cal emprendre. En aquest sentit cal subratllar que el conjunt de factors i variables que conformen l'MSGR han estat elaborats després d'una investigació científica intensa i han estat validats per un nombre important d'experts i professionals.

En conclusió, cal avançar en la recopilació sistemàtica de dades, i fer-ne una anàlisi i un estudi científic més enllà de l'elaboració d'estadístiques. Cal precisar els conceptes de risc, desemparament i maltractament, així com determinar i fer homogenis els sistemes de valoració dels nens i adolescents, les seves famílies i els seus contextos de vida. En aquest sentit, cal tenir en compte l'article 79 de la Llei, que preveu que el departament competent en infància i adolescència aclareixi els indicadors i els factors de risc, en col·laboració amb altres departaments de la Generalitat, les universitats i els col·legis professionals, a més d'altres entitats dedicades a la protecció de la infància. El Mòdul de suport a la gestió del risc pot ser una eina important i útil al servei d'aquest objectiu.

col·lecció eines 17

---

De las observaciones a los indicadores:  
El módulo de apoyo a la gestión del riesgo  
en la infancia y adolescencia  
(RUMI Infancia Responde)

17





# Conceptualización y desarrollo del proyecto

1

---

## 1.1. Inicio y evolución del proyecto

### 1.1.1. El contexto europeo y estatal

#### ChildONEurope. European Network of National Observatories on Childhood

En 1998 Euronet – The European Children’s Network, con el apoyo financiero de la European Commission, DGV (Directorate Generale V), se impulsa el proyecto ‘Children are European Citizens too’ (Los niños también son ciudadanos europeos), que da como resultado, en 1999, el informe elaborado por la investigadora independiente Sandy Ruxton: *Children’s Policy for 21st Century Europe: First Step*<sup>37</sup> (Política para la infancia en la Europa del siglo 21: primeros pasos). El proyecto fue dirigido por un grupo de expertos, incluyendo reconocidos académicos y responsables políticos de toda la Unión Europea (UE) y el comité de gestión de Euronet.

Este proyecto quiso dar respuesta a las debilidades a nivel europeo en el seguimiento de los derechos del niño que daban lugar a que fueran ignorados, anulados o gestionados sin una política europea uniforme, generando incoherencias. El proyecto se inicia con una auditoría de la legislación y las políticas de la UE en materia de infancia y adolescencia. El resultado del mismo es un informe que propone la necesidad de adoptar una estrategia política europea común capaz de defender los derechos e intereses de los niños, presentando una serie de recomendaciones para ello.

Durante el año 2000 los Estados miembros de la Unión Europea (UE) admiten la necesidad de conocer sistemáticamente las necesidades de los niños y adolescentes y de seguimiento de las políticas nacionales respecto a la infancia y la adolescencia. Teniendo en cuenta que estos temas no son competencia de la UE, y que los Estados miembros quieren fomentar el intercambio de información al respecto, deciden crear, por un lado, el European Childhood Day (el Día Europeo de la Infancia, alrededor del 20 de noviembre) y, por otro, un Grupo Permanente Intergubernamental: L’Europe de l’Enfance<sup>38</sup>. Entre otras razones que llevaron a la creación de L’Europe de l’Enfance estaba la necesidad de comprender mejor las condiciones de vida de los niños en Europa, las políticas y las buenas prácticas desarrolladas por los distintos Estados miembros, así como realizar investigaciones comunes, estudios comparativos, y de aplicar

37. [http://www.crin.org/docs/RuxtonReort\\_FirstSteps.pdf](http://www.crin.org/docs/RuxtonReort_FirstSteps.pdf)

38. <http://www.childoneurope.org/ee/history.htm>

métodos operacionales de abordaje que permitieran luchar contra un número cada vez mayor de fenómenos transnacionales que tienen un impacto negativo en los niños y sus derechos.

Para desarrollar sus actividades y sus estudios comparativos sobre la infancia y la adolescencia, L'Europe de l'Enfance necesitaba un instrumento técnico y científico. En el año 2001, durante la Presidencia sueca de la UE, al Observatorio de Bélgica se le asignó el estudio de viabilidad de una red europea de centros y observatorios de infancia. El Observatorio belga trabajó en colaboración con el Centro Nazionale di Documentazione e Analisi per l'Infanzia<sup>39</sup> e l'Adolescenza, y tras una serie de reuniones preliminares celebradas entre octubre de 2001 y diciembre de 2002, bajo las Presidencias belga y española, la red fue constituida oficialmente en Florencia, el 24 de enero de 2003, durante la primera Asamblea oficial de los miembros de la red. La Asamblea decidió nombrar a la red *ChildONEurope, European Network of National Observatories on Childhood*<sup>40</sup> (Red Europea de Observatorios Nacionales de la Infancia)<sup>41</sup>.

Esta red es un órgano técnico-científico nacido en 2003, después de dos años de trabajos preparatorios, en el en el marco del Grupo Permanente Intergubernamental L'Europe de l'Enfance. Su objetivo será promover la incorporación de políticas de infancia y de derechos del niño en todas las políticas sociales de la UE, así como asesorar y asistir a la Comisión Europea, y otras instituciones europeas, en lo que se refiere al impulso de los derechos del niño, el intercambio de información y las buenas prácticas.

En el año 2005 Sandy Ruxton, investigadora independiente que ya elaboró el primer informe para la Euronet en 1999, presenta otro informe que también tendrá incidencia en el enfoque de las iniciativas del 'ChildONEurope': "*What about us? Children's Rights in the European Union Next Steps*"<sup>42</sup>, encargado por la Euronet y financiado conjuntamente por la National Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC), Save The Children (Reino Unido), Rädde Barnen y el Bureau International Catholique de l'Enfance (BICE).

En octubre de 2006, el experto independiente para el estudio sobre la violencia contra los niños, Paulo Sergio Pinheiro de Brasil, presentó su informe final a la Asamblea General de la ONU: *Report of the independent expert for the United Nations study on violence against children*. Este informe proporciona una imagen global de la violencia contra los niños y las niñas entre los años 2004 y 2005, y propone recomendaciones para prevenir y responder a esta cuestión. Entre sus recomendaciones y, por lo que aquí respecta, destacamos la recomendación general número 11: Desarrollar e implantar sistemáticamente sistemas nacionales de recolección de datos e investigación:

“Recomiendo que los Estados mejoren la recopilación de datos y sistemas de información a fin de detectar subgrupos vulnerables, informar de las políticas y programas a todos los niveles, y el seguimiento en el logro de los objetivos de prevención de la violencia contra los niños. Los Estados deben utilizar indicadores nacionales basados en normas internacionalmente acordadas y garantizar que los datos son recopilados, analizados y divulgados para monitorizar el progreso en el

39. <http://www.minori.it/>

40. <http://www.childoneurope.org/>

41. ChildONEurope está integrado por los representantes de los Observatorios Nacionales y de los ministerios nacionales encargados de políticas para la infancia, mientras que l'Europe de l'Enfance está compuesto sólo por los representantes ministeriales. La Secretaría del ChildONEurope tiene su sede en el Istituto degli Innocenti, Florencia (Italia).

42. [http://www.crin.org/docs/Ruxton%20Report\\_WhatAboutUs.pdf](http://www.crin.org/docs/Ruxton%20Report_WhatAboutUs.pdf)

tiempo. (...) Los datos deberían desglosarse por sexo, edad, residencia urbana o rural del hogar y las características de la familia, la educación y la etnia.”<sup>43</sup>

Por esa misma época, en enero de 2007, ChildONEurope publica el resultado de un estudio: *Revisión de los sistemas nacionales de estadísticas y registro del maltrato infantil*<sup>44</sup>, encargado por la Asamblea de la Red Europea de Observatorios Nacionales de Infancia, sobre los sistemas nacionales de estadísticas y de registro de casos de malos tratos infantiles en todos los países miembros de la red. El estudio pretendía dar respuesta a la demanda de un mayor intercambio, entre los países miembros, de datos y de prácticas en la recopilación de datos en el maltrato infantil. A raíz de los resultados de este estudio y del estudio de la ONU, la misma Asamblea se propone identificar los enfoques y las metodologías útiles para mejorar la recogida de datos en este ámbito, hacer un seguimiento de tendencias y cambios, y evaluar las políticas y los programas de prevención y atención al maltrato a niños y niñas.

En junio de 2009 se publica, por el Istituto degli Innocenti, el documento *Pautas sobre sistemas de recogida de datos y seguimiento del maltrato infantil*, con el propósito de ofrecer estándares, definiciones, criterios y experiencias que pueden ser de ayuda para desarrollar sistemas de recogida de datos y seguimiento del maltrato infantil, y para crear instrumentos operativos según la situación y las prioridades de cada país, de forma que se puedan mejorar los datos sobre los casos conocidos<sup>45</sup>. En este documento se abordan las dimensiones fundamentales en este tipo de proyectos: institucional, cultural, organizativa y metodológica. Y para garantizar un sistema efectivo propone que ese sistema sea:

- Flexible, adaptado y adaptable a los sectores profesionales que lo van a utilizar, según el desempeño de su rol. Basado en observaciones e informaciones básicas y relevantes, y en la monitorización del proceso para orientar y agilizar la recogida de esa información. Debe discriminar entre el diagnóstico de malos tratos infantiles y la detección precoz y preventiva de situaciones de riesgo de malos tratos fundamentadas en la observación.
- Abierto, capaz de implicar, dar respuesta y apoyo a todos los sectores profesionales que puedan aportar información. Esto comporta generar una cultura del compartir y coordinar información, y de la utilidad compartida, que promueva la gestión colectiva de las situaciones de malos tratos infantiles o del riesgo de padecerlos.
- Fiable en los datos en la medida que es un sistema compartido, implantado y, en consecuencia, usado por todos los sectores profesionales para la detección, notificación y registro de casos de malos tratos o del riesgo de padecerlos.
- Almacenable, que permita archivar, compartir datos y producir estadísticas de manera totalmente anónima, útiles para analizar la realidad de los territorios y la fiabilidad del mismo sistema. Debe ser un sistema seguro, sometido a la normativa legal para garantizar la confidencialidad de los datos altamente sensibles y la identidad de las personas de las que se recojan los datos.

43. *Report of the independent expert for the United Nations study on violence against children*, página 27 <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/No6/491/05/PDF/No649105.pdf?OpenElement>

44. *Revisión de los sistemas nacionales de estadísticas y registro del maltrato infantil*, Istituto degli Innocenti, ChildONEurope Secretariat, Italian Childhood and Adolescence Documentation and Analysis Centre Documentation, Research and Training Sector, 2006

45. *Pautas sobre sistemas de recogida de datos y seguimiento del maltrato infantil*, Istituto degli Innocenti, ChildONEurope Secretariat, Italian Childhood and Adolescence Documentation and Analysis Centre Documentation, Research and Training Sector, 2009. Página 9.

## Observatorio de la Infancia

El Observatorio de la Infancia es de naturaleza estatal, creado por Acuerdo del Consejo de Ministros en el año 1999 y adscrito, por aquel entonces, al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Es una plataforma de participación de todos los agentes sociales que, de una u otra forma, trabajan para promover el ejercicio de los derechos y deberes de la infancia y adolescencia en sus diferentes entornos, tanto desde las distintas administraciones públicas como desde las asociaciones de infancia.

Entre sus grupos de trabajo, el Observatorio cuenta con el Grupo de Maltrato Infantil, coordinado por el Instituto Madrileño del Menor y la Familia<sup>46</sup>, que tiene las funciones de:

- Impulsar el conocimiento de la situación del maltrato infantil en España con el fin de elaborar las recomendaciones oportunas para el abordaje de estas situaciones.
- Coordinar la información y normativa procedente de las recomendaciones internacionales sobre esta materia, a todos los efectos.
- Fomentar la creación de protocolos para facilitar la intervención profesional.
- Implantación de las hojas de detección y notificación de casos de maltrato infantil en los distintos ámbitos de intervención (servicios sociales, educación, sanidad, policía)
- Crear un Registro Unificado de datos de Maltrato Infantil “on line”.

Este grupo de trabajo elaboró un documento con la intención de convertirse en manual de referencia para la sistematización en la recogida de datos: *Maltrato infantil: detección, notificación y registro de casos*, publicado el 2001 por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, y reimpresso en octubre de 2006.<sup>47</sup> Dado que las Comunidades Autónomas tienen transferidas las competencias en protección a la infancia y, concretamente, en lo referido a los malos tratos infantiles, la expectativa de esta publicación es servir de guía o referencia para que, paulatinamente, las diferentes Comunidades Autónomas vayan confluyendo en sus protocolos de detección y actuación frente a situaciones de desprotección de menores<sup>48</sup>. Esta expectativa tiene el propósito de disponer de datos estatales que faciliten la cuantificación y permitan conocer la dimensión real del problema<sup>49</sup>, a partir de la unificación de criterios generales acerca del concepto de maltrato infantil y de la intervención sobre el mismo; así como proponer un modelo de Hojas de notificación de los casos detectados que faciliten, por un lado, la atención a los mismos y, por otro, mantener sistemas de vigilancia epidemiológica.<sup>50</sup>

La iniciativa dará como resultado el proyecto estatal RUMI: Registro Unificado de Maltrato Infantil, al cual Catalunya se incorporará en el año 2006. El proyecto perseguía:

- Disponer de datos sobre la realidad de los malos tratos infantiles en el Estado Español. Datos para informar, a través del Observatorio de la infancia, al ChildOnEurope: European Network of National Observatories on Childhood.
- Utilizar un mismo sistema y metodología en la recogida de datos en las fases

46. La Comunidad de Madrid inicia el Programa de atención al maltrato infantil el año 1998 con la implantación de un sistema de recogida de datos y explotación de los mismos que da lugar a la publicación de una serie de monografías sobre su implantación en los ámbitos de salud, servicios sociales, enfermería, salud mental,.... <http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=Page&cid=1109266101003&idConsejeria=1109266187278&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1109266227723&pagenam e=ComunidadMadrid%2FEs tructura&sm=1109266101003>

47. Enlace al documento <http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/HojasDeteccion.pdf>

48. *Maltrato infantil: detección, notificación y registro de casos*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001, página 11

49. *Maltrato infantil: detección, notificación y registro de casos*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001, página 9

50. *Maltrato infantil: detección, notificación y registro de casos*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001, página 11

iniciales de la detección de malos tratos infantiles.

- Compartir un mismo marco conceptual con las Comunidades Autónomas sobre los malos tratos infantiles: indicadores, tipologías y definiciones.
- Implicar sectores profesionales de asistencia o atención directa a la infancia y la adolescencia en la recogida de datos.

Este marco de referencia dejaba la libertad a las comunidades autónomas, según sus peculiaridades, de articular el desarrollo e implantación del registro RUMI dentro de su ámbito territorial, siempre que facilitara la transmisión de datos para la explotación estatal de los mismos.

### **1.1.2. El contexto catalán**

#### **El proyecto RUMI**

El proyecto RUMI, tal como se ha desarrollado en Cataluña en los últimos años, se inicia en el año 2006 y así es anunciado, en junio de ese año, por la entonces Consejera del Departamento de Bienestar y Familia de la Generalitat de Catalunya. En ese mismo año se elabora, y se aprueba, el Protocolo marco de actuaciones en casos de abusos sexuales y otros malos tratos graves a menores<sup>51</sup>, impulsado por el Síndic de Greuges de Catalunya y suscrito y asumido por los máximos responsables de las instituciones y administraciones de Catalunya: Delegación del Gobierno del Estado en Catalunya, Presidencia del Tribunal Superior de Justicia de Catalunya, Fiscal en jefe del Tribunal Superior de Justicia de Catalunya, Departamentos de Justicia, Interior, Educación y Universidades, Salud y Bienestar y Familia de la Generalitat de Catalunya.

Cabe señalar que ese impulso viene precedido por un hecho trágico: el caso Alba. Una niña de 5 años que fue víctima de malos tratos graves, entre 2005 y 2006, con daño y secuelas severas en su persona, dejando al descubierto las dificultades de detección, notificación y coordinación de los servicios públicos y administraciones ante tales situaciones. En ese contexto, se impulsa y se articulan 5 medidas de actuación para mejorar la atención de los niños en riesgo en el primer nivel de atención: la creación de los Equipos de Valoración de Maltratos Infantiles (EVAMI) y del Registro Unificado de Maltratos Infantiles (RUMI), así como la elaboración de protocolos específicos de actuación contra los maltratos, las mesas territoriales de coordinación e intervención y el incremento de la plantilla de los Equipos de Atención a la Infancia y Adolescencia (EAIA).

En esta etapa inicial, el proyecto RUMI se definía dentro de los mismos parámetros básicos que establecía el RUMI como proyecto estatal:

“Se fomentará la sensibilidad de todos los profesionales que interactúan con menores para poder detectar posibles sospechas o evidencias de un maltrato. Se trabajará para conseguir establecer unas mismas pautas de observación entre los profesionales como, por ejemplo, que un profesor observe si un menor muestra un cierto grado de absentismo escolar

51. Enlace al protocolo [http://www.sindic.cat/site/files/156/protocol\\_cast.pdf](http://www.sindic.cat/site/files/156/protocol_cast.pdf)

o que el médico sea más receptivo a ciertos tipos de traumatismos cuando atienda a un niño en su consulta.

Para recoger estas observaciones, tendrán a su alcance un Registro único de malos tratos infantiles, que gestionará la Dirección general de Atención a la Infancia y la Adolescencia (DGAlA). De este modo, cualquier información que desee aportar un profesional, sobre un menor determinado, se incorporará en una misma hoja de notificación normalizada, de fácil cumplimiento, con un lenguaje común.

El Registro unificado permitirá centralizar toda la información e integrar todas las notificaciones procedentes de distintos ámbitos referentes a un mismo niño. Asimismo, permitirá realizar las consultas pertinentes para conocer la existencia de antecedentes en todos los actores implicados en el sistema de protección.

Gracias a este sistema, se evitará la dispersión de la información relativa al menor y se podrán activar las instituciones y servicios competentes para ofrecer una protección urgente e inmediata. Así como realizar las consultas pertinentes para conocer la existencia de antecedentes y asesorar al comunicante.”<sup>52</sup>

Posteriormente, en 2007, se publica la ORDEN ASC/276/2007, de 18 de julio, de creación del Fichero unificado de maltrato infantil (DOGC núm. 4936 - 30/07/2007)<sup>53</sup>, que lo regula de la siguiente manera:

“Nombre del fichero: Fichero unificado de maltrato infantil.  
Finalidad y usos previstos: disponer de un sistema de información del maltrato infantil, a efectos de detección, de prevención y estadísticos.  
Personas y colectivos afectados: futuros nacidos y personas de 0 a 18 años con domicilio en Cataluña o que se encuentren en ella eventualmente y que hayan sido o puedan ser víctimas de maltrato.

Personas y colectivos obligados a suministrar los datos: cualquier persona y especialmente aquellas que por razón de su profesión tengan conocimiento de la existencia de cualquier maltrato a un niño, niña o adolescente.

Procedimiento de recogida de datos: mediante formularios emitidos principalmente por los profesionales de los ámbitos educativos, de la salud, de la seguridad ciudadana y de los servicios sociales; notificaciones de órganos administrativos y resoluciones judiciales.  
Estructura básica del Fichero: base de datos.”

### **Del RUMI al RUMI Infància Respon**

A finales de 2007 se crea la unidad de profesionales encargada de recibir y gestionar los datos recogidos a través del RUMI y, a su vez, entre otras funciones, se les asigna la de atender el teléfono público gratuito de atención a la infancia: Infància Respon. El documento que regula la unidad y el teléfono: Acord de

52. Ver nota de prensa: [http://premsa.gencat.cat/pres\\_fsyp/AppJava/notapremsavv/detall.do?id=72184](http://premsa.gencat.cat/pres_fsyp/AppJava/notapremsavv/detall.do?id=72184)

53. ORDEN ASC/276/2007 [http://www20.gencat.cat/portal/site/portaldogc/template.PAGE/menuitem.c973d2fc58aao083e4492d92bocoe1a0/?javax.portlet.tpst=ocabbdc23d3d48ca42a538baboco1a0&javax.portlet.prp\\_ocabbdc23d3d48ca42a538baboco1a0=action%3Dfitxa%26documentId%3D446343%26mode%3Dsingle%26searchId%3D955056%26language%3Des\\_ES%26languageFitxa%3Des\\_ES&javax.portlet.begCacheTok=com.vignette.cachetoken&javax.portlet.endCacheTok=com.vignette.cachetoken](http://www20.gencat.cat/portal/site/portaldogc/template.PAGE/menuitem.c973d2fc58aao083e4492d92bocoe1a0/?javax.portlet.tpst=ocabbdc23d3d48ca42a538baboco1a0&javax.portlet.prp_ocabbdc23d3d48ca42a538baboco1a0=action%3Dfitxa%26documentId%3D446343%26mode%3Dsingle%26searchId%3D955056%26language%3Des_ES%26languageFitxa%3Des_ES&javax.portlet.begCacheTok=com.vignette.cachetoken&javax.portlet.endCacheTok=com.vignette.cachetoken)

Govern: GOV/121/2007, de 16 de octubre, por el cual se crea la Unidad de Detección y Prevención del Maltrato Infantil (UDEPMI)<sup>54</sup>, determina que esta unidad interdisciplinar, formada por profesionales de los ámbitos psicosocial, médico y jurídico, ofrecerá una atención permanente las 24 horas del día, los 7 días de la semana, durante 365 días al año. El Acord de Govern establece los servicios que ofrecerá la unidad:

- Información, asesoramiento y detección de situaciones problemáticas para los niños y adolescentes con el objetivo de prevenir consecuencias de riesgo.
- Recepción de las notificaciones de posibles maltratos infantiles, facilitando la intervención más adecuada al caso.
- Activación de los protocolos establecidos para la protección de los niños y niñas maltratados, proporcionando la necesaria coordinación y comunicación interinstitucional para una respuesta rápida y experta ante el maltrato infantil.
- Consulta y control del Registro Unificado de Maltratos Infantiles (RUMI) y del Sistema de Información de la Infancia y la Adolescencia (Sini@).
- Activación de los Equipos de Valoración de Maltrato Infantil [EVAMI] y de los otros equipos especializados (Equipos de Atención a la Infancia y la Adolescencia [EAIA], Equipos Técnicos de los Centros de Acogida [ETCA], etc.).
- Adopción de medidas de protección inmediata y activación de los recursos necesarios para hacerlas efectivas
- Servicio de Orientación y Mediación de la Infancia y la Adolescencia (SOMIA), para atender situaciones conflictivas entre el niño y el adolescente y su entorno familiar.

En el teléfono 900 300 777 Infància Respon se integran el anterior Teléfono de la infancia y la adolescencia y el Teléfono de urgencias.

La unidad se organiza en dos equipos: un equipo de primer nivel para la recepción, valoración y atención telefónica a ciudadanos, servicios y profesionales y un equipo de segundo nivel para la atención de las urgencias de maltrato y las situaciones de grave riesgo social procedentes de servicios y profesionales (Figura 1).

Funciones del equipo de primer nivel, 900 300 777 Infància Respon:

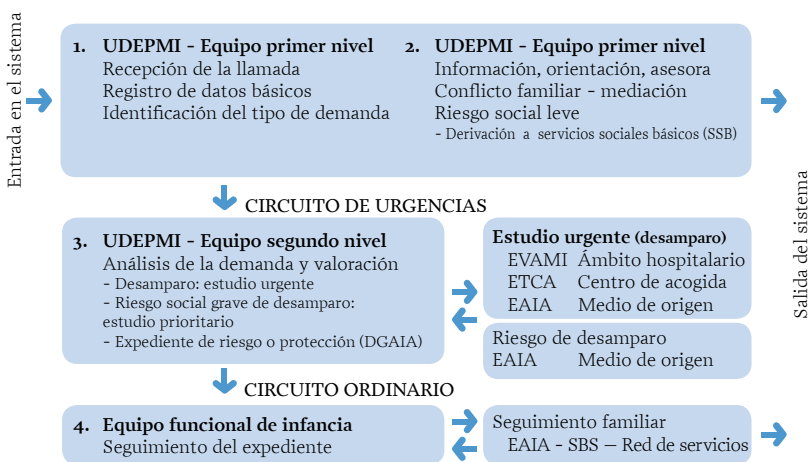
- Orientación y asesoramiento ante situaciones conflictivas de índole personal (relacionadas con el niño, niña o adolescente) o familiar para poder prevenir consecuencias de riesgo. Si procede, se hará la derivación al servicio de orientación y mediación de la infancia y adolescencia (SOMIA).
- Información a los ciudadanos sobre dónde acudir ante situaciones de riesgo de maltrato o de riesgo social
- Asesoramiento a profesionales sobre cómo actuar ante la detección de un maltrato infantil o riesgo social.

Funciones del equipo de segundo nivel, Atención de las Urgencias:

54. Acord de Govern, GOV/121/2007 <http://portal-dogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/5004/886654.pdf>

- Recepción de las notificaciones y activación del protocolo a seguir según el caso
- Coordinación con el derivante y valoración de la información recibida para activar el equipo a intervenir y/o la acción adecuada para proteger al niño o niña.
- Coordinación con otros agentes externos que estén interviniendo con el chico/a y/o su núcleo familiar.
- Retorno al derivante y otros agentes informando de las acciones realizadas, una vez finalizada la intervención.

Figura 1: Circuito en la recepción y atención de consultas, notificaciones y urgencias ante situaciones de malos tratos infantiles.



55. Ley de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia, DOGC 5641, 2.06.2010 [http://www20.gencat.cat/portal/site/portaldogc/menuitem.c973d2fc58a0083e4492d92b0coe1ao/?vgnextoid=485946a6e5dfe210VgnVCM100000b0c1e0aRCRD&appName=default&action=fitxa&documentId=553898&language=ca\\_ES&newLang=es\\_ES](http://www20.gencat.cat/portal/site/portaldogc/menuitem.c973d2fc58a0083e4492d92b0coe1ao/?vgnextoid=485946a6e5dfe210VgnVCM100000b0c1e0aRCRD&appName=default&action=fitxa&documentId=553898&language=ca_ES&newLang=es_ES)

56. Proyecto web Infància Respon <http://www20.gencat.cat/portal/site/bsf/menuitem.cb7c44c1c72cf6b43f6c8910b0coe1ao/?vgnextoid=260175cf2e5a4210VgnVCM1000008doc1e0aRCD&vgnnextchannel=260175cf2e5a4210VgnVCM1000008doc1e0aRCD&vgnnextfmt=default>

## Del RUMI Infància Respon al portal web temàtic Infància Respon

A partir de 2006, se impulsa un proceso de participación para la elaboración de una nueva ley de infancia. Durante este proceso, que culmina en mayo de 2010 con la aprobación unánime del Parlamento catalán de la Llei dels drets i de les oportunitats en la infància i l'adolescència<sup>55</sup>, se gesta y se genera un cambio de paradigma en las políticas de infancia y adolescencia en Catalunya. Este supone la superación del encuadre de las políticas de protección para integrar e impulsar por igual, y en un mismo marco normativo, las políticas de prevención, protección, promoción y participación de la infancia y la adolescencia, fundamentadas en los derechos sociales y civiles de los niños y niñas menores de edad como ciudadanos del presente.

Durante la ejecución del proyecto RUMI Infància Respon se desarrolla la idea de integrar en un mismo espacio y en la red de Internet, un portal web temático en infancia y adolescencia<sup>56</sup>, que contemplaría todos aquellos aspectos relevantes de la vida de los niños con el fin de promocionar su ciudadanía activa y la



garantía de sus derechos. La web temática estaría dirigida tanto a la infancia y la adolescencia como al resto de la ciudadanía, profesionales y agentes implicados en la mejora y el bienestar de la infancia y la adolescencia.

El portal se sustentaría en dos modelos de interacción a través de la red: el Modelo de prevención del maltrato y el Modelo de participación de los niños y adolescentes en un rol de ciudadanía activa. El portal debería disponer de una serie de contenidos en un espacio público, de acceso universal, y otros contenidos reservados en un espacio privado de uso exclusivo para profesionales identificados.

El **Modelo de prevención** se ha conceptualizado alrededor del Registro Unificado de Malos tratos Infantiles (RUMI) y del Mòdul de Suport a la Gestió del Risc (MSGR). En este modelo el RUMI, además de un registro de casos para la comprensión del fenómeno, constituye un sistema para la detección de antecedentes y la prevención del maltrato infantil, mediante una gestión común, compartida y en red de las situaciones detectadas, y potencialmente permite estudios de prospección, análisis de tendencias y de necesidades, y la planificación de actuaciones.

El **Modelo de participación** se desarrollaría a partir del juego interactivo en línea *Coneixes els teus drets? JUGA!*<sup>57</sup> (¿Conoces tus derechos? ¡JUEGA!), para la difusión de los derechos de los niños, niñas y adolescentes de una forma comprensible y lúdica, y constituiría el núcleo principal del modelo de participación en línea. El juego parte de dos grandes imágenes animadas e interactivas que permiten visualizar e informarse respecto a 24 derechos, en el caso de los chicos y chicas, y de 32 en los adolescentes, y dejar en un muro su opinión, de manera anónima. Ofrece, además, la posibilidad de compartir cada uno de los derechos (mediante animaciones) con su explicación, a través de las redes sociales. También permite a cada niño, niña y adolescente crear su propia campaña de difusión de los derechos poniendo a su libre disposición los elementos visuales del juego (animaciones y titulares), para iniciar una cadena comunicativa: No rompas la cadena de tus derechos, por cualquiera de los medios habituales en internet (correo electrónico, Facebook, Twitter, otras redes sociales o medios 2.0) o incluso físico (con la impresión y distribución del material creado). Este material, generado por niños, niñas y adolescentes, permitiría una comunicación horizontal directa entre el público destinatario del juego y difundir, así, los contenidos de los derechos con un lenguaje propio.

Otras funcionalidades del web temático Infància Respon deberían ser:

- Acceso a protocolos de actuación, enlaces a portales, páginas web y documentación de interés: juegos interactivos, artículos, bibliografía, publicaciones, informes, directrices, etc.
- Preguntas frecuentes (FAQ<sup>58</sup>), donde se recogerían y publicarían las respuestas a las dudas, cuestiones y preguntas más frecuentes.
- Foros, chats y procesos participativos tanto para niños y adolescentes como para el resto de la ciudadanía y los profesionales

---

## 1.2. Desarrollo del proyecto

57. Enlace al juego <http://bsf2.gencat.cat/infancia/index.php>

58. *Frequently asked questions*

El proyecto RUMI que, en sus primeros pasos, en verano de 2006, se orientó a establecer un protocolo y un sistema de recogida de datos en el ámbito hospitalario con el Departamento de Salud, no será hasta un año después que se plantee como un proyecto a gran escala que debe implicar todos los sectores profesionales, con diferentes líneas de actuación.

### **1.2.1. El RUMI Hospitales**

En los inicios del proyecto, urge disponer de mecanismos de coordinación, detección y notificación para los casos graves de malos tratos infantiles. El proyecto se inicia con el Departamento de Salud, con el objetivo de establecer un protocolo y sistema de recogida de datos en los casos graves que, en salud, se identifican como agudos.

Se priorizan, pues, los casos agudos atendidos en los hospitales por su trascendencia en la salud y la necesidad de actuar con urgencia en la adopción de medidas de protección, y en la valoración psicosocial inmediata.

Este proceso consistirá entre julio 2006 y junio 2007, en lo siguiente:

**Creación de los Equipos de Valoración de Maltratos Infantiles (EVAMI), septiembre 2006**, con la función de asesorar a los centros hospitalarios ante casos de malos tratos o sospecha de que se hayan producido, y de realizar una valoración psicosocial de urgencia para determinar si procede adoptar medidas de protección y, en su caso, determinar la ubicación provisional del niño, niña o adolescente.

**Publicación del Protocolo de actuación clínico-asistencial de malos tratos agudos a la infancia, octubre 2006**. Este protocolo es una actualización del que ya se publicó en 1999, con el objetivo de homogeneizar los criterios clínicos de detección del maltrato infantil y establecer los circuitos y procedimientos en la detección y notificación de los casos. Proporciona un formulario de notificación del maltrato detectado y los criterios para su utilización y tramitación.

**Creación de los primeros sistemas de registro y notificación de casos, septiembre-diciembre 2006**. En un primer momento, se creó un sistema de registro mediante recursos ofimáticos (Septiembre 2006) (la versión impresa se anexó al Protocolo de actuación clínico-asistencial de malos tratos agudos a la infancia) y, posteriormente, se construyó una aplicación informática para el registro, archivo y envío de los registros (Diciembre 2006), aunque nunca se llegó a publicar. Ambos proponían el registro digitalizado de los datos, su envío encriptado por correo electrónico y, finalmente, el almacenamiento de los mismos en una base de datos.

**Adopción del Plan piloto para la implementación del formulario RUMI Hospitales, noviembre 2006**. El formulario se presenta en dos formatos: digital e impreso. Ambos formatos son provisionales y se utilizan para iniciar el proceso de implementación del registro unificado de malos tratos infantiles en una misma base de datos. El formulario digital es el mismo que se publica en

el anexo del Protocolo de actuación clínico-asistencial de malos tratos agudos en la infancia, editado por el Departamento de Salud, y se recomienda su uso generalizado como instrumento de notificación homogeneizado.

**Establecimiento del Formulario de notificación del RUMI Hospitales en un entorno web, mayo 2007.** A partir de enero 2007 el Departamento de Salud propone que el formulario de registro y el archivo de datos se construyan, alojen y archiven en el entorno web corporativo del Departamento de Salud. Esto dará como resultado una versión breve del formulario de registro y notificación recogido en el Protocolo de actuación clínico-asistencial de malos tratos agudos en la infancia, de 2006.

**Establecimiento de un Convenio entre el Departamento de Acción Social y Familia y el Institut de Recerca sobre la Qualitat de Vida (IRQV) de la Universitat de Girona, junio 2007,** para disponer de apoyo académico y técnico para la implantación de un sistema de prevención, detección y abordaje del maltrato a la infancia, mediante la creación de un sistema de informatizado de información que permita discriminar entre situaciones de riesgo y situaciones de malos tratos, y proporcione un conocimiento del fenómeno y de su realidad territorial y que, a su vez, permita hacerlo extensible a otros ámbitos (educativo, cuerpos de seguridad, servicios sociales), de manera que no quede restringido al sanitario y, más concretamente, al ámbito hospitalario, en torno al cual se había creado el RUMI Hospitales.

---

### 1.3. Conceptualización del proyecto RUMI Infància Respon

Este periodo preliminar ofreció el tiempo necesario para poder conceptualizar y gestar una mejor idea del proyecto a desarrollar. En esta etapa tendrá una importante incidencia en la definición del proyecto RUMI la creación de la Unidad de Detección y Prevención del Maltrato Infantil (UDEPMI) y una única línea de teléfono de atención pública a la infancia. El enfoque del proyecto en este periodo abarca, ya, todos los sectores profesionales implicados y aporta elementos de valor pensados para los profesionales que van a utilizar el registro, tales como amigabilidad, usabilidad, feedback en las notificaciones y acceso compartido a la base de datos.

Se elabora el plan de proyecto y se desarrolla con la colaboración del Área de las Tecnologías de la información y la Comunicación del Departamento de Acción Social y Ciudadanía.

Entre el período de Julio 2007 a Julio 2008 se producen los siguientes resultados:

**Publicación en el Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 4936 de 30.07.2007<sup>59</sup>, de la ORDEN ASC/276/2007, de 18 de julio, de creación del Fichero unificado de maltrato infantil.del Fichero, julio 2007,** explicado con detalle en el anterior apartado 1.1.2

**Elaboración del plan de desarrollo del RUMI, septiembre 2007.** Este plan propone acciones a diferentes niveles como el desarrollo del RUMI a nivel

59. ORDEN ASC/276/2007  
<http://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/4936/927657.pdf>

interdepartamental entre los sectores de salud, educación, servicios sociales e interior, la elaboración de protocolos interdepartamentales bilaterales desde el sector de servicios sociales con los demás departamentos implicados, un plan de acción para la implementación del RUMI Hospitales a toda la red de hospitales de Catalunya y una campaña de comunicación y divulgación de los protocolos y del RUMI. Además de una estructura funcional de diferentes niveles y equipos con cada uno de los departamentos, la empresa de consultoría y el IRQV de la Universitat de Girona.

**Licitación de un contrato de servicios de consultoría y de asistencia técnica para la elaboración del plan del proyecto que defina las líneas maestras funcionales y las tecnológicas del registro unificado de casos de malos tratos infantiles, noviembre 2007.** En este proyecto se estudiarán las necesidades actuales y las futuras para el registro unificado de malos tratos en cuanto a infraestructuras y sistemas de información para poder dotarse de los sistemas más adecuados a las necesidades. Además de estudiar, también, las necesidades de cada uno de los ámbitos de intervención externos implicados en el registro: educación, salud, servicios sociales y cuerpos de seguridad, para definir el sistema más adecuado de canalización de la información en cada caso (o interfaces con sistemas de información existentes o bien acceso directo al registro).

**Publicación en el Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 5004, de 28.11.2007<sup>60</sup> del Acord de Govern: GOV/121/2007, de 16 de octubre, por el cual se crea la Unidad de Detección y Prevención del Maltrato Infantil (UDEPMI), noviembre 2007,** mencionado ya en el apartado 1.1.2

**Presentación de la conceptualización del proyecto y de un primer prototipo de RUMI, mayo 2008.** Como resultado de los servicios de consultoría y asistencia técnica, a partir de la recogida y elaboración del catálogo de requerimientos y del estudio previo al análisis funcional del sistema, se concreta la conceptualización del proyecto en todos sus aspectos, tanto técnicos como tecnológicos, y se elabora el plan de acción para la construcción del RUMI Infància Respon. Además se construyen un prototipo no funcional de cómo podría visualizarse el aplicativo en línea desde la red.

---

#### **1.4. Construcción del RUMI Infància Respon**

La construcción del RUMI Infància Respon se inicia en la segunda mitad de 2008 con la licitación del concurso que debe contratar a la empresa tecnológica encargada de ello y culminará, en parte, en verano de 2011 con la publicación del acceso público al núcleo básico de funcionamiento del RUMI Infància Respon, el Mòdul de Suport a la Gestió del Risc (MSGR). Quedará pendiente la implementación tecnológica en cada uno de los departamentos implicados, de sus partes respectivas, y el despliegue entre los profesionales de su ámbito para la total implantación del RUMI Infància Respon.

Esta etapa que abarca entre Agosto 2008 y Julio 2011, produce los siguientes resultados:

---

60. Acord de Govern, GOV/121/2007 <http://portal-dogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/5004/886654.pdf>

**Elaboración del plan de implementación 2009 – 2010 del RUMI, septiembre 2008.** Este plan de acción comprenderá la valoración y determinación del impacto que el RUMI Infància Respon va a tener en cada uno de los departamentos implicados, sea este a nivel tecnológico para facilitar la interoperabilidad de sistema, a nivel profesional para la formación en el uso del RUMI Infància Respon o a cualquier otro nivel que incida en la implementación integral del sistema en todos y cada uno de los departamentos implicados.

**Licitación de un contrato de servicios de análisis, de desarrollo, de pruebas y de implantación del portal Infància Respon y del Registro Unificado de Maltrato Infantil (RUMI), octubre 2008.** Este contrato se licita por un valor de 387.931,03 euros y, tal como se indica, deberá contemplar la construcción del RUMI en una web, la web Infància Respon. En dicha web se alojará tanto el Mòdul de Suport a la Gestió del Risc (MSGR) como el RUMI, entendido como base de datos para su almacenamiento, gestión, explotación estadística y estudios de prospección.

**Proceso participativo para la validación técnica del MSGR<sup>61</sup>, diciembre 2009-mayo 2010.** Para garantizar la funcionalidad, usabilidad, implantación y aceptación por todo el colectivo de profesionales de los diferentes sectores que van a usar el sistema, y la validez del sistema construido, se planifica un proceso de participación a gran escala en todo el territorio catalán, a partir de jornadas territoriales donde se presenta el proyecto y se invita a los profesionales de los diferentes sectores a participar en el proceso de validación.

**Pruebas para la validación tecnológica del producto, mayo 2010-marzo 2011.** En la fase final de la construcción de todo instrumento tecnológico, garantizado que la parte técnica del MSGR ya ha sido validada en el proceso participativo citado, se deben realizar las pruebas de todo el sistema y en todos los perfiles de usuario que el sistema contemple para garantizar que no tiene errores funcionales y se pueda, así, validar definitivamente el producto para, posteriormente, instalarlo en los servidores y abrirlo a la red de Internet para su acceso público y privado, según corresponda.

**Convenio interdepartamental para la implementación del RUMI Infància Respon, noviembre 2010<sup>62</sup>.** En las postrimerías de 2010 los departamentos implicados en la implementación del RUMI Infància Respon, acabadas todas las acciones para el desarrollo técnico y tecnológico del sistema, deciden firmar un convenio comprometiéndose con el total desarrollo e implementación en sus sistemas propios de gestión de los cambios necesarios para su conexión con el RUMI Infància Respon, así como la preparación, formación y apoyo a sus profesionales en la utilización del sistema.

**Abertura a la red del Módulo de Apoyo a la Gestión del Riesgo (MSGR)<sup>63,64</sup>, julio 2011.** En verano de 2011 se sube en la red para acceso de toda la ciudadanía y de los profesionales la parte pública del MSGR de que consta el RUMI. Este módulo permite a cualquier persona registrar información respecto a situaciones observadas y obtener una valoración del sistema sobre la gravedad y riesgo de la situación de malos tratos infantiles detectada, así como las

61. *Un Mòdul de Suport a la Gestió del Risc - Mòdul de Apoyo a la Gestión del Riesgo*

62. Acto de firma del convenio: [http://premsa.gencat.cat/pres\\_fsvp/AppJava/notaprensavw/detall.do?id=55849&idioma=0&departament=1&canal=2](http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/AppJava/notaprensavw/detall.do?id=55849&idioma=0&departament=1&canal=2)

63. <https://dps.gencat.cat/rumi/AppJava/simulacio/simulacio.html>

64. <http://blocs.gencat.cat/blocs/AppPHP/PDIA/2011/07/07/pdiac-el-simulador-del-rumi/>

acciones recomendables ante esta, además de la posibilidad de disponer de un archivo digitalizado e imprimible de los datos introducidos en el módulo, como se verá con mayor detalle más adelante.



65. Ley de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia, DOGC 5641, 2.06.2010 [http://www20.gencat.cat/portal/site/portaldogc/menuitem.c973d2fc58aa0083e4492d92b0coe1ao/?vgnextoid=485946a6e5dfe210VgnVCM100000b0c1e0aRCRD&appName=default&action=fitxa&documentId=553898&language=ca\\_ES&newLang=es\\_ES](http://www20.gencat.cat/portal/site/portaldogc/menuitem.c973d2fc58aa0083e4492d92b0coe1ao/?vgnextoid=485946a6e5dfe210VgnVCM100000b0c1e0aRCRD&appName=default&action=fitxa&documentId=553898&language=ca_ES&newLang=es_ES)

66. Texto de la Convención sobre los derechos del niño aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989 <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>

67. Referencia a la construcción de la futura web temática Infància Respon [http://premsa.gencat.cat/pres\\_fsvp/AppJava/notapremsavw/detall.do?id=55849&idioma=0&departament=1&canal=2](http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/AppJava/notapremsavw/detall.do?id=55849&idioma=0&departament=1&canal=2)


68. Referencia a la construcción de la futura web temática Infància Respon <http://www20.gencat.cat/portal/site/bsf/menuitem.cb7c44c1c72cf6b43f6c8910b0coe1ao/?vgnextoid=260175cf2e5a4210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnextchannel=260175cf2e5a4210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnextfmt=default>

69. Observación general núm. 5, <http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/comments.htm>

## 1.5. El portal web temático Infància Respon

Tal y como ya se ha comentado en el apartado de conceptualización del proyecto, durante la segunda mitad de 2010, una vez aprobada a finales de mayo de ese año, la Llei dels drets i de les oportunitats en la infància i l'adolescència<sup>65</sup> por unanimidad del Parlament de Catalunya, se impulsa un proyecto de participación en la red para la difusión y diseminación del conocimiento sobre los derechos de la infancia y la adolescencia tal como se recogen en la Convención sobre los Derechos del Niño<sup>66</sup>. El proyecto se concretará con el ya mencionado juego interactivo en la red: *Conexions els teus drets? JUGA!*, y se valora que puedan formar parte de una web temática con dominio propio<sup>67,68</sup>, : *infanciarespon.gencat.cat*, donde también se insertaría un modelo de prevención a partir del RUMI Infància Respon ([infanciarespon.gencat.cat/RUMI](http://infanciarespon.gencat.cat/RUMI))

Este escenario supondría un buen colofón a un proyecto integrado de Provisión-Protección-Prevención-Promoción-Participación, basado en los derechos de los niños, niñas y adolescentes y, así, dar cumplimiento a las recomendaciones del Comité de los Derechos del Niño cuando, en la Observación general núm. 5 sobre las Medidas generales de aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño<sup>69</sup>, habla del desarrollo de estrategias nacionales e integrales.



## Bases teóricas sobre las que se apoya el diseño del MSGR

# 2

---

### 2.1. Introducción

En diferentes comunidades autónomas del Estado, el proceso de implantación de un registro de maltrato infantil (generalmente denominado RUMI), mostró muchas resistencias por parte de los profesionales, de manera que en la mayoría de éstas, años después, el registro funciona con un rendimiento muy bajo. El análisis de la situación parece indicar que el problema no es de falta de sensibilidad por parte de los profesionales, sino que más bien está relacionado con los siguientes hechos: (a) el funcionamiento del registro se ha visto como un trabajo añadido para los profesionales, sin que tengan ninguna retroalimentación, ni les reporte ninguna ventaja clara; (b) la implantación se realizó de arriba abajo, sin ninguna participación de los profesionales de quienes depende su buen funcionamiento, y, en consecuencia, el sistema no lo sienten suyo, les resulta ajeno.

Es por todo ello que, al diseñar un Módulo de apoyo a la gestión del riesgo (MSGR en sus siglas en catalán) nos planteamos ampliar mucho la perspectiva: hacía falta algo más que un registro de casos de malos tratos ya consumados; lo que se necesitaba era una herramienta útil para todos los implicados en el proceso de detección y evaluación de situaciones de riesgo para los niños, niñas o adolescentes, y esta herramienta debería ser asumida por los profesionales como propia, por lo tanto, hacía falta diseñarla e implantar de forma participativa.

Por todo ello, partimos de las siguientes premisas:

- Es necesaria una herramienta que facilite la recogida y sistematización de observaciones y la reflexión en torno a estas observaciones, que sea útil para cualquier persona que esté en contacto con niños, particularmente para aquellos profesionales que no trabajan habitualmente con casos de malos tratos, pero que, por sus tareas, pueden detectarlos.
- La recogida de observaciones, a priori, no es una tarea sólo de especialistas. Cualquier profesional en contacto con niños puede contribuir. En principio, toda información puede ser útil, y por lo tanto, no se debe desestimar ninguna observación.
- No se deben confundir las observaciones (que puede hacer todo el mundo) con evaluación de indicadores de riesgo (tarea de expertos e interdisciplinaria). Son momentos diferentes de un mismo proceso de recogida de datos.

- A los equipos “expertos” (generalmente especializados e interdisciplinarios: en Cataluña, fundamentalmente, los EAIA) les resulta útil disponer de un abanico de observaciones reflexionadas, elaboradas y/o filtradas, hechas por cualquier observador fiable, incluso no experto. La disposición de ciertas informaciones fiables puede facilitar, e incluso acelerar, su tarea.
- Integrar en un único portal informático la notificación de casos graves con otras actividades de observación, comunicación, reflexión y coordinación entre profesionales potencialmente puede resultar en una relevante agilización de todo el sistema.
- Si el sistema permite guardar la información de cada observador que introduzca datos, el mismo observador podrá seguir trabajando, y el conjunto del sistema acumulará datos estadísticos hasta ahora inaccesibles. Por eso el sistema debe invitar a todo usuario a actualizar los datos de casos reales si el usuario ve que utilizar el sistema le resulta útil. Esto no excluye que el MSGR también pueda funcionar como un simple simulador, para analizar casos ficticios o situaciones hipotéticas.

---

## 2.2. Bases epistemológicas

En la literatura científica y profesional encontramos un frecuente uso del concepto indicador de riesgo sin que sea fácil encontrar también una reflexión y análisis sobre su fundamentación epistemológica.

### 2.2.1. El riesgo y los factores de riesgo

Históricamente, el concepto “riesgo”, al igual que el concepto vinculado “factor de riesgo”, tiene el origen de su uso en estudios poblacionales, a menudo de carácter epidemiológico. Denominamos *indicadores de riesgo o factores de riesgo* a aquellas variables o conjuntos de variables que mediante la investigación científica hemos llegado a identificar que aumentan la probabilidad de un suceso considerado negativo o no deseable (Casas, 1998).

Mediante esta investigación se han ido identificando:

- **VARIABLES PRESENTES EN SUBCONJUNTOS DE LA POBLACIÓN CON FRECUENCIA MUCHO MÁS ELEVADA QUE EN LA POBLACIÓN GENERAL (INDICADORES DE RIESGO).**

Por ejemplo, hace muchos años que sabemos que entre el subconjunto de niños “maltratados físicamente”, y también entre el subconjunto de niños “que están acogidos en instituciones, porque sus familias no los pueden atender adecuadamente”, y también entre el subconjunto de los “menores infractores”, se observa un porcentaje mucho más elevados de casos con “un progenitor alcohólico” que en la media general de la población. Esto nos permite hipotetizar la existencia de una relación no directamente causal, sino probabilística, entre el factor de riesgo y el evento negativo o no deseado. Siguiendo con el ejemplo, por una parte, generalmente sólo entre un 25 y un 30% de los niños de cada uno de estos subconjuntos referidos tienen un progenitor alcohólico, cifra muy lejana al 100% que determinaría una relación causal. Por otra parte, no todos los progenitores alcohólicos acaban maltratando a sus hijos, ni éstos acaban siendo internados por esta u otra razón, ni acaban delinquiendo, sólo un



porcentaje relativamente reducido. Por tanto, a diferencia del nivel poblacional, en el nivel individual, la probabilidad de que un indicador de riesgo acabe en un evento negativo o no deseable oscila entre el 0 y el 100%. Como ya decía Bunge (1975) refiriéndose a los indicadores en general, y no sólo a los de riesgo, las relaciones entre los indicadores y la realidad indicada es una hipótesis, y, por tanto, es una proposición corregible, y sería erróneo llamarlo la “definición operacional”. Para confirmar la hipótesis necesitaremos un marco teórico. Incluso a nivel poblacional este marco es complejo de definir, dado el hecho de que muchos indicadores, como el alcoholismo de un progenitor, resultan ser de multi-riesgo, es decir, no específicos de un solo tipo de evento (lo que ha llevado a algunos autores a hablar de multi-causalidad, concepto que no sería estrictamente aplicable aquí).

- **Variables que según tests empíricos científicamente avalados, se ha mostrado que mantienen relación (son factores de riesgo relacionados)** con la aparición o permanencia de eventos considerados negativos o no deseables. Estos tests generalmente se realizan con poblaciones muy concretas, de tipo clínico, o bien sometidas a programas de intervención social o psicossocial bien controlados (los tests de carácter estrictamente experimental son muy difíciles en este ámbito para obvias razones éticas). Por ejemplo, tomando muestras de progenitores maltratados se ha podido comprobar cuántos habían sido maltratados por sus propios progenitores, o por otras personas, durante su infancia, y en qué circunstancias (es decir, con qué factores asociados) y comprobar la existencia de relaciones estadísticamente significativas entre las variables.
- **Variables que parecen actuar como “catalizadoras” o contextualizadoras,** es decir, que cuando están presentes pueden acelerar o incrementar la probabilidad de que los acontecimientos negativos o no deseables se “precipiten”, pese a que parece probado que por sí solas tienen una influencia mínima o no tienen ninguna sobre estos acontecimientos.  
Por ejemplo, pertenecer a una familia monoparental no guarda ninguna relación con el hecho de recibir maltrato. Pero cuando un niño vive en un contexto de dificultades económicas familiares continuadas, o está bajo la guarda de una persona alcohólica, la probabilidad de un acontecimiento negativo o no deseado aumenta en el contexto de una familia monoparental.
- **Variables de contención o protectoras,** que parecen amortiguar o disminuir la probabilidad de que los acontecimientos negativos o no deseables se “precipiten”. En algunos casos parecen actuar como variables “catalizadoras positivas”, pero en otros parecen actuar como variables más activas, de “contra-riesgo”. Por ejemplo, “tener una abuela cuidadora” puede ahorrar a un niño eventos negativos o no deseables, aunque sea hijo de madre sola, toxicómana y con dificultades económicas.
- **Variables de disminución del impacto,** que no garantizan que no aparezca el evento negativo o no deseado, pero que hacen más probable que las consecuencias del evento en la vida del niño sean menos graves. Por ejemplo, “tener una creencia que da sentido global a la propia vida” se ha mostrado en múltiples investigaciones como un factor de resiliencia a los acontecimientos vitales estresantes. En la literatura sobre factores de resiliencia se está pendiente llegar a un acuerdo respecto de la diferencia entre “resiliencia individual” y “resiliencia social”. Esta segunda parecería

más relacionada con las variables de contención o protectoras descritas en el apartado anterior, pero quizás también con las variables de disminución del impacto.

Una cosa nada fácil es responder a la pregunta ¿riesgo a qué? La idea de un evento considerado negativo o no deseable requiere mucho análisis. A menudo uno se refiere a la literatura científica, e incluso a textos legales, como aquellos eventos que resultan perjudiciales para el desarrollo integral del niño y / o para su bienestar. Pese a que pueda servir como primera aproximación, esta afirmación no deja de ser muy genérica. Parece aludir a un consenso científico sobre qué es perjudicial para el desarrollo de un niño y para su bienestar. Pero en el fondo, alude también (y quizá sobre todo) a un consenso social, que sólo dará lugar a actuaciones sociales si se convierte en consenso socio-político. Sin estos otros consensos, la existencia del consenso científico sólo podría dar lugar a actuaciones individuales y, muy difícilmente, a actuaciones colectivas o institucionales.

Un clásico consenso social y sociopolítico (reflejado en textos legales) ha parecido siempre estar establecido en torno al concepto de “alto riesgo social”. Cuando el riesgo es alto, hay que actuar. Sin embargo, no parece que nadie se haya atrevido jamás a cuantificar la “probabilidad alta” (versus “no alta”) de un evento negativo o no deseado para un niño. Para lo cual este concepto parece tener más un valor simbólico, que no científico. Nadie sabe que es un “riesgo alto”, por lo que la decisión se desplaza a una valoración técnica.

Un problema clásico viene dado cuando de la identificación de factores de riesgo poblacionales, es decir, de indicadores sociales de riesgo (indicadores “impersonales”), que permiten planificar actuaciones preventivas inespecíficas, se extraen conclusiones a nivel personalizado, y se pretenden planificar actuaciones individualizadas. Hay que tener en cuenta que las probabilidades del riesgo poblacional no son las mismas que las del riesgo individual. Hacen falta las dos cosas: prevenir poblacionalmente a nivel genérico, y prevenir individualmente a nivel específico.

Los consensos a menudo (y parece que cada vez más a lo largo de los últimos años) se reflejan en la acotación más precisa del “¿riesgo a qué?”. Pero eso no garantiza que se definan “riesgos excluyentes entre sí”. Hemos visto como cada vez se utilizan más las expresiones “riesgo al desamparo”, “riesgo al maltrato físico”, “riesgo al abuso sexual”, etc., en un intento de acercar la realidad “social” a la normativización legal de las actuaciones. No debería olvidarse nunca, sin embargo, que la normativización está relacionada con hipótesis sobre la realidad, no con definiciones operacionales de la realidad. La normativización no salva, en absoluto, el problema de la valoración técnica de la concurrencia de datos sobre el riesgo.

A lo largo del tiempo, el riesgo, asociado a factores o indicadores, ha ido adquiriendo diversos sentidos, a menudo relacionados, pero no necesariamente idénticos, y, en la práctica, se ha instrumentalizado para cada uno de estos propósitos:

- El riesgo como predicción de eventos futuros.
- El riesgo como acumulación de evidencia de que posiblemente esté aconteciendo algo negativo o no deseado.
- El riesgo como “cálculo de la gravedad” de unos acontecimientos.
- El riesgo como valoración para la toma de decisiones. Generalmente, este último sentido “acumula” de alguna manera todos los demás.

### 2.2.2. *Los indicadores y los indicadores de riesgo*

Los indicadores son artilugios epistémicos que nos permiten aproximarnos al conocimiento de realidades complejas, no directamente medibles (Casas, 1989). Ahora bien, Bunge (1975) advertía que aunque todos los indicadores pueden ser variables, no todas las variables disponen de indicadores para medirlas o evaluarlas.

Los indicadores son datos observables sobre una realidad concreta. Pero hay que distinguir dos grandes tipos:

- **Hay indicadores que forman parte de conjuntos de variables, directamente observables, que configuran un fenómeno complejo.**

Si una realidad está formada por una gran cantidad de variables observables, puede ser necesario o pertinente seleccionar las más “indicativas” del fenómeno, para realizar una evaluación viable, dado que reunir grandes cantidades de datos de un mismo fenómeno puede ser muy costoso o, incluso, inviable. A veces, la exhaustividad puede requerir tanto tiempo que, al recoger todos los datos “pertinentes”, el mismo fenómeno puede haber cambiado con el paso del tiempo. Por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil se puede adoptar como un indicador, entre otros, del buen funcionamiento de los servicios de neonatología en un territorio determinado, a pesar de que se sabe que el buen funcionamiento de estos servicios depende de muchas otras variables.

- **Hay indicadores que permiten “escrutar” fenómenos formados por conjuntos de variables que no son directamente observables.**

Generalmente estos fenómenos están referidos por constructos relativamente abstractos. Muchos fenómenos psicosociales sólo se pueden estudiar mediante sistemas de indicadores “indirectos”. Por ejemplo, la cohesión social de un grupo o comunidad, la inseguridad ciudadana, la satisfacción del usuario con un servicio, no se pueden “fotografiar” directamente. Necesitamos instrumentos psicométricos, cuestionarios u otras técnicas subjetivas de recogida de datos, para poder evaluar y tener un conocimiento aproximativo.

Mientras que un cálculo del *riesgo poblacional* podría utilizar algunos indicadores del primer conjunto, la evaluación del *riesgo individualizado* sólo puede utilizar (hoy por hoy) del segundo tipo.

Las ciencias humanas y sociales han avanzado mucho más en la definición del uso de indicadores cuantitativos, que en la de cualitativos. Clásicamente se ha definido que los indicadores son manejables científicamente cuando son

“medibles” y se utilizan en el seno de teorías bien definidas, sobre todo si son de alcance medio, incluso cuando los indicadores no son específicos de ese fenómeno. Blalock (1969) lo definía de la siguiente manera:

“Una variable indicadora puede estar enlazada con diversas y diferentes variables teóricas o subordinadas, y entonces es difícil alcanzar inferencias ... cuando más alto sea el nivel de abstracción (de una teoría), en el sentido de incluir clases más inclusivas, más difícil será enlazar indicadores medidos a estos conceptos abstractos. Al mismo tiempo, cuanto más amplia sea la variedad de situaciones a las que se aplica esta teoría, mayor será la selección de indicadores, y tal vez sea mayor la confiabilidad que habrá que dar al uso de indicadores múltiples.”

En este sentido, los indicadores de riesgo social en la infancia, entendidos como indicadores de la probabilidad de un suceso considerado negativo o no deseable, estarían a un nivel muy elevado de abstracción, y, su adscripción a una teoría general del riesgo social parece excesivamente ambiciosa hoy por hoy. Parece que el progreso del conocimiento científico debería ir por la vía de disponer de niveles menos abstractos de riesgos (por ejemplo, riesgos en cada uno de los diferentes tipos de maltrato que hoy por hoy podemos definir), y de poner a prueba el funcionamiento de sus indicadores utilizando teorías de alcance medio, a la luz de la investigación científica actual. Sin embargo, ni hay ni se puede renunciar al objetivo último de comprobar que hay indicadores que tienen efectos e impactos múltiples en la vida de los niños y adolescentes, y que, por tanto, también hay que ir acumulando conocimiento en su comprensión.

### **2.2.3. La secuencia de las observaciones a los indicadores**

Para sistematizar la reflexión sobre cómo gestionar los datos que pueden estar relacionados con situaciones de riesgo que pueden afectar a niños y adolescentes, hemos diseñado un esquema que sintetiza las actividades a desarrollar (Figura 2).

A efectos analíticos hemos imaginado que los datos siguen 8 fases, que se pueden resumir en 3 grandes etapas: La de recogida de información, la evaluación de los datos como indicadores de riesgo y la de valoración de resultados en función de las decisiones adoptadas a partir de esta evaluación.

A continuación, detallaremos un poco más los aspectos que quedan implicados en cada una de estas fases.

#### **Etapas de recogida de información e inicio de la gestión del riesgo**

Esta etapa se centra en el trabajo con observaciones. A diferencia del trabajo con indicadores, no resulta imprescindible tener formación especializada para participar. Ahora bien, uno de los objetivos de esta fase es apreciar si es necesaria la participación de profesionales especializados en vista de las características de las observaciones realizadas. En caso de que se estime que en el proceso es necesaria esta participación especializada, otro objetivo de esta primera etapa será preparar, discernir y matizar las informaciones para facilitar la tarea de los profesionales especializados que intervendrán en la etapa siguiente.

### ***a/ Fase de recopilación de observaciones***

La primera fase es la referida a la recogida de cualquier tipo de informaciones que pueden estar asociadas a situaciones de riesgo que afecten a un niño, niña o adolescente. La base de la ciencia está en la observación de constancias. Ahora bien, las realidades complejas y/o borrosas a menudo son observadas de maneras diferentes por observadores distintos, y, por tanto, puede ser difícil constatar la existencia de constancias si no hay varios observadores. Es decir que, para hacer una aproximación al conocimiento de realidades complejas necesitamos observaciones de diferentes agentes sociales implicados.

Los riesgos sociales (que algunos llaman “situacionales”) para los niños son realidades complejas y borrosas. La recopilación de observaciones también debe facilitar la aportación de aquellos datos fácilmente accesibles por parte de no expertos y profesionales no especializados.

Al recoger observaciones sistemáticamente hay que tener en cuenta los derechos de los niños, y, particularmente, su superior interés. En caso de duda, es mejor recoger una información, pero siempre de forma prudente y respetuosa con el niño y con su entorno. Cuanta más información se pueda tener en cuenta y analizar sobre una situación que pueda afectar negativamente a un niño, mejor. Hipotéticamente, cualquier informador puede hacer aportaciones relevantes. Hay que asumir que debe haber una corresponsabilidad en la acumulación de conocimiento. Ahora bien, compartir información también tiene un efecto didáctico y de aprendizaje.

También hay que tener en cuenta que las situaciones que afectan negativamente a los niños, como todas las situaciones complejas, pueden resultar difíciles de identificar y prevenir, y sus consecuencias pueden ser no-proporcionales. Las observaciones no son “sospechas”, sino “constataciones” de diferentes grados y características.

### ***b/ Fase de matización y valoración de conjuntos de observaciones***

Las observaciones que se recopilan sobre la situación de cualquier niño, niña o adolescente deben poder ser seleccionadas o filtradas en función de ciertas características tanto del observador como los hechos observados.

Entre otras cosas, hay que comprobar si el observador da informaciones congruentes, que sus respuestas no sean al azar, si sus informaciones son de primera mano o se han obtenido mediante otras fuentes, y cuál puede ser el grado de fiabilidad de las otras fuentes, etc.

En relación con los hechos observados, al explorar situaciones de riesgo para los niños, hay que intentar descartar, de entrada, que no estén ocasionados por alguna causa orgánica; es necesario que las observaciones sean pertinentes a hipotéticos riesgos explorados; es necesario disponer de elementos valorativos de las observaciones, por ejemplo, de su gravedad y/o de la urgencia de la posible intervención que pueda ser necesaria (apreciadas subjetivamente por el observador); hay que constatar si hay repetición de las observaciones (la

frecuencia de lo observado: hecho aislado o hecho repetitivo).

### ***c/ Fase analítica del conjunto de observaciones***

Una vez se dispone de un abanico de informaciones sobre la posible situación de riesgo de un niño o adolescente, hay que separar aquellas más relevantes que pueden ser utilizadas para tomar decisiones sobre la gestión de los datos. En este punto serán necesarios referentes valorativos: en el MSGR adoptamos como referentes varios grandes conjuntos de tipologías de maltrato infantil: maltrato físico, maltrato psicológico, abuso sexual, y negligencia, entre otros.

Esta fase exige un cierto nivel de conocimientos y experiencia. Un sistema informatizado, al llegar a este punto sólo puede orientar las decisiones, pero no sustituir a un profesional. El conocimiento experto puede ser sintetizado (de hecho, simplificado) mediante un programa informático “capaz de aprender”. Las informaciones introducidas en un programa informático pueden ser contrastadas con pautas generales y rutinarias que estén incorporadas al programa.

Una de las primeras cosas que hay que hacer en esta fase es analizar si hay coincidencia de las observaciones, teniendo en cuenta diferentes matizaciones (datos ponderados en función de criterios de valor). También habrá que analizar la coincidencia de las observaciones matizadas según las variables del contexto. Habrá que filtrar las informaciones que no estén fundamentadas o resulten irrelevantes a la luz de la investigación científica o la práctica profesional; y habrá que filtrar las informaciones que no se aprecian como congruentes a partir de la práctica profesional.

En resumen, el MSGR se ha planteado como una herramienta de apoyo que pueda facilitar la toma de decisiones sobre cómo gestionar una situación de riesgo hipotético, proporcionando una estimación del nivel del riesgo que parece desprenderse de las observaciones acumuladas, según un determinado tipo de maltrato. Esta estimación adoptará la forma gráfica de un semáforo de cuatro colores, y añadirá una serie de recomendaciones sobre las acciones que habría que emprender, a la luz de esta apreciación del riesgo.

### **Etapa evaluativa técnica: identificación y evaluación de indicadores de riesgo**

Esta etapa se centra en el trabajo con indicadores de riesgo. El objetivo principal de esta etapa es evaluar situaciones concretas que afectan a un niño o adolescente, para gestionar las intervenciones más adecuadas. Por tanto, se trata de un proceso de identificación y comprobación de la presencia de indicadores relevantes que hacen recomendable la adopción de decisiones. Este proceso incluye la valoración de la gravedad y urgencia que se desprende de los indicadores disponibles.

Esta etapa exige un alto nivel de conocimientos y experiencia y debe ser desarrollada, preferiblemente, por un equipo especializado interdisciplinario. En el caso de Cataluña corresponde a los EAIA<sup>70</sup>.

70. Equipos de Atención a la Infancia y a la Adolescencia: equipos interdisciplinarios, distribuidos territorialmente, y dedicados a la valoración, actuación y atención de niños, niñas y adolescentes en riesgo de desamparo o en situación de desamparo, así como el seguimiento y tratamiento de sus familias.

### ***a/ Fase identificativa de la presencia de indicadores de riesgo***

En una primera fase hay que apreciar qué datos, desprendidos de las observaciones realizadas, son compatibles con indicadores de riesgo relativamente específicos en relación a diferentes tipos de maltrato infantil. Al llegar a esta fase es posible que se disponga, sobre todo, de indicadores fácilmente detectables por profesionales no especializados, que habrá que complementar con datos mucho más específicos o focalizados que requerirán la contribución de profesionales especializados.

Al mismo tiempo, habrá que apreciar hipotéticamente el nivel de gravedad de la situación global. Si la situación es ambigua, habrá que averiguar si se da la concurrencia de otros indicadores de riesgo no informados hasta esta fase, y que pueden ser cruciales para evaluar la situación. Esto puede requerir nuevas iniciativas de búsqueda o comprobación de informaciones. También habrá que analizar la fiabilidad y validez de los indicadores de riesgo identificados, tanto de los específicos como los inespecíficos.

Los resultados en esta fase son susceptibles de mejora si se está al día de las publicaciones de investigación científica en este campo.

### ***b/ Fase de matización y valoración de los indicadores y factores de riesgo***

En esta fase hay que comprobar que existe evidencia confiable relativa a los indicadores más relevantes que pueden orientar la toma de decisiones. Habrá que analizar también las posibles interacciones entre factores, y de éstos con variables contextuales.

Todo ello habrá que contrastarlo con los conocimientos acumulados en la investigación científica y con la experiencia profesional.

En esta fase se prepararan las síntesis evaluativas que permitan tomar las decisiones que hay que adoptar para gestionar el riesgo.

Por todo lo dicho, los profesionales que participen en esta fase es necesario que tengan conocimientos: (a) del grado de especificidad o inespecificidad de los diferentes indicadores de riesgo para cada evento negativo o no deseado (tipo de maltrato), (b) sobre la multiplicidad de efectos de un mismo indicador, y (c) sobre la metodología de uso de indicadores.

### ***c/ Fase analítica de la interacción entre factores de riesgo (y de protección):***

En esta fase habrá que valorar posibles alternativas de intervención para conseguir un cambio social que disminuya la incidencia de los factores de riesgo, y minimice el impacto de los posibles acontecimientos negativos o no deseables ya acaecidos y/o que puedan suceder en un futuro.

Es a partir de todas estas consideraciones que se propondrán las decisiones que hay que adoptar para gestionar el riesgo, anticipando posibles resultados en función de las decisiones propuestas.

Esta fase exige un alto nivel de conocimientos y experiencia. Debe ser desarrollada, preferiblemente, por un equipo interdisciplinario. Los resultados

en esta fase son susceptibles de mejora si se está al día de las publicaciones de investigación científica en este campo, y si se dispone de evaluaciones rigurosas de resultados de múltiples intervenciones profesionales sobre las diferentes tipologías de malos tratos.

### **Etapas de valoración y retroalimentación del sistema**

Esta etapa es la destinada a comprobar que con los procedimientos y algoritmos que se puedan haber utilizado durante todo el proceso, el sistema tiende a acertar las características de las situaciones de riesgo sobre las que apoya su gestión. Su objetivo principal es valorar hasta qué punto el sistema da las recomendaciones apropiadas y, hasta qué punto, las intervenciones decididas son las más pertinentes para cada caso. Los resultados de esta valoración deben ser utilizados para mejorar todo el sistema, aportando sugerencias para perfeccionen las pautas de recogida de observaciones.

#### ***a/ Fase de identificación y definición de los indicadores de evaluación de resultados***

Esta fase se plantea la propia evaluabilidad de las intervenciones a desarrollar.

Para evaluar los resultados y el impacto de las decisiones adoptadas para gestionar situaciones de riesgo que afectan a niños o adolescentes será necesario establecer un diseño de evaluación e identificar indicadores sensibles a los cambios perseguidos con las decisiones de intervención adoptadas. Será necesario disponer del valor de estos indicadores antes de intervenir y estimar el cambio de valor esperable en estos indicadores después de intervenir.

Esta fase exige conocimientos especializados de diseño de evaluación de programas.

Debe ser desarrollada por profesionales. Los indicadores fiables, válidos y específicos para describir y evaluar situaciones no son necesariamente indicadores sensibles. Preferiblemente los indicadores de evaluación deben ser específicamente sensibles a los cambios generados por intervenciones concretas.

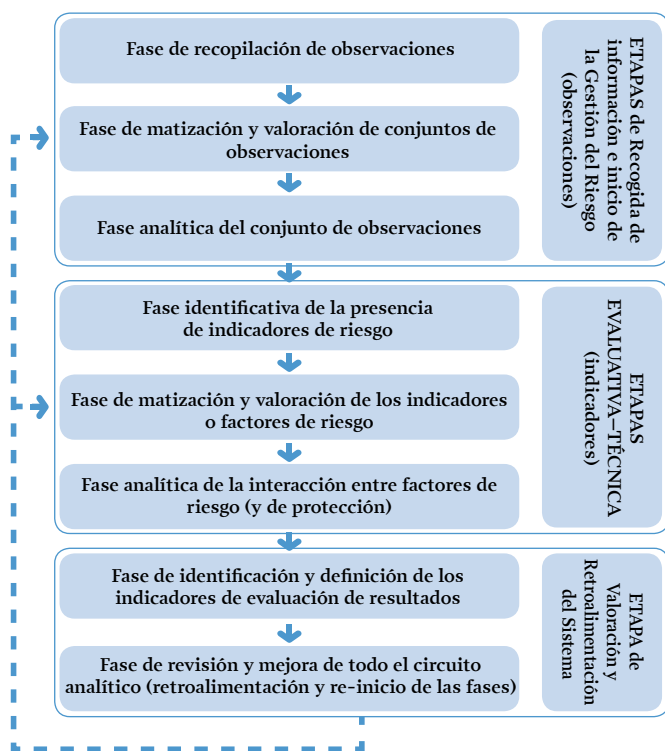
#### ***b/ Fase de revisión y mejora de todo el circuito analítico (retroalimentación y reinicio de las fases):***

A la luz de los resultados obtenidos en la evaluación posterior a las intervenciones, hay que aportar conocimiento a todas las fases anteriores de este proceso de gestión de los riesgos en la infancia y la adolescencia, y mejorar su ejecución. Esta fase requiere el intercambio inter-profesional de informaciones y conocimientos, entre todos aquellos que participan en cualquier fase del proceso.

Esto está estrechamente ligado a la disponibilidad de formación permanente, incluida la formación autogestionada.



Figura 2. Fases existentes en la recogida analítica de los datos para la gestión de las situaciones de riesgo en la infancia y adolescencia.



# 3

## Módulo de apoyo a la gestión del riesgo social en la infancia y la adolescencia (MSGR)

### 3.1. Introducción



Es probable que en alguna ocasió nos hayamos preguntado por qué, en general, las personas somos tan reticentes a la hora de comunicar una situación de maltrato infantil cuando en el fondo somos conscientes de que, de alguna manera, nuestro silencio nos convierte en cómplices de ese maltrato. La realidad nos muestra diferentes motivos para nuestro comportamiento: muchas veces se trata simplemente de desconocimiento, es decir, no sabemos identificar las señales que nos alertan de que se está produciendo un sufrimiento en el niño o niña causado por un maltrato, ni si esa situación requiere o no de una intervención; además, los profesionales que se hallan habitualmente en contacto con niños y con adolescentes no son necesariamente expertos en maltrato infantil. En otras ocasiones se trata del temor a causar un daño mayor con nuestra actuación. Otras veces, no pocas, el problema viene motivado por la sobrecarga de trabajo que sufren algunos servicios cuyos profesionales se sienten desbordados. También, por qué no decirlo, por el miedo a las consecuencias que denunciar la situación pueda suponer.

Todas estas cuestiones, dudas, miedos y desconfianzas fueron las que impulsaron la necesidad de construir un sistema, al que llamamos Módulo de Apoyo a la Gestión del Riesgo (MSGR), que cubriese el importante vacío que todavía hoy existe en relación al fenómeno del maltrato infantil de manera que, a través del conocimiento se pudiese alcanzar, no solo la sensibilización de los colectivos de profesionales más directamente relacionados con los niños, sino también su implicación y corresponsabilización en la detección y la comunicación de estas situaciones a los servicios competentes en la protección de nuestros niños y niñas, incluyendo en esta red a todos ciudadanos y ciudadanas.

Este sistema, como ya hemos visto, contiene también el RUMI, para la comunicación de las situaciones de riesgo o de maltrato detectadas desde los diferentes ámbitos profesionales que trabajan con la infancia (sanidad, educación, policía y servicios sociales).

En líneas generales, se trata de un sistema que supone un gran avance en cuanto a la prevención del maltrato pues supone la primera aproximación llevada a cabo para disponer de un sistema común de valoración del riesgo lo cual es, además, un elemento fundamental desde el punto de vista de los sistemas de calidad en la atención, pues permite unificar las intervenciones bajo un mismo criterio.

Para conseguir nuestro propósito el modelo de gestión del proyecto se basó en el liderazgo interdepartamental compartido y en la construcción consensuada con los profesionales de los ámbitos implicados, como parte fundamental del proceso. De esta manera el MSGR ha conseguido poner al servicio de los profesionales un lenguaje unificado en torno al fenómeno y un criterio de valoración del riesgo consensuado.

Su proceso de elaboración ha implicado a un abanico muy amplio de profesionales y ámbitos de intervención, resultando un proceso integrativo de diferentes lenguajes y experiencias. Han participado profesionales de los departamentos de sanidad, de los cuerpos policiales, de los servicios sociales, y de la educación, expertos en protección a la infancia e investigadores universitarios. De manera sintética destacamos que:

- Ha sido sometido a un amplio proceso de validación por parte de profesionales de servicios sociales de atención primaria y especializada del ámbito de la infancia, y de expertos, resultando un consenso ampliamente mayoritario.
- Parte de las observaciones que pueden realizar los profesionales y personas en contacto con la infancia, sin necesidad de que tengan que pronunciarse sobre indicadores de maltrato.
- A pesar de que incluye sólo cuatro ámbitos de actuación (educación, servicios sociales, cuerpos policiales y sanidad), permite fácilmente ampliarlo a otros (por ejemplo, a los servicios de tiempo libre) e incluso a la recopilación de observaciones hechas por ciudadanos implicados.
- Ha sido diseñado para ser insertado en una web temática del entorno corporativo de la Generalitat de Catalunya, con el fin de llegar a constituir un instrumento común de los diferentes ámbitos.

- Está abierto a mejoras y reajustes.
- Permite una secuencia del trabajo profesional de menos a más especialización, preparando el trabajo de quienes deben tomar decisiones sobre una base de datos más especializada.

En todo momento el MSGR ha sido pensado por y para los profesionales y esto se pone de manifiesto cuando se observa que, puesto en sus manos, el sistema adquiere vida propia. En este sentido sorprende ver como los profesionales coinciden en encontrarle nuevos usos, lo cual invita a reflexionar sobre las posibilidades de futuro del sistema. Por ejemplo, se puede utilizar el MSGR para trabajar con las familias, con los y las adolescentes, como herramienta de trabajo en las reuniones de coordinación entre profesionales de diferentes servicios,...

---

### 3.2. En qué consiste el MSGR

71. El equipo de proyecto estuvo formado por un Consejo ejecutivo, liderado por la secretaria de Infancia Sra. Imma Pérez, y por los Sres. Xavier Soley y Joan Mayoral, director y subdirector de la DGAIA respectivamente. La Dirección del proyecto estuvo a cargo del jefe del Servicio de Planificación y Evaluación de Políticas y Servicios de la SIA, Sr. Jordi Muner y de la dirección funcional se encargó la jefa de la Sección de evaluación Sra. Núria Vilarrubias. El equipo técnico del proyecto, en las reuniones funcionales con la empresa encargada del proyecto tecnológico (que fue Open Trends) lo formaron la directora funcional, miembros de la UdG (los profesores Dra. Carme Montserrat y Marc Pérez), y como asesor tecnológico de la DGAIA, el Sr. Antonio Ponce y, como secretaria, la Sra. Alba Domínguez.

La Comisión de trabajo estuvo formada, por parte de la DGAIA, por la doctora en medicina M. Teresa Securun, las juristas Eulàlia Creus y Pilar Aldea, el doctor en sociología y trabajador social Josep M. Torralba, y por la psicóloga Núria Vilarrubias; y por parte de la UdG, por los profesores Dr. Ferran Casas, Dra. Carme Montserrat, Dra. Marta Sadurní y Sr. Marc Pérez.

El Módulo de apoyo a la gestión del riesgo en la infancia y la adolescencia (MSGR) es un programa informático para ayudar a los profesionales y personas en contacto con la infancia en la toma de decisiones sobre las intervenciones adecuadas ante las situaciones que pueden perjudicar su desarrollo o bienestar.

Su elaboración ha sido fruto de un proceso participativo en el seno de la entonces Secretaría de Infancia y Adolescencia (SIA, hoy ya desaparecida) del entonces Departamento de Acción Social y Ciudadanía (ahora de Bienestar Social y Familia), que ha contado con la implicación de diferentes profesionales del propio departamento (que conformaron la Comisión de trabajo interdisciplinar<sup>71</sup>, que fue la encargada de gestar los contenidos del módulo a nivel de observaciones y algoritmos) y de otros departamentos y servicios, y se llevó a cabo con la colaboración científica del IRQV de la UdG (Universidad de Girona).

Pretende ser una herramienta para la detección, la prevención y la comunicación de las situaciones de riesgo o de maltrato intrafamiliar de los niños, niñas y adolescentes. Esta herramienta de apoyo deja explícito que no sustituye la decisión final que le corresponde adoptar al profesional o equipo interdisciplinario, respetando los canales existentes en el trabajo en red de los servicios implicados en la atención a la infancia y los protocolos territoriales establecidos.

Pretende orientar a la persona usuaria del programa informático para que ante las situaciones observadas en niños, niñas o adolescentes (que podrían estar supuestamente relacionadas con una situación de riesgo social o de maltrato intrafamiliar), pueda decidir sobre el nivel de intervención. Por lo tanto, sugiere una actuación sobre sí:

- Se debe seguir o iniciar un trabajo desde el propio servicio (escolar, sanitario, de ocio, social...).
- Es necesario que el caso se trabaje desde los servicios sociales básicos (SSB). Estos podrán, en su caso, derivar al Equipo especializado en Infancia y Adolescencia (EAIA).

- Es necesario que el caso sea notificado a la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia (institución competente para adoptar las medidas de protección a la infancia en Catalunya)

En el programa informático se establecen observaciones y conjuntos de observaciones, que tienen asignado un nivel de gravedad (leve, moderada, grave) y que tienen en cuenta la edad del niño y la niña. Además, utiliza unos criterios para determinar el nivel de riesgo detectado y el nivel de intervención o acción recomendada y para valorar la posibilidad de recidiva o repetición de la situación que ha sufrido el niño o la niña. En el programa también se aporta información que podría ser crucial para el receptor del caso y para poder valorar con más precisión el tipo y nivel de la intervención.

El Módulo contempla también un apartado de factores de resiliencia referidos a los niños y niñas. La pretensión de este espacio es dirigir la atención de los profesionales sobre los aspectos protectores que existen en una determinada situación de riesgo y sobre los cuales poder valorar y construir el plan de ayuda.

---

### 3.3. Funcionamiento del Módulo

En la actualidad, el programa actúa como un simulador (Fase 1), sin introducir ningún dato de identificación personal. Es un instrumento de apoyo al profesional para la valoración de un caso, que le sirve de ayuda para ordenar lo que observa, en un lenguaje común a los demás ámbitos, requiriendo ponderaciones y ofreciendo respuestas. Puede ser utilizado en coordinaciones con otros servicios para discutir y consensuar o de forma individual. Esta primera fase está concluida y se accede libre y gratuitamente al simulador a través de la web del gobierno catalán. Está prevista una segunda fase (Fase 2) donde los 4 departamentos implicados: sanidad, interior, educación i servicios sociales, estarán conectados y después de introducir datos de identificación personal, se puedan derivar los casos y obtener un feedback sobre anteriores notificaciones y seguimiento del caso, a la vez que actuará como registro de casos de maltrato.

#### 3.3.1. Fase 1: El simulador

Esta fase, como decíamos, no contiene ningún apartado sobre datos identificativos ni del niño o niña, ni de su familia ni de la persona que utiliza el programa. Una vez iniciamos el simulador, se nos presentarán 6 pantallas<sup>72</sup>.

En la primera pantalla, que constituye el primer paso, el profesional debe seleccionar su ámbito de actuación:

- educación
- salud
- Servicios sociales
- Cuerpos policiales

También puede escogerse la opción “todos los ámbitos”, por ejemplo si se trata de una persona que no ejerce de profesional. Seguidamente se marca el sexo y la edad del niño.

72. El acceso al simulador es libre y se encuentra en: <http://www20.gencat.cat/portal/site/bsf/> (acceder a través del apartado Infància i adolescència).

En la segunda pantalla se muestra la lista de observaciones a seleccionar. Dicha lista está agrupada en 5 grandes bloques. Los tres primeros contienen las observaciones referentes al niño, niña y adolescente:

- A. Aspecto físico y situación personal del niño o niña
- B. Área emocional y comportamental del niño o niña
- C. Desarrollo y aprendizaje del niño o niña

El cuarto bloque contiene las observaciones referentes al comportamiento de los progenitores o guardadores respecto al niño o niña:

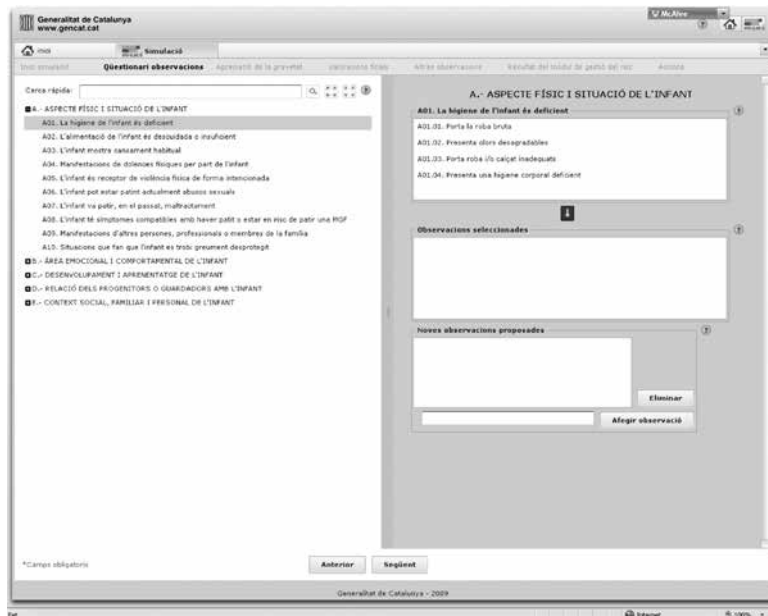
- D. Relación de los progenitores/guardadores con el niño o niña.

El quinto bloque son observaciones relativas al contexto y que actúan como factores de riesgo:

- E. Contexto social, familiar y personal del niño niña.

Cada bloque contiene una serie de conjuntos de observaciones temáticos. Cada conjunto de observaciones contiene una relación de observaciones concretas. Según el ámbito que hemos seleccionado en la pantalla anterior y, en función de la edad del niño/niña, se mostrarán unas observaciones concretas u otras (adaptadas a cada entono profesional), de entre las que cada profesional seleccionará aquellas que caracterizan o se ajustan mejor a la situación del niño o niña sujeto de la observación. Es decir:

- Cada ámbito de actuación contiene las observaciones que se pueden realizar desde el lugar que el servicio ocupa en la red y desestima las que son difi-



ciles de observar desde su ámbito. Otras observaciones son más comunes a todos los servicios. Esto provoca que algunas observaciones parezcan repetidas, cuando se muestra el listado completo, pues según el ámbito con el cual se mostrarán, están redactadas de una manera u otra. Por ejemplo, una observación como “Presenta pagiocefalia/alopecia localizada” se muestra sólo en el ámbito de salud, mientras que en el resto de ámbitos se muestra como “Presenta falta de mechones de cabello” significando ambas lo mismo.

- Todas las observaciones están agrupadas por conjuntos de observaciones temáticos (por ejemplo, la higiene del niño o niña)
- Cada observación está asociada a una franja de edad, que nos indica:
- Qué debemos observar a cada edad (por ejemplo, de 0 a 3 años se debe estar alerta a las lesiones que quedan ocultas en la zona de los pañales)
- Qué observación puede constituir un perjuicio en función de la edad (por ejemplo, el abandono escolar en la etapa obligatoria)
- Algunas observaciones están asociadas a un tipo de maltrato en caso de que sean específicas de alguno de ellos, y otras nos alertan de una situación que puede ser perjudicial para los niños sin que estén asociadas a ninguna tipología en concreto. El programa puede identificar qué datos desprendidos de las observaciones realizadas son compatibles con indicadores de riesgo relativos a los diferentes tipos de maltrato infantil, algunos más específicos y otros más inespecíficos. Por ejemplo, el maestro observa que el niño viene siempre sucio, llega tarde, no trae el desayuno y se duerme en clase y es esto sobre lo que informa, sin pronunciarse sobre si estas observaciones nos pueden estar indicando una situación de negligencia. A partir de la selección de determinadas observaciones el programa informático da una respuesta

en relación al posible maltrato que podría estar sufriendo el niño sobre el que se está recopilando información.

Además, cada conjunto de observaciones tiene asignada una gravedad inicial, tal y como se puede ver en la Tabla 1.

Tabla 1. Gravedad y situación

Gravedad	Situación
<b>Leve</b>	Situación de vulnerabilidad sin que se pueda apreciar una situación de maltrato.
<b>Moderada</b>	Situación en la que puede estar sufriendo o en riesgo de sufrir de forma moderada o leve un maltrato.
<b>Grave</b>	La situación en la que puede estar sufriendo de forma grave o en riesgo de sufrir un maltrato.

En el listado que se muestra a continuación figuran todas las observaciones, agrupadas por conjuntos y bloques, indicando la gravedad y la franja de edad (Tabla 2). Presentamos los conjuntos de observaciones ordenados de menor a mayor gravedad, por lo que la numeración inicial queda alterada.

Tabla 2. Listado completo de las observaciones del MSGR: bloques (letra), conjuntos de observaciones (letra y núm.) y observaciones por gravedad y edad (números)<sup>73</sup>.

A. Aspecto físico y situación personal del niño/a		Edad
<b>A1. La higiene del niño/a es deficiente</b>		
1	Acude con la ropa sucia	0-17
2	Presenta olores desagradables	3-17
3	Acude con ropa y / o calzado inadecuados	0-17
4	Presenta una higiene corporal deficiente	0-17
5	Presenta lesiones cutáneas con enrojecimiento de la piel en la zona de los pañales.	0-3
<b>A2. La alimentación del niño o niña es descuidada o insuficiente</b>		
1	Asiste a la escuela sin desayunar y no trae desayuno.	0-17
2	Pide o roba comida, dice que pasa hambre, que en casa no le dan de comer.	3-17
3	Hay indicios de una alimentación muy deficiente e inadecuada.	0-17

73. La numeración de los conjuntos de observaciones corresponde al original. Aquí se presentan ordenadas por colores para facilitar su comprensión y por esto la numeración no es consecutiva, pero en el MSGR los conjuntos no se muestran ordenados por colores de gravedad.



<b>A3. El niño o niña muestra cansancio habitual</b>		
1	Se muestra cansado sin justificación.	0-17
2	Se duerme en clase.	6-17
<b>A7. El niño o niña sufrió, en el pasado, maltrato</b>		
1	Sufrió, en el pasado, algún tipo de abuso sexual.	1-17
2	Sufrió, en el pasado, agresiones físicas.	1-17
3	Sufrió, en el pasado, maltrato prenatal.	1-17
<b>A4. Manifestaciones de dolencias físicas por parte del niño o niña</b>		
1	Se queja a menudo de dolor (dolor de estómago, dolor de cabeza ...)	0-17
2	Está constantemente enfermo.	0-17
3	Presenta heridas, golpes, etc., que parecen producidas accidentalmente .	0-17
<b>A9. Manifestaciones de otras personas, profesionales o miembros de la familia</b>		
1	Han observado situaciones que hacen pensar en un abuso sexual.	0-17
2	Dicen que los progenitores / guardadores golpean al niños o niña.	0-17
3	Sienten que el niño o niña recibe agresiones verbales y / o físicas (golpes, llantos, gritos, etc.).	
4	Han observado que desatienden al niño o niña	0-17
<b>A11. El niño o niña ha sufrido desatenciones graves y/o agresiones antes de su nacimiento</b>		
1	Presenta el síndrome de abstinencia neonatal.	0-3
2	Presenta enfermedades o trastornos asociados a consumo de tóxicos de la madre durante el embarazo.	0-3
3	Tiene lesiones físicas o neurológicas por inadecuado control médico de la madre durante el embarazo.	0-3
<b>A5. El niño o niña es receptor de violencia física</b>		
1	Presenta heridas o rozaduras .	0-17
2	Presenta señales de mordeduras.	0-17
3	Presenta golpes en el cuerpo.	0-17
4	Presenta hematomas.	0-17
5	Presenta quemaduras.	0-17
6	Presenta falta de mechones de cabello.	0-17
7	Presenta plagiocefalia/alopecia localizada.	0-17
8	Presenta derrames oculares.	0-17
9	Presenta hemorragias retinales.	0-3

10	Presenta cortes o pinchazos.	0-17
11	Presenta fracturas óseas.	0-17
12	Presenta el síndrome del niño sacudido.	0-17
13	Presenta hemorragias internas.	0-17
14	Presenta dolor en determinadas partes del cuerpo.	3-17
15	Manifiesta o señala con gestos que sus progenitores son los causantes de las lesiones.	1-17
16	Manifiesta que está siendo receptor de violencia física por parte de alguien de su entorno	1-17
17	Da explicaciones extrañas o poco convincentes con respecto a las lesiones que presenta.	1-17
<b>A6. El niño o niña puede estar sufriendo actualmente abusos sexuales</b>		
1	Presenta dolor / picor en la zona anal / genital.	0-17
2	Tiene molestias cuando camina o se sienta.	3-17
3	Presenta ropa interior rasgada, manchada o con sangre.	0-17
4	Es una niña o adolescente embarazada, especialmente si se niega a identificar al padre.	12-17
5	Presenta contusiones o sangrado en los genitales externos, la zona vaginal o anal.	0-17
6	Presenta una enfermedad de transmisión sexual.	0-17
7	Presenta eritema y/o edema en la zona vulvar o anal.	0-17
8	Se detecta semen en la boca, los genitales o en la ropa.	0-17
9	Presenta alteraciones en el esfínter anal (apertura signo de la O, grietas o hematomas).	0-17
10	Presenta alteraciones de la membrana himenal.	0-17
11	Hay indicios de que la están forzando en actividades sexuales (abuso sexual).	0-17
12	Explica que está sufriendo abusos sexuales por parte de alguien de su entorno.	0-17
13	Manifiesta o señala con gestos que sus progenitores son los causantes del abuso sexual.	0-17
14	Da explicaciones extrañas o poco convincentes con respecto a las lesiones que presenta.	3-17
<b>A8. El niño o niña presenta síntomas compatibles con haber sufrido o estar en riesgo de sufrir mutilación genital femenina</b>		
1	Ha sufrido una mutilación genital femenina.	0-17
2	Hay indicios de haber sufrido una mutilación: viene triste del viaje a su país, no quiere hablar.	0-17

3	Hay indicios que hacen pensar que puede estar en riesgo de sufrir una mutilación genital femenina .	0-17
<b>A10. Situaciones que hacen que el niño o niña se encuentre gravemente desprotegido</b>		
1	Está en una situación sobrevenida en la que nadie se hace cargo.	0-17
2	Sufre una desatención alimenticia que por edad o condiciones especiales supone un riesgo de muerte.	0-17
3	Ha sido abandonado intencionadamente .	0-17
4	No recibe el tratamiento por una enfermedad grave, poniendo en riesgo su vida.	0-17
5	La madre y / o el padre quiere dar el niño o la niña en adopción.	0-17
6	No tiene ningún referente familiar en el país.	0-17
7	Es una niña o adolescente embarazada (o madre) con graves dificultades personales y sociales.	9-17
8	Sufre una situación de peligro grave por la que solicita protección inmediata.	6-17
9	Sufre amenazas de muerte o abandono de los progenitores o guardadores.	0-17

## B. Área emocional y comportamental del niño o niña

### B1. Conductas disociales y/o agresivas del niño o niña

1	Comete pequeños hurtos fuera o dentro de la escuela.	6-17
2	Manifiesta una conducta agresiva ante la presencia de la policía.	6-17
3	Presenta una conducta agresiva física contra terceras personas.	6-17
4	Presenta una conducta agresiva verbal contra terceras personas.	6-17
5	Presenta una conducta destructiva con objetos.	6-17
6	Se relaciona con un grupo de amigos conflictivos.	6-17
7	Mantiene a menudo conductas de provocación (desafiante...)	10-17
8	Comete actos de vandalismo, racismo o xenofobia.	6-17

### B4. Manifestaciones de miedo y/o angustias

1	Manifiesta acciones defensivas ante cualquier aproximación física	3-17
2	No quiere hacer actividades que requieran mostrar partes del cuerpo (para esconder golpes...)	6-17
3	Parece tener miedo de sus progenitores o manifestarles rechazo	3-17
4	No quiere irse a casa	3-12
5	Muestra un alto nivel de ansiedad ante actividades normales como el cambio de pañales.	0-3

6	Presenta dificultades graves para calmarse en brazos de quien lo cuida.	0-3
7	Se preocupa mucho de estar a la altura de las expectativas de los progenitores o para ser aceptado.	4-17
8	Muestra sentimientos de culpabilidad de la situación vivida.	4-17
9	Manifiesta que no le dejan entrar en casa o que lo han echado o que quiere ingresar en un centro.	6-17
10	Muestra señales de ansiedad.	3-17
11	Manifiesta que quiere ingresar en un centro	6-17
<b>B5. Alteraciones en la relación con los demás</b>		
1	Manifiesta una familiaridad excesiva con extraños (marcha fácilmente con desconocidos).	3-12
2	Llama continuamente la atención.	3-17
3	Realiza demandas continuadas de afectividad.	3-17
4	No interacciona, no fija la mirada, a menudo parece ausente.	1-12
5	Parece tener dificultad para formar vínculos afectivos estables .	3-17
6	Presenta problemas de relación con el grupo de iguales.	3-17
<b>B6. Otras manifestaciones de alteración del estado de ánimo</b>		
1	Muestra un aspecto triste y / o llora a menudo sin causa aparente.	1-17
2	Se muestra pasivo y retraído y / o se aísla.	3-17
3	Hace comentarios que parecen indicar que tiene una autoestima baja.	4-17
4	Manifiesta a menudo conductas que corresponden a una edad inferior (conductas regresivas).	3-17
5	Falta de llanto y ausencia de queja ante el dolor.	0-12
6	Se muestra inquieto, nervioso.	0-17
7	Presenta trastornos de alimentación (vómitos, diarreas, anorexia del lactante).	0-17
8	Presenta desórdenes graves asociados con el dormir.	0-17
<b>B7. El niño o niña presenta comportamientos de autoestimulación compulsiva</b>		
1	Realiza balanceos compulsivos.	3-17
2	Presenta masturbación compulsiva.	3-17
3	Se da cabezazos de forma voluntaria y repetida.	1-17

<b>B9. El niño o niña está adoptando roles que no le corresponden por edad</b>		
1	Asume responsabilidades impropias de la edad con miembros de la familia o tareas de casa.	4-17
2	Adopta un rol cuidador respecto a los progenitores (inversión de roles).	4-17
<b>B8. El niño o niña presenta comportamientos sexualizados inadecuados para la edad</b>		
1	Manifiesta conductas y preocupaciones sexuales o utiliza términos inadecuados para su edad.	3-17
2	Acosa o agrede sexualmente a otros niños o adolescentes.	4-17
3	Manifiesta, de forma recurrente, tener miedo a un embarazo o el sida.	6-17
4	Muestra promiscuidad sexual.	12-17
<b>B2. Conductas de riesgo hacia sí mismo</b>		
1	Deambula menudo por las calles en horario escolar y / o de noche.	3-16
2	Se ha escapado de casa.	6-17
3	Se expone a situaciones de riesgo (conducción temeraria, metring, mal uso de las tecnologías).	6-17
4	Dice cosas que indican que piensa a menudo en el suicidio o ha hecho un intento de suicidio.	6-17
5	Se autolesiona.	6-17
6	Se provoca el vómito, toma laxantes, se niega a comer ...	6-17
7	Presenta falta de autocontrol.	6-17
<b>B3. El niño o niña consume sustancias tóxicas</b>		
1	Consume alcohol.	6-17
2	Consume otras drogas.	6-17
3	Consume otras sustancias estupefacientes.	6-17
4	Consume tabaco.	6-12
5	Se observan estados que sugieren que ha consumido (ojos enrojecidos, olor a alcohol, euforia...)	6-17
6	Presenta síntomas compatibles con el síndrome de abstinencia.	1-17
<b>C. Desarrollo y aprendizaje del niño o niña</b>		
<b>C1. El niño o niña presenta dificultades destacables en los aprendizajes escolares</b>		
1	Manifiesta problemas de atención y concentración.	3-17
2	No es constante en las actividades escolares y no hace los deberes con frecuencia.	6-16

3	Está matriculado en un nivel inferior al que le corresponde por edad	6-16
4	Presenta dificultades de aprendizaje.	3-17
5	Presenta cambios repentinos en su rendimiento escolar .	3-17
6	Presenta repetidos cambios de centro escolar a lo largo de su escolaridad	3-17
<b>C3. El niño o niña a menudo tiene dificultades en el control de esfínteres</b>		
1	Presenta problemas de enuresis, con relativa frecuencia.	6-17
2	Presenta problemas de encopresis, con relativa frecuencia.	6-17
<b>C2. El niño o niña presenta un retraso en el desarrollo</b>		
1	Presenta retraso en la adquisición de capacidades verbales, cognitivas o sociales propias de la edad.	0-17
2	No responde a los estímulos como sería de esperar por la edad.	0-12
3	No se le observan habilidades y / o el tono motriz propios de la edad.	0-17
4	Presenta peso y talla muy inferiores por la edad .	0-17
5	No realiza juego imitativo o manipula los objetos de forma estereotipada sin deseo de explorar.	0-6
<b>C4. El niño o niña presenta problemas con la asistencia escolar</b>		
1	Marcha de clase o de la escuela ante cualquier contrariedad.	3-17
2	Realiza faltas de asistencia injustificadas y / o absentismo escolar o laboral.	3-17
3	Ha abandonado la escolaridad en la etapa obligatoria.	3-16
<b>D. Relación de los progenitores/guardadores con el niño o niña</b>		
<b>D1. Los progenitores o guardadores manifiestan rechazo hacia el niño o niña</b>		
1	Manifiestan una imagen negativa del niño o niña y no le reconocen valores positivos.	0-17
2	Le repiten que no le quieren.	0-17
3	Se ríen de sus dificultades.	0-17
4	Lo critican, avergüenzan, descalifican, insultan, ridiculizan o amenazan.	0-17
5	Minimizan los episodios de pena, enfermedad o daño físico del niño.	0-17
6	Manifiestan enojo cuando el niño o niña se hace daño.	0-17
7	No se observa ninguna expresión física de afecto del progenitor hacia el niño o niña.	0-17

8	Muestran una relación de celos con el niño o niña, rivalizando por la atención de la pareja.	0-17
9	Son conocedores de la situación de maltrato que sufre y no lo protegen.	0-17
10	Son conocedores de la situación de abuso sexual que sufre y no lo protegen.	0-17
11	No permiten al niño o niña contacto táctil con ellos (caricias, mimos, ternura ...)	0-17
12	Lo echan de casa o dicen que no quieren saber nada más de él o ella.	0-17
13	Tratan de manera muy desigual a los hermanos.	0-17

### **D2. El seguimiento y control de la salud del niño o niña no parece el adecuado**

1	Lo traen enfermo a la escuela.	0-17
2	No atienden las enfermedades o daños físicos del niño o niña.	0-17
3	No llevan a cabo las revisiones médicas.	0-17
4	No tienen cuidado de las deficiencias visuales, auditivas, etc. del niño o niña.	0-17
5	No siguen los tratamientos médicos y / o higiénicos que les indican.	0-17
6	No asisten a los servicios especializados indicados o derivados (atención precoz, salud mental).	0-17
7	No aceptan la enfermedad del niño o niña y por tanto no le proporcionan la asistencia que necesita.	0-17

### **D3. Hay sospechas de manipulación de la salud del niño o niña por parte de los progenitores**

1	Llevan a menudo medicamentos a la escuela sin justificante médico.	0-16
2	Le atribuyen a menudo enfermedades dudosas o síntomas no observados en la escuela o por el personal sanitario.	0-17
4	Realiza faltas de asistencia reiteradas por enfermedades sin justificación médica.	3-17
5	Presenta síntomas recurrentes que desaparecen cuando lo separan de la familia y vuelven cuando está con ella.	0-17
6	Se observan múltiples ingresos hospitalarios.	0-17
7	Se observan síntomas compatibles con una intoxicación por fármacos, drogas o alcohol.	0-17
8	Promueven excesivos requerimientos médicos (pruebas, medicación, tratamientos) en el niño o niña.	0-17

#### **D4. Los progenitores o guardadores aíslan al niño o niña del entorno social**

1	Se muestran extremadamente protectores o controladores.	0-17
2	No le dejan estar con amigos.	3-17
3	Evitan que se relacione con otros adultos que no sean ellos.	3-17
4	Le repiten que no hay nadie más en el mundo en quien confiar aparte de ellos.	3-17
5	Se muestran muy posesivos con respecto al niño o niña.	0-17
6	Le mantienen retenida la documentación (pasaporte, DNI).	6-17

#### **D5. Los progenitores o guardadores se desprecupan de las actividades escolares y de ocio del niño o niña**

1	Se olvidan de recogerlo de la escuela o lo recogen o acompañan muy tarde.	0-17
2	Se desprecupan por el ocio del niño o niña.	3-17
3	No se preocupan por los contenidos de las actividades que realiza el niño o niña (violencia, pornografía).	3-17
4	No lo han escolarizado.	3-16
5	Hay un abandono escolar consentido y / o favorecido.	3-16
6	No asisten a las reuniones ni entrevistas con la escuela cuando se les cita.	0-17
7	Son causantes o consentidores de las faltas de asistencia y / o absentismo escolar del niño/a.	3-16
8	Desconocen el curso donde acude, el profesor, sus amigos, qué actividades realiza ...	3-16
9	No se preocupan de que lleve el material escolar (chándal ...)	3-12

#### **D6. Los progenitores o guardadores no atienden las necesidades básicas del niño o niña**

1	Desatienden sus necesidades básicas (alimentación, higiene ...)	0-17
2	No respetan los hábitos o rutinas que necesita (horas de sueño y descanso, las comidas ...)	0-16
3	El niño o niña pasa muchas horas solo o encerrado en casa.	0-12
5	El niño o niña pasa la mayor parte del día solo en casa y / o fuera del domicilio.	0-17
6	Muestran un desconocimiento de las necesidades emocionales y de estimulación del niño o niña.	0-17
7	No le facilitan la ayuda u orientación que necesita o no colaboran con los servicios que le atienden.	0-17
8	Se encargan del niño o niña otros familiares, amigos o vecinos no adecuados.	0-17



9	Se encargan del niño o niña otros familiares, amigos o vecinos por despreocupación de los progenitores.	0-17
10	Se da una ausencia de supervisión del niño o niña (riesgo de accidentes domésticos).	0-17
11	Lo dejan muchas horas solo en un piso donde vienen a menudo personas ajenas a la familia.	0-17
12	Frecuentan con el niño o niña ambientes o locales no adecuados para éste (bares, discotecas ...)	0-12
13	Casi no lo visitan cuando está hospitalizado.	0-17

#### **D9. Los progenitores o guardadores manifiestan a menudo incapacidad de control del niño o niña**

1	Se quejan a menudo que "no pueden" con el niño o niña, que es demasiado difícil.	0-17
2	Manifiestan que quieren ingresarlo en un centro debido a su conducta.	0-17
3	Manifiestan que le tienen miedo y / o que han recibido amenazas o les ha agredido.	6-17
4	Manifiestan que tiene ataques de violencia incontrolable.	3-17

#### **D10. Los progenitores/guardadores muestran pautas educativas no adecuadas con el niño o niña**

1	Utilizan el castigo físico como método habitual de disciplina.	0-17
2	Utilizan habitualmente métodos o pautas educativas extremadamente rígidos y poco flexibles.	0-17
3	No tienen en cuenta su opinión en ninguna de las decisiones que le afectan directamente.	4-17
4	Lo presionan de forma desmedida para que saque buenas notas o destaque en alguna actividad.	4-17
5	Le inculcan odio o prejuicios religiosos, étnicos, culturales o de otro tipo.	3-17
6	El culpabilizan de los problemas familiares (no hace lo suficiente por ellos, se presentan como mártires).	1-17
7	Lo utilizan en el conflicto conyugal / de pareja.	0-17
8	Inducen al niño o niña al consumo de tóxicos (cannabis, alcohol ...)	3-17
9	Le toleran absolutamente todos los comportamientos sin ponerle ningún límite.	0-17
10	Utilizan pautas educativas incoherentes.	0-17

#### **D11. Los progenitores han desatendido gravemente y/o han agredido al niño o niña antes de nacer**

1	La madre presenta abuso de alcohol u otras drogas durante el embarazo.	<0-3
---	--	------

2	La madre realiza un inadecuado control médico del embarazo que puede suponer un riesgo para el feto.	<0-3
3	Se da violencia contra la madre y el feto.	<0-3
4	La madre realiza conductas de riesgo para el feto (vive en la calle, no acepta ayuda).	<0-3
5	La madre hace intentos de perder el niño o niña o lo rechaza durante la gestación.	<0-3
<b>D14. El niño o niña está viviendo en un entorno familiar violento</b>		
1	Se dan relaciones violentas entre la pareja.	0-17
2	Se da violencia física/psíquica manifiesta contra otros miembros de la familia.	0-17
3	Hay agresiones mutuas entre progenitores e hijos.	3-17
4	Se dan múltiples o cruzadas denuncias entre los miembros de la familia	0-17
5	Uno de los progenitores ha matado al otro	0-17
<b>D7. Los progenitores o guardadores aterrorizan o intimidan al niño o niña</b>		
1	Lo aterrorizan (lo amenazan con mutilar-lo, matarlo, venderlo, rompen sus cosas).	0-17
2	Utilizan sistemáticamente el miedo como forma de disciplina	0-17
3	Muestran violencia manifiesta contra las personas delante del niño o niña.	0-17
4	Han hecho intentos o han consumado un suicidio u homicidio ante el niño o niña.	0-17
5	Lo amenazan en hacerle daño, dicen que no responden de sus actos.	0-17
6	Utilizan un trato colérico y explosivo con el niño o niña.	0-17
7	Muestran violencia manifiesta contra animales o cosas delante el niño o niña	0-17
<b>D8. Los progenitores o guardadores pueden estar explotando o corrompiendo al niño o niña</b>		
1	Hay indicios de que podrían estar forzando o consintiendo una situación de explotación laboral.	4-17
2	Fuerzan o consienten una situación de explotación laboral.	0-17
3	Hay indicios de que podrían estar forzando al niño o niña en actividades sexuales.	0-17
4	Lo utilizan en actividades sexuales (prostitución, pornografía, etc.).	0-17
5	Lo utilizan para la mendicidad.	0-17
6	Lo utilizan en actividades disociales o delictivas (vandalismo, robos ...)	0-17

7	Hacen actos sexuales ante la presencia del niño o niña.	0-17
8	Le suministran sustancias tóxicas (alcohol, cannabis, taba, etc).	0-6

### **D12. Situaciones que hacen que el niño o niña se encuentra gravemente desprotegido**

1	Han detenido a los progenitores o guardadores y no hay nadie que pueda hacerse cargo.	0-17
2	Se le ha encontrado solo por la calle o en un domicilio y no se localiza nadie de la familia.	0-16
4	No lo han recogido del colegio y la policía no localiza a nadie que pueda hacerse cargo.	0-12
5	No lo han recogido del colegio y no se localiza a nadie que pueda hacerse cargo.	0-16
6	Hay un ingreso hospitalario de los progenitores y no hay nadie que pueda hacerse cargo.	0-17
7	Desatienden la alimentación que, por edad o condiciones especiales, le supone un riesgo de muerte.	0-17
8	Ha sido abandonado intencionadamente.	0-17
9	No siguen los tratamientos por enfermedades graves con alto riesgo para su vida.	0
10	La madre y / o el padre quiere dar el niño en adopción.	0-17
11	Menores sin referentes familiares en el territorio.	0-17
12	Amenazan con matar al niño o niña.	0-17
13	Manifiestan un miedo angustioso a agredirle.	0-17

### **D13. Los progenitores/guardadores pueden estar maltratando físicamente al niño o niña o abusando de él sexualmente**

1	Pueden ser los causantes de las lesiones físicas que presenta.	0-17
2	Pueden estar abusando sexualmente de el niño o niña.	0-17
3	Pueden haber favorecido una mutilación genital femenina o están en riesgo de hacerlo.	0-17

## **E. Contexto social, familiar y personal del niño/a**

### **E7. Los progenitores o guardadores tienen una historia personal de desprotección**

1	Hay una historia personal de maltrato físico o de abuso sexual en los progenitores	0-17
2	Hay una historia personal de negligencia en los progenitores	0-17
3	De pequeños estuvieron institucionalizados en el sistema de protección	0-17

<b>E8. Situación familiar de especial consideración</b>		
1	Alguno de los progenitores está en prisión.	0-17
2	Ambos progenitores están en prisión.	0-17
3	Los ingresos económicos familiares provienen de actividades presuntamente delictivas o no legales.	0-17
4	Algunos de los progenitores ejerce la prostitución.	0-17
<b>E9. El núcleo familiar tiene dificultades sociales, económicas y/o de organización</b>		
1	No tiene apoyo social y/o familiar.	0-17
2	Tiene insuficiencia de ingresos económicos para garantizar el cuidado básico del niño o niña.	0-17
3	Los progenitores son adolescentes con graves dificultades económicas o falta de apoyo.	0-17
4	Es un núcleo monoparental con graves dificultades económicas o con falta de apoyo.	0-17
5	Hay graves deficiencias en las habilidades de organización y economía doméstica.	0-17
6	Es un núcleo en situación de inmigración con graves dificultades económicas o legales o falta de apoyo.	0-17
7	Se dan cambios constantes de domicilio.	0-17
8	Hay cambios frecuentes de pareja y / o de los referentes adultos del niño o niña (cambios de cuidadores).	0-17
<b>E10. El núcleo familiar vive en un contexto social de especial consideración</b>		
1	Viven en una situación de aislamiento en zona rural .	0-17
2	Viven en un campamento provisional de caravanas.	0-17
3	Habitan en una zona con concentración de población en situación de dificultad social.	0-17
4	El contexto familiar, cultural o religioso es poco favorecedor de los derechos del niño o de la mujer.	0-17
<b>E11. Los guardadores o progenitores presentan un aspecto físico muy desfavorable</b>		
1	Su higiene corporal es muy deficiente.	0-17
2	Presentan a menudo lesiones físicas.	0-17
3	Presentan un estado muy somnoliento.	0-17
<b>E12. Las condiciones personales del niño o niña le pueden hacer más vulnerable</b>		
1	Padece una enfermedad crónica.	0-17

2	Tiene alguna discapacidad física, intelectual o sensorial.	0-17
3	Presenta algún trastorno mental.	0-17
4	Período postnatal difícil (irritabilidad / dificultad para calmarlo /largas hospitalizaciones).	0-17
<b>E1. Los guardadores o progenitores pueden tener una adicción al alcohol u otras drogas</b>		
1	Presentan síntomas compatibles con un abuso de alcohol.	0-17
2	Presentan síntomas compatibles con un abuso de otras drogas (que no sean el alcohol).	0-17
3	Presentan síntomas compatibles con consumo de otras sustancias estupefacientes diferentes del alcohol.	0-17
4	<b>Se observa la existencia de sustancias estupefacientes o tóxicas al alcance de los niños.</b>	0-17
<b>E2. Los guardadores o progenitores pueden estar sufriendo algún trastorno mental</b>		
1	Presentan síntomas compatibles con algún trastorno mental.	0-17
<b>E3. Los guardadores presentan una discapacidad intelectual</b>		
1	Presentan dificultades compatibles con alguna discapacidad intelectual.	0-17
<b>E4. Los guardadores presentan una enfermedad física</b>		
1	Los progenitores sufren alguna enfermedad física grave.	0-17
<b>E5. La vivienda no presenta unas condiciones mínimas de habitabilidad e higiene para el niño o niña</b>		
1	Las condiciones de la vivienda son insalubres o peligrosas.	0-17
2	La vivienda se encuentra en condiciones precarias de mantenimiento, equipamiento y orden.	0-17
3	Hay hacinamiento (conviven muchas personas en una misma casa).	0-17
4	Han sido desahuciados o no tienen domicilio.	0-17
<b>E6. Antecedentes de violencia o de abuso sexual en la historia familiar</b>		
1	Alguno de los progenitores ha fallecido por causas violentas (asesinato, suicidio ...).	0-17
2	Uno de los progenitores agredió al otro.	0-17
3	Algún hermano ha sufrido malos tratos físicos y / o abuso sexual.	0-17
4	Uno de los progenitores tiene antecedentes de haber maltratado física o sexualmente a terceras personas.	0-17

Es un listado pensado, inicialmente, para ayudar en la toma de decisiones sobre un caso que acaba de entrar al servicio o un incidente nuevo sobre un caso

conocido, pero también puede ayudar en aquellas situaciones que hace tiempo que se conocen, en los que la duración de la intervención requiere una nueva toma de decisión.

En la tercera pantalla, una vez seleccionadas las observaciones pertinentes al caso, se rellenan los siguientes parámetros que ponderan las observaciones seleccionadas:

- Apreciación de la gravedad, por parte del profesional, relativa a cada conjunto de observaciones seleccionado para el caso: leve, moderada o grave.

The screenshot shows a web application interface for assessing the severity of observations. The main heading is 'Apreciació de la gravetat'. Below it, there are several sections of observations, each with a 'Gravetat' dropdown menu and a 'Treu la gravetat' button. The observations are as follows:

- A01. La higiene de l'infant és deficient.**
  - A01.01. Porta la roba bruta
  - A01.03. Porta roba i/o calçat inadequat
- A04. Manifestacions de dolències físiques per part de l'infant.**
  - A04.03. Presenta ferides, cops, etc., que semblen produïdes accidentalment
  - A04.01. Es queixa sovint de dolor (mal de panxa, mal de cap...)
- B06. Altres manifestacions d'alteració de l'estat d'ànim.**
  - B06.02. Es mostra passiu/a i retro's i/o s'alla
- B09. L'infant està adoptant rols que no li corresponen per edat.**
  - B09.02. Adopta un rol cuidador respecte als progenitors o guardadors (versió de noi)
- C03. L'infant presenta dificultats destacables en els aprenentatges escolars.**
  - C03.02. Presenta poca constància en les activitats escolars i deca de fer els deures amb freqüència
- D02. El regim i control de la salut de l'infant no sembla l'adequat.**
  - D02.02. No absten les malalties o danys físics de l'infant
- D05. Els progenitors o guardadors es despreocupen de les activitats escolars i d'oci de l'infant.**
  - D05.01. S'obiden de recollir l'infant a l'escola o al·l'venen a recollir a el porten molt tard
  - D05.03. No es preocupen pels continguts de les activitats que fa l'infant (violència, pornografia...)
  - D05.06. No assisteixen a les reunions ni entrevistes amb l'escola quan se'ls cita
- E01. Els progenitors o guardadors poden tenir una addicció a l'alcohol o altres drogues.**
  - E01.01. Presenten símptomes compatibles amb un abús d'alcohol

At the bottom of the screen, there are buttons for 'Anterior' and 'Següent', and a footer indicating 'Generalitat de Catalunya - 2019'.

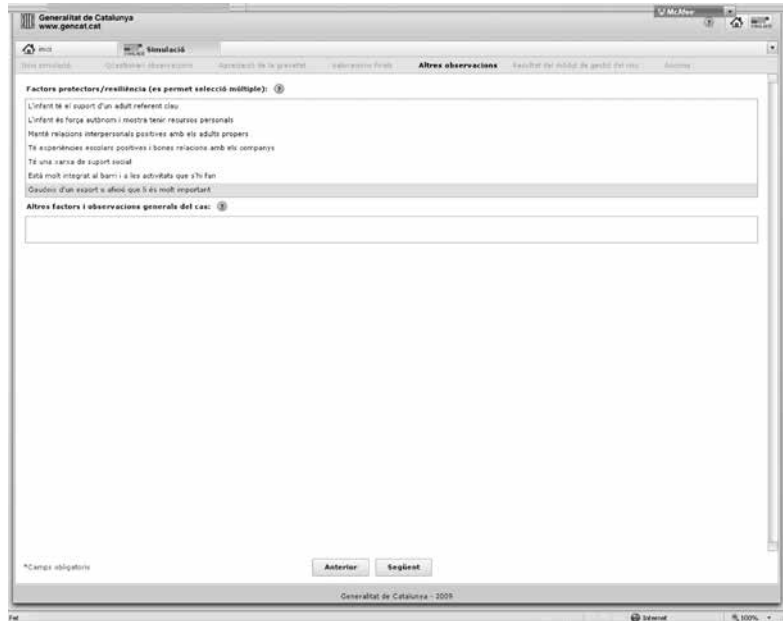
- Información sobre si se ha observado personalmente o ha sido referido por otras personas.
- Grado de preocupación o conciencia, mostrado por la familia, del perjuicio que sufre el niño.
- Explicaciones proporcionadas por la familia sobre la situación sucedida.
- Colaboración de la familia con el servicio para mejorar la situación del niño o niña.
- Acciones protectoras realizadas por la familia.
- Probable perpetrador del maltrato.
- Acceso al niño o niña por parte del responsable de las lesiones.

En la cuarta pantalla, se muestra una lista inicial de factores de resiliencia y se abre un espacio para añadir, de manera opcional, los comentarios que se crea oportunos.

Las dos siguientes pantallas, quinta y sexta, son de resultado, es la parte de feed-back del programa hacia el profesional que ha rellenado las observaciones y ponderaciones del caso. El programa ofrece 4 tipos de resultados:

1. Valoración del riesgo en el que se puede encontrar el niño o niña: leve, moderado o grave
2. Tipología de maltrato (según se contempla en la legislación catalana):
  - a) maltrato físico,
  - b) negligencia o abandono,
  - c) maltrato psicológico o emocional,
  - d) abuso sexual,
  - e) maltrato prenatal,
  - f) sumisión químico - farmacéutica,
  - g) explotación laboral,
  - h) explotación sexual, y
  - i) mutilación genital femenina.

Asimismo se contemplan las situaciones de incapacidad de contener la conducta del niño que, si bien no se considera propiamente como una tipología de maltrato, es cada vez más frecuente encontrarse con este tipo de situaciones que demandan de una actuación por parte de los servicios de protección, especialmente con adolescentes.



3. Possibilitat de recidiva o repetició de la situació que ha sufrido el niño o la niña
4. Propuesta de intervenció:
  - a) Se debe seguir o iniciar un trabajo desde su propio servicio (escolar, de salud,...).
  - b) Se debe coordinar el caso con los servicios sociales básicos (SSB). Estos podrán, a su vez y dependiendo de la gravedad del caso, derivarlo al equipo especializado de protección a la infancia
  - c) Se debe notificar el caso directamente a los servicios de protección con el fin de proteger al niño lo antes posible.

Para que el programa pueda dar estas respuestas se ha elaborado un sofisticado sistema de algoritmos que tienen en cuenta las siguientes condiciones:

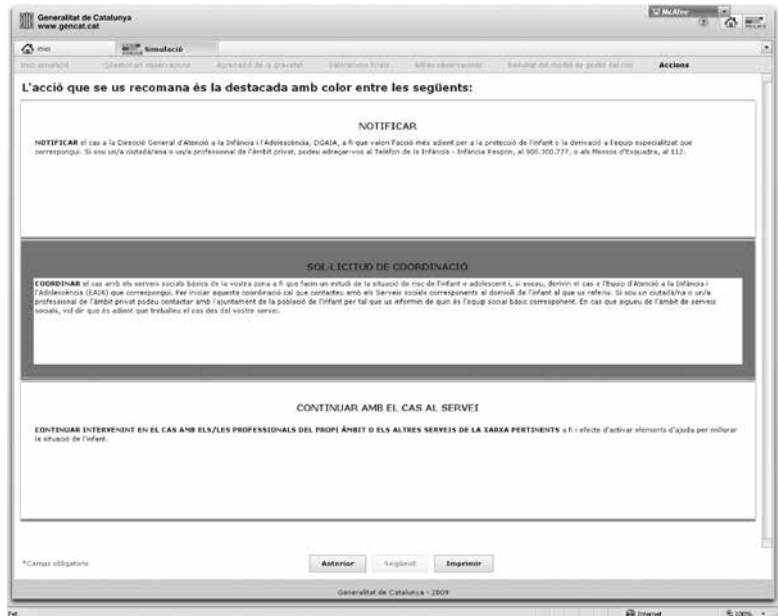
- Los conjuntos de observaciones tienen asignado, de partida, un nivel de gravedad (leve, moderada, grave). Se matiza esta asignación inicial con las ponderaciones de gravedad realizadas por el usuario.
- Algunas observaciones están asociadas a un tipo de maltrato en caso de que sean específicas de alguno de ellos, y otras son inespecíficas y no están asociadas a ninguna tipología en concreto.
- Para que el programa de una respuesta se debe indicar alguna observación relativa al niño o niña (bloques A o B o C), y alguna observación sobre la relación que mantienen los progenitores o guardadores respecto al niño o niña (bloque D o los tres primeros del E). Si no, cabría la posibilidad de tomar medidas de protección hacia un niño maltratado físicamente, atendido en





un hospital, sin que los progenitores tuvieran ninguna responsabilidad en ese maltrato. O por el contrario, podríamos observar un trastorno en alguno de los progenitores que no estuviera afectando al niño. Entendemos que hay una relación de interdependencia entre los bloques, que establece la relación causal.

- Las valoraciones que efectúa el profesional sobre la apreciación de la gravedad y la actitud de la familia ante el suceso y con el servicio, ponderan el nivel inicial de riesgo y nos alertan sobre la posibilidad de repetición.
- Con los resultados obtenidos, el programa realiza una estimación del posible riesgo detectado y aconseja al informante hacia dónde deberá dirigir su comunicación para que el niño/a reciba la atención que requiere.



- Se comprueban las posibles coincidencias entre los datos que se introducen sobre el niño o sus progenitores con anteriores notificaciones a fin de alertar sobre acumulación de incidentes o proporcionar más información para mejorar el diagnóstico (sólo en la fase 2, ya que para ello se requieren datos identificativos)

### 3.3.2. Fase 2: implementació completa del programa

Esta fase contiene el MSGR más los datos identificativos del niño o niña, su familia y de la persona que utiliza el programa. Se trataría propiamente del RUMI.

Anteriormente en este texto se ha hablado de un RUMI que diera respuesta a la necesidad de disposición de datos estadísticos en relación al fenómeno de los malos tratos; y de cómo se diseñó un programa que no sólo configurase un registro sino que, además, incluyera toda una serie de prestaciones para los usuarios que facilitasen su labor de detección i notificación de casos de maltrato a la vez que garantizarasen el éxito del registro. Como ya se ha dicho, este proyecto se fue perfilando hasta convertirse en el ya comentado Módulo de Apoyo a la Gestión del Riesgo. Este MSGR tiene dos vertientes: la pública o simulador, que se ha explicado hasta ahora, i la privada, es decir, de acceso profesional para la comunicación efectiva, a través del propio sistema informático de cada ámbito profesional, de las situaciones de riesgo o de maltrato.

Esta fase, como decíamos, es de acceso restringido a los profesionales de los servicios públicos vinculados a la atención a la infancia, bien a través de la

página web del RUMI (en el que se halla, en la parte pública, el MSGR), bien mediante los aplicativos informáticos propios de cada colectivo profesional a través de conexiones web service. Manteniendo el espíritu que impregna la filosofía del proyecto, se acordó con los diferentes Departamentos de la Generalitat implicados que, para aquellos colectivos que dispusieran de un sistema de información informático compartido, se establecerían unos canales de comunicación de forma que los usuarios no tuviesen que cambiar de aplicativo para informar casos al registro sino que pudieran hacerlo directamente a través de sus propias interfaces de trabajo. Para ello se mantuvieron una serie de contactos con los diferentes responsables técnicos y tecnológicos tras los cuales se pudieron establecer las condiciones de interoperabilidad y los acuerdos en cuanto a la información que se iba a compartir.

Con estos datos técnicos disponibles, el equipo de proyecto informático dejó construido el sistema de conexión del MSGR con los diferentes sistemas informáticos previstos (Interior y Salud), así como una conexión estándar vía web que permitiera posteriores conexiones todavía no concretadas. Para aquellos colectivos (entiéndase escuelas, servicios sociales, etc.) que no dispusieran de un sistema informático propio y compartido, se construyó un sistema de entrada, vía web, mediante certificación digital.

En cualquiera de los casos, el usuario que entra en el sistema identificado como profesional autorizado utiliza el mismo funcionamiento que en el caso de una simulación. El sistema, mediante el MSGR, ofrece al usuario, como ya se ha explicado, una valoración del riesgo de la situación y una propuesta de actuación. La diferencia entre el acceso público y el privado estriba en que, a partir de esta valoración, el usuario puede decidir ejecutar la acción utilizando el propio sistema. En este caso, el sistema solicita al usuario los datos identificativos del niño o la niña y los de sus progenitores o guardadores y vuelve a pedirle al usuario que ratifique la acción a llevar a cabo. Antes de ejecutar la notificación, el usuario tiene la opción de “guardar el registro” y disponer de más tiempo, hasta un máximo de tres días, para completar la información o contrastar el caso (pasado este tiempo se eliminaría el registro). Si el usuario acepta las indicaciones del sistema, y decide ejecutar la acción recomendada, inmediatamente ocurren dos cosas:

- Por un lado, **el caso queda registrado en el sistema: ¿Qué implica que el caso quede registrado?**

1.- El caso pasa a formar parte del Registro Unificado de Maltrato Infantil, almacenándose toda la información a efectos técnicos, de prevención i protección, y a efectos estadísticos. Para esta función estadística, se podrán listar los casos en formato exportable, sin datos de identificación, con el fin de reportar esta información, por ejemplo al RUMI estatal. Los Departamentos implicados en el Registro (Salud, Educación, Interior y Servicios Sociales) podrán disponer de toda la información relativa a los registros generados desde sus diferentes servicios, sin datos identificativos, para sus propios fines estadísticos.

2.- El sistema inicia una búsqueda interna de antecedentes del caso en el propio RUMI: busca si el niño o la niña en cuestión ha sido registrado con anterioridad, con el fin de conocer si ha habido antecedentes de maltrato. También

busca si los progenitores o guardadores tienen registrado su nombre asociado a otros niños, con el fin de detectar adultos reincidentes. En caso de hallarse antecedentes del caso, el sistema avisa al usuario de este hecho. Un elemento importante a destacar de esta búsqueda es que el sistema distingue entre coincidencias seguras (aquellas que se establecen a partir de la coincidencia de un documento identificativo como el NIF o el número de la tarjeta sanitaria) y coincidencias probables (establecidas a partir de la coincidencia de diversa variables: nombres y apellidos, sexo y edad o fecha de nacimiento), coincidencias estas últimas que la unidad de protección pertinente deberá investigar con el fin de confirmar o no su veracidad. De esta manera se garantiza la búsqueda de antecedentes a partir de la posibilidad de que diferentes informantes hayan utilizado variaciones en los nombres o en los apellidos.

3.- El sistema activa su conexión vía web service con el Sistema de Información de la infancia i la adolescencia (Sini@) con el fin de buscar conexiones del caso con expedientes abiertos o cerrados en este sistema (bien del niño/a, bien de los adultos relacionados).

4.- Los cuerpos de seguridad (mossos de esquadra) pueden realizar una consulta directa sobre el sistema, sin necesidad de registrar un caso, sobre la existencia de antecedentes en relación a un niño/a o en relación a una persona adulta sobre la cual puedan pesar sospechas de maltrato o abuso a menores, en el curso de una investigación. Esta funcionalidad de búsqueda está habilitada también para el administrador del sistema: la Dirección General de Atenció a la Infància (DGAIA).

• Por otro lado **el sistema pone en gestión el caso: ¿Qué implica que el sistema ponga el caso en gestión?:**

1. Se inicia una coordinación telemática con el servicio oportuno según la valoración hecha. Esto permite activar de forma rápida los protocolos de actuación establecidos para las situaciones de maltrato infantil y mantener a los usuarios de la red interconectados.
2. Si se trata de un caso que requiere coordinación con los servicios sociales, envía un aviso vía e-mail al equipo técnico correspondiente.
3. Se generan avisos o alertas a los servicios de protección para que tomen las medidas más adecuadas en interés del niño o niña mediante envío de e-mails al buzón de correo compartido por la unidad que corresponda:
  - Cuando se produce la entrada en el sistema de un caso grave en el cual es necesario valorar la necesidad de protección del niño/a.
  - Cuando se informa de un caso leve o moderado, pero respecto del cual se han hallado antecedentes, bien en el propio RUMI, bien en Sini@, que podrían provocar una variación en la consideración del caso y propiciar una intervención proactiva. Este sistema permite que servicios de diferente índole puedan conocer de los antecedentes de un caso de forma inmediata, en tiempo real, de manera que se puede actuar con mayor celeridad y conocimiento.

4. El servicio de protección que recibe el caso informa sobre las primeras acciones realizadas con el fin de que el usuario informante conozca lo que ha sucedido con el caso a partir de su notificación. Este es un punto muy importante pues, suele ocurrir, que los servicios ajenos a los servicios de protección, cuando realizan la notificación de un caso de maltrato no saben después con que profesional o unidad de servicio deben ponerse en contacto para realizar un seguimiento del mismo, creando esto una sensación de desorientación en el informante. Para evitar esta disfunción del circuito, el sistema ha implementado un espacio donde el informante podrá consultar todos los casos que haya notificado y saber en qué punto se encuentra la gestión del mismo. A este nivel hay que describir tres tipos de gestión:

- **Gestión de los servicios sociales:** esta viene precedida por la solicitud de coordinación que ejecuta el informante ante un caso leve o moderado. Los Servicios sociales dispondrán de una tabla de recepción de solicitudes de coordinación con información sobre el servicio del que proviene la solicitud, la edad del niño/a y su dirección; cada usuario de gestión de servicios sociales tendrá acceso a los avisos referidos a su área territorial de intervención. Desde cada uno de los avisos se podrá acceder a toda la información del registro, para su gestión.

El profesional de servicios sociales que atiende el caso deberá realizar una “aceptación” de la solicitud de intervención con lo cual el informante conocerá del estado al que pasa el caso y el profesional con el que debe contactar para su coordinación. La aceptación del caso puede implicar una “redirección” a otro servicio social por cambio de domicilio, una derivación a un equipo especializado, una derivación a los servicios de protección (DGAlA) o una intervención des del propio servicio social.

El servicio social receptor de la solicitud también puede no aceptar la gestión si: considera que no hay una situación de riesgo, en caso de defunción del niño/a, o por cambio de país o de Comunidad Autónoma.

En caso de que la solicitud de coordinación lleve asociadas coincidencias con otros registros, el servicio social receptor podrá acceder a la información de los registros coincidentes y al estado de las gestiones que el servicio de protección pertinente está realizando en relación a estos antecedentes.

- **Gestión de los servicios de protección:** Los servicios de protección encargados de la gestión del RUMI dispondrán en el sistema de dos tablas de recepción de avisos: una para las notificaciones de casos graves que requieren su gestión directa e inmediata y otra para los avisos de casos que se gestionan desde servicios sociales y en los cuales se han detectado antecedentes. Cada aviso dispone de un resumen de los datos principales del caso (de qué servicio proviene la notificación, edad del niño/a, tipo de maltrato, estado del aviso (pendiente, atendido o gestionado) y, en el caso de “atendido”, el profesional que se está haciendo cargo de las gestiones. Desde cada uno de estos avisos se podrá acceder directamente al registro con toda la información del caso para su gestión.

### **Cuando los servicios de protección reciben un aviso de antecedentes.**

Dado que se trata de un caso leve o moderado y la gestión corresponde a los servicios sociales, la actuación del servicio de protección consistirá en confirmar los antecedentes hallados y determinar si de su existencia y contenido se deriva hacer una valoración de mayor gravedad del caso; si es así, el servicio de protección informa al equipo de servicios sociales, que hasta el momento gestionaba el caso, que asume su gestión y, por tanto, dada la gravedad le releva de su intervención.

Si no se confirman los antecedentes, o si de su contenido no se deriva ninguna variación en la valoración de la gravedad, el servicio de protección informa al equipo de servicios sociales de que puede proceder con el estudio o seguimiento del caso y, cuando sea necesario, establece la prioridad del mismo.

### **Cuando el servicio de protección recibe directamente la notificación de un caso grave de maltrato, o de riesgo de producirse,**

deberá informar en el sistema informático si procede a la adopción de medidas cautelares para la protección inmediata del niño/a o si bien procede a derivar el caso a un equipo especializado, indicando a cuál. En tanto que el caso sigue en manos del servicio de protección, el profesional que ha realizado la notificación, a través del acceso de que dispone a la base de datos de los registros realizados desde su servicio podrá conocer las medidas tomadas o el equipo especializado al que se ha derivado el caso.

El responsable del servicio de protección encargado de gestionar el RUMI tendrá la facultad de disponer la baja de un caso del registro cuando se haya demostrado fehacientemente que se trataba de un falso positivo.

**- Gestión del propio usuario informante:** Como se ha explicado con anterioridad, el usuario informante puede dejar el registro en suspenso, antes de hacerlo efectivo, y dispone de hasta tres días para retomarlo y notificarlo. Pasado este período el caso se elimina del sistema. Una vez notificado el caso, puede acceder al mismo para conocer su estado y el profesional o equipo encargado de su resolución.

En caso de que el usuario, llegado al punto en el que debe confirmar la acción propuesta por el sistema informático, decidiera actuar de forma distinta a como éste le propone, sólo tendría que justificar brevemente el porqué, a través de un cuestionario con preguntas cerradas y abiertas, con el fin de que el servicio receptor del caso conozca los datos que quizás el sistema no ha podido recoger y que hacen variar la valoración del caso. En este punto, el informante también podrá sugerir nuevas observaciones que considera que son relevantes en el caso que intenta notificar y que no ha encontrado en el listado. Este pequeño informe pretende recopilar información sobre posibles mejoras a incorporar en el sistema. Se le pedirá también al informante que realice una llamada a la unidad encargada de la administración del RUMI (MSGR) para contrastar el caso; la unidad dispondrá de un sistema de generación de códigos de llamada que establecerán la relación entre el caso registrado y la información facilitada telefónicamente y servirán, cuando sea necesario, como password para finalizar la acción deseada por el informante.

---

### 3.4. Implicaciones del RUMI (MSGR)

#### 3.4.1. Implicaciones para la práctica profesional

La utilización del MSGR, y del RUMI que lleva integrado, tiene implicaciones directas sobre la práctica profesional de todos los agentes que se hallan a diario en contacto con niños y cuyo objeto de trabajo es procurar su bienestar integral:

- Crea un sistema útil, elaborado conjuntamente con las partes implicadas, y con un soporte tecnológico, integrado y compartido.
- Evita omisiones de intervención, especialmente ante situaciones graves.
- Fomenta la detección precoz del maltrato infantil.
- Facilita la prevención de las situaciones de riesgo social de niños y adolescentes.
- Potencia el trabajo en red y la implicación de los diferentes servicios.
- Establece un lenguaje común y compartido y una valoración consensuada del riesgo.
- Visualiza la responsabilidad y la cooperación de la comunidad y las instituciones respecto al maltrato infantil.
- Permite disponer de un sistema de asesoría y acompañamiento para los profesionales

Además, se convierte en una herramienta pedagógica muy útil para la formación de nuevos profesionales de los diferentes ámbitos implicados.

También permite:

- Disponer de un sistema de registro único.
- Optar por un sistema de base de datos integrado
- El conocimiento on-line, es decir, en tiempo real, de las situaciones detectadas por distintos servicios, con lo cual se puede actuar de forma proactiva ante un caso que registra antecedentes.
- Agilizar la comunicación y la coordinación entre servicios
- El seguimiento de los casos que cada profesional ha comunicado a los demás agentes de la red.
- Realizar una intervención ajustada a criterios compartidos.
- Facilitar un procedimiento para la aportación de informaciones que permite organizarlas de manera homogénea y consensuada lo que agiliza la toma de decisiones a los equipos interdisciplinarios competentes por razón de la materia.

### **3.4.2. Implicaciones para las políticas públicas**

La utilización del MSGR a modo de simulador ayuda a los profesionales a mejorar la derivación del caso al servicio oportuno con lo que supone economía de tiempo y un uso eficiente de los recursos disponibles (se evitan periplos de derivaciones innecesarias que sobrecargan a los servicios que las reciben y que retrasan una adecuada intervención en los casos). Esto tiene un efecto directo en la práctica profesional, pero también en el uso y gestión de los servicios públicos; y como es obvio, y más relevante, sobre el bienestar de los niños, niñas y adolescentes implicados.

Por otro lado, para que el sistema pueda tener una incidencia directa en las políticas públicas es necesario implementar la función de RUMI. En este caso, la información asociada sobre el territorio en el que se producen determinadas situaciones, permite tener un conocimiento de qué factores de riesgo, tanto en el entorno como en los progenitores o en el propio niño, están teniendo más presencia. Ello conlleva la posibilidad de poner en marcha programas de prevención y tratamiento ajustados a las zonas y necesidades detectadas.

La construcción de este sistema prevé la posibilidad de analizar, inferir tendencias y realizar prospección de necesidades acerca del fenómeno, a fin de planificar el gasto público en base a la realidad detectada. Se trata, en cualquier caso, de tomar decisiones basadas en el conocimiento y la evidencia, para una gestión más eficiente de los recursos públicos.

### **3.4.3. Implicaciones para la investigación**

Por otro lado, la explotación estadística del RUMI (MSGR) permite ahondar en la investigación del fenómeno del maltrato infantil y recabar información relevante y de primera mano de los profesionales.

De esta manera se pueden explotar las relaciones entre indicadores y tipologías de maltrato con el fin de ver hasta qué punto ratifican los conocimientos de los que disponemos hasta la fecha o, si por el contrario, surgen asociaciones no previstas o se desmienten otras ya asumidas.

El hecho de que los casos van vinculados a un usuario que los comunica, el cual se identifica como profesional de un determinado ámbito y territorio, permitirá profundizar en el conocimiento de las distintas perspectivas profesionales, de sus peculiaridades y de los aspectos cambiantes que se puedan ir produciendo con el tiempo. Además de su representación y prevalencia territorial.

Así mismo, y puesto que el sistema está dotado de la posibilidad de recoger las observaciones sugeridas por los usuarios, se podrán detectar nuevos indicadores surgidos de la práctica profesional y vinculados a los nuevos fenómenos sociales emergentes que puede que incidan en las situaciones de riesgo para los niños y los adolescentes.

En definitiva, el conocimiento empírico destinado a mejorar la práctica profesional y las políticas públicas.



## El proceso de validación del Módulo de Apoyo a la Gestión del Riesgo (MSGR)

### 4.1 Marco del proceso de validación

El Módulo de Apoyo a la Gestión del Riesgo (MSGR) está concebido como una herramienta colaborativa y que supone altos grados de participación y de ‘compromiso’ [‘engagement’ en inglés] de los diferentes usuarios del sistema (como ya se ha comentado en diferentes ocasiones: profesionales de la Educación, Sanidad, Policía Autonómica y Servicios Sociales Básicos, así como los Servicios Sociales Especializados en la protección de la infancia). Sólo una cultura de la gestión compartida de los riesgos puede poner en marcha y conseguir que el MSGR llegue a ser una herramienta útil y beneficiosa. Como ya se ha explicado, esta participación está concebida, a diferentes niveles, en todas las fases de la recogida analítica de datos del Proceso de Gestión de las situaciones de Riesgo para la Infancia y a la Adolescencia (Figura 2). También ha sido un elemento clave en la validación inicial.

El proceso de validación del Módulo de Apoyo a la Gestión del Riesgo (MSGR), del cual describiremos en los siguientes apartados los elementos más relevantes, se planificó como un proceso de validación de todo el sistema para comprobar la fiabilidad de su funcionamiento y su adecuación a la compleja y cambiante realidad social que afrontan los profesionales que atienden a la infancia en Cataluña.

El proceso de validación ha contemplado cuatro vertientes:

- a) La vertiente **tecnológica**. Esta vertiente se centra en la evaluación del correcto funcionamiento del programa informático en un entorno de pruebas, a partir de una comprobación sistemática de los requerimientos recogidos en el análisis funcional. Ésta validación fue diseñada y llevada a cabo por la empresa informática que desarrolló el proyecto a nivel tecnológico y contó con la colaboración de miembros de la administración pública y de la Universidad de Girona, que efectuaron las pruebas y trasladaron los errores encontrados de la interfaz para que fueran resueltos.

Esta validación se desarrolló a lo largo del primer trimestre de 2009.

- b) La vertiente de **usabilidad**, ligada con la anterior pero que más allá de fijarse en si funcionan correctamente los componentes físicos y lógicos del sistema informático. Se centra en evaluar la facilidad de uso y de aprendizaje de su uso, teniendo en cuenta la eficacia, la eficiencia y la satisfacción de los usuarios.

Esta vertiente necesita, inevitablemente, de un proceso participativo que comentamos junto a la siguiente vertiente.

- c) La vertiente de **contenidos**, que evalúa la coherencia de los contenidos. En primer lugar, en cuanto a la comprensión del lenguaje utilizado. En segundo lugar en relación a la adecuación de las observaciones a las diferentes realidades sociales de los niños/as y adolescentes del territorio catalán, relacionadas con las situaciones y casuísticas ‘reales’ con que se encuentran los profesionales. Así mismo esta vertiente analiza la correcta orientación del sistema a profesionales en contacto con los niños/as para que sus observaciones puedan estar estructuradas de manera que permitan tomar decisiones sobre los procesos a seguir, tanto ellos mismos, como los equipos profesionales especializados competentes en cada caso, fundamentadas en el máximo rigor científico posible.

La validación de la usabilidad y de los contenidos son las vertientes que centraron los siguientes apartados. Se inició en abril de 2009, cuando finaliza la validación tecnológica, y concluye en noviembre de 2010, cuando se celebra una sesión pública de devolutiva.

- d) La última vertiente, relacionada con la práctica profesional y el entorno social, o validación ecológica, es la validación de la herramienta en su uso real. También se puede concebir como validación continuada respecto a las anteriores vertientes que son validaciones previas a su puesta en marcha. Esta vertiente supone tanto la percepción de recurso útil, de ayuda en los procedimientos de actuación en los que concurren con incertidumbre y duda, como la evaluación de su eficacia y eficiencia en la gestión de las situaciones de riesgo reales. Tanto en un sentido como en otro, si el MSGR llega a ser también una herramienta formativa, y si este uso continuado permite una continua actualización y mejora (a partir de esta misma experiencia profesional y del avance del conocimiento científico en este campo), podremos decir que se habrán cumplido los objetivos últimos para los que se proyectó el sistema.

El MSGR se puso en funcionamiento el 21 junio de 2011 en la versión ‘simulador’ (queda por activar, como ya se ha mencionado con anterioridad, la ampliación a las funciones de notificación y de coordinación de casos de riesgo vinculadas al Registro Unificado de Malos tratos Infantiles (RUMI)).

---

#### **4.2. Metodología para la validación de la usabilidad y del contenido del MSGR**

El proceso de validación del MSGR inicial, es decir, el que se centró en las vertientes de la usabilidad y del contenido previas a la puesta en marcha, se hizo en dos fases: en la primera fase se llevó a cabo una validación interna a través de una comisión o grupo de expertos que diseñaron una primera versión del MSGR que fue testada; y en la segunda fase, la que llamamos de validación externa, con los profesionales.

El proceso de validación interna supuso un largo camino de revisión, selección i poda de las observaciones más relevantes relacionadas con el maltrato infantil o su riesgo. También supuso una estructuración de esta información en bloques y conjuntos de observaciones y una selección por ámbitos de actuación y por edad.

Por último, supuso también una selección de estas observaciones según la tipología de maltrato y una cualificación del nivel de riesgo de los Conjuntos de Observaciones asociadas a los colores de los semáforos (ver apartado 3. El resultado de este proceso fue una primera versión del Módulo de Apoyo a la Gestión del Riesgo (MSGR) que fue la que los usuarios externos validaron.

Para la validación de esta primera versión del MSGR se planificaron una serie de sesiones de presentación del mismo, todavía no operativo, en las que se pidió la participación de los profesionales para la validación externa.

Para dar a conocer este proceso participativo se llevaron a cabo entre diciembre de 2009 y mayo de 2010, presentaciones públicas en las diferentes capitales provinciales y municipios relevantes del territorio catalán. Fueron un total de 13 sesiones a las cuales asistieron 838 profesionales de los diferentes ámbitos, lo que podemos considerar un gran éxito de asistencia que demuestra el interés de los profesionales por este tema.

Del total de asistentes, más de la mitad (427 profesionales) se inscribieron voluntariamente en la lista para participar en las pruebas de validación. Aunque se informó a los asistentes a los actos de que la participación era voluntaria y no remunerada, y que sólo suponía recibir un certificado oficial de participación en el proceso, este alto porcentaje de interés en participar muestra que hay una voluntad de compromiso en cuestiones relativas a las temáticas sociales.

#### **4.2.1 Proceso de validación externa: Grupo Focal A y Grupo Focal B**

Los 427 profesionales que se inscribieron para participar voluntariamente en las pruebas de validación fueron divididos en dos grupos focales según su área de trabajo:

- **Grupo focal A**, formado por los usuarios finalistas del sistema (profesionales de la Educación, Sanidad, Policía autonómica y de los Servicios Sociales Básicos), y
- **El Grupo focal B** formado por los profesionales de los ámbitos más directamente relacionados con la protección (EAIA, EVAMI, ETCA, UDEPMI, EFI y SSB - el significado de las siglas de estos equipos se puede consultar en la Tabla 3).

Tabla 3. Siglas utilizadas en esta publicación, sobretudo referidas a los Servicios Sociales Especializados en la atención a la Infancia i la Adolescencia que operan en Cataluña.

DGAIA	Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia. Dirección General dependiente del Departamento de Acción Social y Ciudadanía (ahora Departamento de Bienestar Social) de la Generalitat de Catalunya.
EAlA	Equipo de Atención a la Infancia y Adolescencia. Dependencia orgánica en la mayoría de casos es de los entes locales, pero la dependencia funcional es de la DGAIA.
EFI	Equipo Funcional de Infancia. DGAIA .
ETCA	Equipo Técnico del Centro de Acogida.
EVAMI	Equipo de Valoración del Maltrato Infantil.
MSGR	Módulo Apoyo a la Gestión del Riesgo.
RUMI	Registro Unificado de Maltrato Infantil.
SSB	Servicios Sociales Básicos. Competencia ente local (o supra local: comarcal).
UDEPMI	Unidad de Detección y Prevención del Maltrato Infantil. DGAIA.

**El Grupo Focal A** participó en el proceso de validación on-line. Se les dio acceso al MSGR (en fase de pruebas) a través de un enlace ('link') donde podían utilizar el Módulo como usuario invitado. Se hicieron seis lotes de 50 profesionales separados en el tiempo para evitar colapsar el sistema informático que aún funcionaba en su versión de prueba. Después de pedirles que usaran el Módulo entrando sus propios casos, se les pidió que cumplimentaran un cuestionario también on-line (Figura 3) con sus evaluaciones sobre las respuestas del MSGR y sus propuestas de mejora. Esta validación se desarrolló entre los meses de junio a septiembre de 2010.

**El grupo Focal B**, se formó con los profesionales de los ámbitos más directamente ligados a la protección a la infancia (EAlA, EVAMI, ETCA, UDEPMI, EFI y otros Servicios Sociales Especializados) así como expertos de la Universidad. En este caso se programaron una serie de sesiones presenciales convocando a los profesionales por grupos para probar el MSGR en aulas de informática con suficientes ordenadores conectados a la red para que todos los profesionales pudieran trabajar al mismo tiempo. Estas sesiones se desarrollaron durante el mes de febrero de 2010. Fueron, por tanto, anteriores a las del **Grupo Focal A**.

En lo referente al **Grupo Focal B**, se estipuló una participación mínima de 80 profesionales y de 240 casos entrados en el MSGR. La participación final también fue muy superior a la prevista, con 108 voluntarios, y en este caso, los casos entrados también superaron los previstos, ya que se entraron 251 casos.

Figura 3: Muestra del formulario on-line de validación del MSGR

**FORMULARI DE VALIDACIÓ DEL MÒDUL DE SUPORT A LA GESTIÓ DEL RISC (MSGR)**

**Valoració del Mòdul de Suport a la Gestió del Risc (MSGR)**

1. En els casos que heu entrat, esteu d'acord amb la resposta de l'MSGR pel que fa a l'apreciació del risc (color del semàfor)?

	D'acord	En desacord
Cas 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cas 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cas 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En el cas de desacord, indica per què.

Durante el mes de septiembre se llevó a cabo la recogida de propuestas de mejora y se introdujeron los cambios oportunos en la aplicación, y en noviembre de 2010 se volvió a convocar a todos los participantes y colectivos en una sesión devolutiva en la que se explicaron todas las modificaciones introducidas y se argumentó el motivo de las desestimaciones. Mayoritariamente, fueron aceptadas todas las aportaciones en el proceso participativo. La sesión de devolutiva también fue muy concurrida.

#### 4.2.2. Criterios de validación

A fin de validar el módulo de Apoyo a la gestión del riesgo, se estipularon previamente unos criterios de validación que actuarían como umbrales de aceptabilidad para la puesta en funcionamiento del Módulo. Si no se conseguían estos resultados, sería necesaria una revisión del proceso y un nuevo proceso de participación para validarlo. Los criterios estipulados eran los siguientes:

1. Mínimo número de casos introducidos en el sistema (100). Se alcanzó la cifra de 384.
2. Porcentaje de acuerdo con la respuesta del MSGR por lo que se refiere a la apreciación del riesgo (color del semáforo) superior al 90%
3. Porcentaje de acuerdo con la respuesta del MSGR por lo que se refiere a la tipología de maltrato superior al 90%
4. Porcentaje de acuerdo con las observaciones, conjuntos de observaciones y bloques estipulado en el 80%.

5. Porcentaje de acuerdo con los datos personales de los niños/as, familiares y persona que notifica el maltrato que pide rellenar el MSGR, estipulado en un 75%.
6. Porcentaje de acuerdo con la usabilidad del sistema, estipulado en el 80%.

#### 4.2.3. Resultados obtenidos en la validación

Resultados del proceso de validación participativo

El resultado del proceso de validación de los dos grupos focales muestra que se han cumplido todos los criterios de validación estipulados (consultar Tabla 4).

Tabla 4. Resultados del proceso de validación

Criterio validación	Umbral de aceptabilidad	Resultados obtenidos	Cumplido
1. Núm. de casos introducidos en el sistema	384	392	✓
2. Respuesta del sistema	90%	95,2%	✓
3. Tipo de valoraciones	90%	90%	✓
4. Observaciones, conjuntos de observaciones y bloques	80%	80%	✓
5. Datos personales	75%	100%	✓
6. Usabilidad del sistema	80%	80%	✓

El número de casos registrados supera las previsiones. Respeto a la pregunta seguramente más importante que hacíamos a los profesionales que ponían a prueba el MSGR, que es: “¿En los casos que habéis registrado, estáis de acuerdo con la respuesta del MSGR por lo que se refiere a la apreciación del riesgo (color del semáforo)?”, el nivel de acuerdo fue del 95.2%. De los 392 casos que se pusieron a prueba, en 373 estuvieron de acuerdo, y sólo en 19 mostraron un desacuerdo en la respuesta.

Durante el proceso de validación se recogieron propuestas sobre las valoraciones finales del caso; y algunas de ellas se han introducido en la nueva versión de la aplicación. Este proceso participativo también ha servido para recoger modificaciones y propuestas de observaciones, y algunas de ellas también han sido introducidas. En lo referente a los conjuntos de observaciones y bloques no se ha recibido ninguna opinión y, por lo tanto, se considera validado.

Por lo que se refiere a los datos personales, durante el proceso de validación no se han obtenido opiniones sobre los formularios que se deben rellenar para informar de los datos personales del niño/a, progenitores o guardadores. Por este motivo se considera validado al 100%.

En relación a la usabilidad del sistema, durante el proceso de validación se han recibido algunas opiniones relacionadas con el diseño de las pantallas y velocidad del sistema. En relación a este último tema, la velocidad depende en

cada caso del contrato de conexión a internet de cada usuario, por lo tanto, no se han tenido en cuenta estas opiniones a la hora de realizar la validación. Por lo que se refiere al diseño, se han introducido mejoras, como son las barras de desplazamiento de las pantallas y las etiquetas de visualización completas de las observaciones. Por lo tanto se considera satisfecho el criterio de validación, aunque será necesario continuar implementado mejoras en un futuro.

# 5

## Consideraciones finales

Se han descrito los avances que ha realizado la Comunidad Autónoma de Cataluña en relación a la mejora de los procesos de detección, notificación y actuación ante situaciones que puedan comportar un riesgo de desprotección o un desamparo de hecho de los niños y adolescentes que viven en esa comunidad. El MSGR nace a partir de la necesidad de adherirse al proyecto compartido por diferentes comunidades autónomas consistente en tener un Registro Unificado de Maltrato Infantil (Proyecto RUMI), proyecto que respondió a la voluntad del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de seguir la aplicación de la Convención de Derechos del Niño y las recomendaciones que el Comité de los Derechos del Niño realizó a España en 1999.

Sin embargo, tal y como se ha comentado en páginas anteriores, el MSGR se ha planteado, desde el inicio, como un instrumento que persigue metas más amplias que la de posibilitar un registro sistemático de casos de maltrato infantil. Una mirada reflexiva sobre estos objetivos nos lleva en estas páginas finales, que deben servir de conclusión y reflexión, a destacar las siguientes metas que, implícita o explícitamente, forman parte de los objetivos a alcanzar:

### **La visibilidad de la infancia**

Es indiscutible que los progresos en el campo de la legislación y la mejora en la gestión y coordinación de la red profesional en materia de protección a la infancia está consiguiendo que ésta, durante muchos años tildada de “invisible” para la sociedad, sea cada vez más una realidad presente en la conciencia de todos.

En este sentido, el MSGR se concibe como una herramienta para incrementar la sensibilidad ciudadana hacia las necesidades y derechos de los niños y niñas. Posibilita que, tanto los profesionales que trabajan con niños, niñas y adolescentes como el resto de personas de nuestra comunidad, compartan una cultura que les tenga en cuenta como sujetos que tienen derecho a ser tratados con el máximo respeto y dignidad. Esto es así porque el Módulo es una herramienta que está concebida para “enseñar a observar” al niño y a su contexto y a discriminar aquellas situaciones y factores que no son favorables para su óptimo bienestar y desarrollo.

Estas observaciones quedan registradas en el sistema que deviene así un banco de datos dinámico, un banco de datos que nos permite ampliar aquello que hemos visto, repensar observaciones, y consultar y acelerar la coordinación entre equipos de profesionales implicados en la protección de niños y niñas. Tal y como escribe Lázaro (2012), pasar de una infancia “invisible” a una in-



fancia “visible” tiene que ver, también, con que los datos se conviertan no sólo en protagonistas relevantes sino al mismo tiempo en un instrumento básico e imprescindible de la planificación de las políticas dirigidas a la infancia así como de los programas técnicos que, para protección de los niños, haya que desarrollar.

### **La ampliación del “círculo de protección”**

La consecuencia de las múltiples miradas que provienen de los ciudadanos y de los profesionales, registradas en el sistema que hemos descrito, permite ampliar el círculo de protección de los niños, niñas y adolescentes. La tendencia natural es creer que la protección de la infancia está garantizada a través de los progenitores y de la familia en general. Pero la realidad cotidiana y el registro constante de casos de maltrato confirman que la crianza de los hijos dista mucho de ser algo instintivo.

Al contrario, la crianza y protección de los hijos se revela como una tarea compleja en la que intervienen una miríada de factores, muchos de los cuales interaccionan entre sí. Algunos de estos factores están relacionados con un potencial de capacidad parental positivo mientras que la presencia de otros parece disminuir o poner en grave riesgo esta potencialidad.

El avance en las políticas de protección a la infancia incluye un cambio de perspectiva en el sentido de ser conscientes de que el cuidado y protección de los niños y adolescentes no recae sólo en los progenitores y sus familias sino en todos y cada uno de los miembros de una sociedad. La comunidad y las políticas de protección que son promovidas por las instituciones que gobiernan pasan a formar parte, de esta manera, del “círculo de seguridad” que vela y garantiza que los derechos de los niños estén protegidos. Para ello, es necesario que todas las personas conozcan cuáles son las necesidades y derechos de niños y jóvenes y puedan aprender a distinguir los hechos y contextos que los ponen en situación de riesgo.

El MSGR permite, en esta línea, no solamente aprender a observar sino, tal y como hemos visto, a recoger de manera sistematizada estas observaciones de forma que sean útiles y permitan a cualquier ciudadano, en caso de ser necesario, dirigirse a los servicios y equipos especializados que realicen una valoración y diagnóstico de la situación de riesgo o maltrato y activen los programas de protección o reparación de la misma adecuados a cada caso.

Este “círculo de protección” incluye la mirada de los propios niños y adolescentes sobre sí mismos. El proyecto Infància Respon a través de su web y de espacios interactivos en construcción da protagonismo a uno de los objetivos más relevantes de la Declaración de los derechos de los niños: dar voz al propio niño.

La comprensión de los propios derechos otorga la capacidad al niño y al adolescente de poner límites a la actuación de los demás sobre su propia persona. De esta forma el niño no deviene en la representación colectiva un sujeto pasivo necesitado de protección sino un miembro activo de la sociedad que, a partir

de determinada edad, puede expresarse y tiene el derecho de opinar y ser escuchado. Llegar a este objetivo es, sin duda, un camino de largo alcance. Nuestras sociedades apenas han empezado a andar en esa dirección pero para llegar a una meta es imprescindible ponerse en la ruta y en la dirección adecuada y este módulo de participación del proyecto Infancia Respon responde a esa voluntad. **Menos es más: aprender a distinguir entre necesidades y derechos de los niños, factores de riesgo y hechos que implican un maltrato.**

Aprender a observar comporta, de manera inherente, aprender a seleccionar, a distinguir y a clarificar. Los árboles de decisión y los algoritmos internos que forman parte de los procesos informatizados del MSGR, representan una valiosa ayuda a la hora de aprender qué se ha de observar y cuál es el grado de gravedad de estas observaciones.

El conocimiento de las necesidades y derechos de los niños dota a la persona de una especial sensibilidad a la hora de observar. Pero es competencia de los equipos expertos decidir si esta observación puede ser considerada un factor de riesgo de maltrato o un hecho probado de maltrato. Por ejemplo, imaginemos que un maestro observa a un niño, visiblemente cansado, que se duerme en clase. La regulación del sueño es, al mismo tiempo, una necesidad y un derecho del niño. Un profesional de la docencia sensible y conocedor de las necesidades de los niños registrará este hecho. Pero también deberá aprender a contener una valoración precipitada de esta observación. Dormirse en clase puede estar relacionado con una enfermedad emergente o puede ser la consecuencia de no descansar de manera óptima debido a las disputas nocturnas parentales (entre otras posibilidades). En el caso de las disputas parentales, dos observaciones (en apariencia independientes la una de la otra como son la necesidad de dormir y las disputas de los padres) adquieren una nueva significación. Una significación que, en el caso de ser una observación repetida, podría comportar por parte de los expertos una valoración de negligencia parental hacia el niño. Es precisamente esta relación entre dos hechos, en principio aislados, lo que posibilita comprender que, siguiendo el ejemplo propuesto, las disputas y la violencia entre la pareja sean consideradas un factor de riesgo para el niño dado que pueden interferir en una adecuada atención a sus necesidades y en su proceso de desarrollo.

Por tanto, la respuesta a la cuestión de si una observación es o no es un factor de riesgo para un niño nos la da el conocimiento de casos en los cuáles, a consecuencia de este hecho observado, se han producido efectos negativos en los niños. Y es ahí donde el MSGR se convierte en un instrumento multifuncional. Por un lado, porque en un caso individual permite relacionar los hechos registrados y no tratar con factores de riesgo hipotéticos. Por otro lado, si no tenemos en cuenta un caso determinado sino la población en general, la herramienta nos permite ir formando una base de datos que fortalece la investigación científica sobre la probabilidad de que ciertos hechos puedan ser considerados factores de riesgo (solos o en interacción con otros factores) y, sobre la base de este conocimiento de evidencia empírica, podamos reflexionar sobre qué tipos de políticas socio-educativas de prevención y apoyo son necesarias. De esta forma se puede producir un feed-back entre el registro de datos indivi-

duales y específicos y la elaboración de datos generales que estén en la base de la actualización permanente de los programas de prevención e intervención en el campo de la protección a la infancia y la adolescencia.

### **Tipología y gravedad de los factores de riesgo. Facilitando la toma de decisiones**

El debate sobre qué variables individuales y contextuales pueden considerarse factores de riesgo para los niños, niñas y adolescentes y el establecimiento de la gravedad (antes denominada de alto riesgo) de estos factores está lejos de darse por zanjado. A lo largo de estas páginas se han expuesto distintas tipologías de variables susceptibles de considerarse factores de riesgo o factores de protección.

Pero es una cuestión complicada por diferentes razones. Una de estas complicaciones tiene que ver, tal y como ya se ha comentado, con que una variable determinada puede llegar a ser un factor de riesgo únicamente cuando interactúa con otras variables. Otra razón es que la consecuencia negativa para un sujeto puede demorar la emergencia de sus efectos durante varios años y puede resultar complejo, por este motivo, establecer relaciones de causa-efecto. Muchos estudios alertan, por ejemplo, de que las experiencias de crianza negativas en la infancia como resultado de una depresión maternal o de separaciones y rupturas con las figuras de apego, tienen severos efectos negativos en la salud mental de las personas una vez adultas (Sheri Madigan et al., 2006).

La gravedad de un factor puede verse, además, alterada por variables dinámicas como, por ejemplo, la edad del niño, su salud física, la presencia o no de factores de protección, etc. Un factor puede repercutir en aspectos no observables directamente, como puede ser el tipo de patrón de apego que un niño está desarrollando, patrón que puede repercutir, más adelante, en su capacidad de resiliencia y en su potencialidad afectiva. En este sentido, el tipo de patrón de apego o modelo operativo interno podría considerarse, a su vez, un posible factor de riesgo para una crianza positiva, sobre todo cuando este factor interactúa con otras variables como, por ejemplo, el estrés (Sadurní, 2011).

Es precisamente sobre la base de los datos y observaciones que se van recogiendo, analizando y relacionando que los científicos pueden alertar con causa justificada de las situaciones que, en un alto porcentaje de casos, pueden implicar una consecuencia negativa para el niño. Por ejemplo, el riesgo de que una madre o un padre con una dependencia a sustancias tóxicas descuide a su hijo y ello pueda acarrear graves consecuencias es un riesgo notablemente alto como las estadísticas pueden probar (Wells, 2009). Pero, por supuesto, también puede ocurrir que un padre o una madre sólo consuman una vez seguros de que su hijo está a buen recaudo con otras figuras que le protegen y que controlen su dependencia a los tóxicos de manera que su dependencia no interfiera con su función parental.

En este sentido, la voluntad de distinguir entre observaciones, factores o situaciones de riesgo, por un lado, y hechos que implican un maltrato, por otro, representan una de las aportaciones substanciales de la nueva Ley de los De-

rechos y de las Oportunidades a la Infancia y la Adolescencia. Esta distinción intenta esclarecer la diferencia entre una situación de riesgo y una situación de desamparo.

Este módulo de gestión apunta a que sólo una matriz dinámica de datos que contenga un conjunto amplio de factores y variables puede, a través de la investigación, ayudar a comprender cómo interaccionan los factores de riesgo y protección entre sí. Los instrumentos diseñados para recoger y sistematizar observaciones pueden ayudar, a partir de la red de sus circuitos informatizados, a que emerjan “cálculos de la gravedad” de los acontecimientos y observaciones, cálculos que, en el caso del MSGR se visualizan, de momento, a través de un semáforo de colores correspondientes a situaciones “leves” “moderadas” o “graves” y que orientan sobre el tipo de intervención que es necesario emprender. En este sentido es necesario subrayar que el conjunto de factores y variables que conforman el MSGR han sido elaborados después de una intensa investigación científica y han sido validados por un número importante de expertos y profesionales.

Es necesario, en conclusión, avanzar en la recopilación sistemática de datos, y proceder a su análisis y estudio científico más allá de la elaboración de estadísticas. Precisar los conceptos de riesgo, desamparo y maltrato, así como determinar y homogeneizar los sistemas de valoración de los niños y adolescentes, sus familias y sus contextos de vida. En este sentido es necesario apoyar el artículo 79 de la Ley que prevé que el Departamento competente en infancia y adolescencia, en colaboración con otros departamentos de la Generalitat, las Universidades y los colegios profesionales, además de otras entidades dedicadas a la protección de la infancia, colaboren en la clarificación de los indicadores y factores de riesgo. El Módulo de Apoyo a la Gestión del Riesgo puede ser una importante y útil herramienta al servicio de este objetivo.

col·lecció eines 17

---

**From observations to indicators:  
A computer package to support the  
management of social risk in childhood  
and adolescence**

**17**



# Theoretical basis for the design of the Risk Management Support Module (MSGR)



---

## 1.1 Introduction



The Risk Management Support Module (*Mòdul de Suport a la Gestió del Risc* - MSGR) was born out of the need to adhere to the joint project of a Unified Register of Child Abuse shared by the different Spanish regions (RUMI). This project represented the Spanish government's response to observations by the Committee on the Rights of the Child made in 1999.

The process of implementing this Register encountered much resistance from professionals in different Autonomous Communities, to the extent that in the majority of them the Register still does not function correctly some years on. An analysis of the situation suggests that the problem is not a lack of sensitivity on the part of professionals, but rather related to the facts that: (a) professional staff view implementation of the Register as additional work, with no feedback or clear benefits, (b) implementation was conducted from top to bottom, with no participation by the professionals on whom its proper functioning depends, and they therefore do not view the system as their own.

It is for these reasons that we decided to broaden our perspective as far as possible in designing the MSGR: something more was required than just a register of resolved abuse cases; what was required was a useful tool for all those involved in the process of detecting and assessing risk situations for children and adolescents; and this tool was to be one that professionals would adopt as their own, which meant its design and implementation had to include their participation.

We therefore worked with the following premises:

- A tool is required that facilitates the collection and systematization of observations, and reflection on these observations, useful for anyone who is in contact with children, particularly those professionals who do not normally work with cases of abuse, but who may detect it within their everyday work.
- First and foremost, collecting observations is not only a task for specialists. Any professional in contact with children can contribute. In principle, any information may be useful, and therefore no observation should be rejected.
- Observations (which can be made by anyone) must not be confused with the assessment of risk indicators (the interdisciplinary work of experts). These are different stages of the same data collection process.
- Teams of “experts” (generally specialized and interdisciplinary) find it useful to have a range of thoughtful, considered and/or filtered observations, made by any reliable observer, even a non-expert. Having reliable information available to them can facilitate and even accelerate their work.
- Integrating the reporting of severe cases on one single computerized portal with other activities of observation, communication, reflection and collaboration among professionals may potentially result in a significant streamlining of the entire system.
- If the system allows storing of the information entered by each observer, the observer will be able to continue to work on it, and the whole system will accumulate statistics inaccessible until now. The system must therefore invite all users to update data on real cases and users must verify that the system is useful for them. This does not exclude the MSGR also functioning as a simple simulator to analyze fictitious cases or hypothetical situations.

---

## 1.2. Epistemological basis

In the scientific and professional literature we find frequent use of the concept **risk indicator** without it being easy to find reflections on and analysis of its epistemological foundations.

### 1.2.1 Risk and risk factors

Historically, use of the concept “**risk**”, and the associated concept “**risk factor**”, originated from population studies, often epidemiological in nature. We give the name risk indicators or risk factors to those variables or clusters of variables which through scientific research we have come to identify as increasing the probability of an event considered to be negative or undesirable (Casas, 1998).

The following have been identified through this research:

- **Variables present in subsets of the population which are frequently much higher than in the general population (risk indicators).**



For example, for many years we have known that among the subset of “physically abused” children and among the subset of children “who are accommodated in institutions because their families cannot care for them adequately”, as well as among the subset of “minor offenders”, there is a much higher percentage of cases of “an alcoholic parent” than for the average population. This allows us to hypothesize the existence of a relationship which is not directly causal, but probabilistic between the risk factor and the negative or undesirable event. Continuing with the example, on the one hand only between 25% and 30% of children in each of the subsets referred to above usually have an alcoholic parent, a figure far removed from the 100% that would determine a causal relationship. Moreover, not all alcoholic parents abuse their children and neither do all of these children end up in care for this or any other reason. Furthermore, only a relatively small number end up as delinquents. Therefore, unlike at the population level, at the individual level the probability that a risk indicator ends in a negative or undesirable event ranges from 0% to **100%**. As Bunge noted (1975) when referring not just to risk indicators but indicators in general, the relationship between **indicators** and the indicated reality is a hypothesis, and therefore correctable, and it would be wrong to call it an “operational definition”. To confirm the hypothesis we need a theoretical framework. Even at the population level this is difficult to define, given the fact that many indicators, such as alcoholism of a parent, turn out to be multi-risk, that is, not specific to a single type of event (which has led some authors to speak of multicausality, a concept that would not be strictly applicable here).

- **Variables which scientifically proven empirical tests have shown to maintain a relationship (they are associated risk factors)** with the occurrence or continuance of events considered negative or undesirable.

These tests are usually conducted on very specific populations, clinical in nature, or subjected to monitored psycho-social or social intervention programmes (purely experimental tests are very difficult to implement in this field for obvious ethical reasons). For instance, by taking samples of abusive parents it has been possible to observe how many were abused by their own parents, or others, during childhood, and under what circumstances (i.e. with which associated factors) and verify the existence of statistically significant relationships between variables.

- **Variables that appear to act as “catalysts” or contextualizing factors**, that is to say, their presence may accelerate or increase the likelihood of negative or undesirable events being “precipitated”, although it would seem to be proven that they alone have a minimal or no influence on said events.

For example, belonging to a single-parent family has no connection with being abused. But when a child lives in a family context of ongoing economic difficulty, or in the custody of a person who is an alcoholic, the likelihood of a negative or undesired event occurring increases in the context of a single-parent family.

- **Containment or protection variables**, which seem to cushion or reduce the likelihood of negative or undesirable events being “precipitated”. In some cases they seem to act as “positive catalyst” variables, but in others they seem to act as more active “anti-risk” variables. For example, “having a

grandmother carer” can save a child from negative or undesirable events, even as the son of a drug-addicted single mother suffering economic difficulties.

- **Impact-reducing variables**, which do not guarantee that the negative or undesired event does not appear, but make its consequences more likely to be less serious in the life of the child. For example, “having a belief that brings universal meaning to one’s life” has been shown in multiple studies to be a factor of resilience towards stressful life events.

One thing that is not easy to do is answer the question “**risk of what?**” The idea of an event considered negative or undesirable requires much analysis. It is often referred to in the scientific literature, and even legal documents, as those events that are harmful to the overall development of the child and/or his or her welfare. Although it may serve as a first approximation, this statement is still very generic. It seems to allude to a scientific consensus regarding what is detrimental to children’s development and welfare. But underneath it also (and perhaps primarily) alludes to a social consensus that will only result in social action if it becomes a socio-political consensus. Without these other consensuses, the existence of scientific consensus can only lead to individual actions, and is very unlikely to result in collective and institutional action.

One classic social and socio-political consensus (reflected in legal texts) always seemed to have been established around the concept of “high social risk” (Granell, 1986). But there does not seem to be any scientific consensus on what constitutes a “high risk”, so the decision becomes a technical one.

A classic problem arises when personalized conclusions are drawn and individualized action plans designed from the identification of population risk factors, that is, from indicators of social risk (or “impersonal” indicators) designed for the planning of unspecific preventive actions. It is essential to remember that risk probabilities for the general population are not the same as those for individuals. Two types of action are required: generic prevention on a population level and individual prevention on a specific level.

Consensus is often (and seemingly increasingly in recent years) reflected in the more precise defining of “risk of what?”, but this does not guarantee defining “mutually exclusive risks”. We have seen increasing use of the terms “risk of abandonment”, “risk of physical abuse”, “risk of sexual abuse”, and so on, in an attempt to bring “social” reality closer to the legal standardization of actions. It should not be forgotten, however, that standardization is related to hypotheses about reality, not operational definitions of reality. Standardization in no way substitutes the problem of technically assessing concurrence among risk data.

Over time, risk associated to “factors of” or “indicators of” has acquired several meanings, often related to one another but not necessarily identical.

In practice this is exploited for the following purposes:

- Risk as a prediction of future events.
- Risk as an accumulation of evidence of something that might possibly become negative or undesirable.

- Risk as “calculating the seriousness” of events.
- Risk as assessment in the decision-making process. Generally, this meaning in some way “encapsulates” all of the others.

### **1.2.2 Indicators and risk indicators**

Indicators are epistemic mechanisms that allow us to approach the understanding of complex, not directly measurable realities (Casas, 1989). However, Bunge (1975) warned that although all indicators may be variables, not all variables have indicators to measure or evaluate them.

Indicators are observable data regarding a concrete reality. But we must distinguish between two major types:

- **Indicators that comprise clusters of directly observable variables, which form a complex phenomenon.**

If a reality is composed of a large number of observable variables, it may be necessary or appropriate to select the most “indicative” of the phenomenon in order to make a feasible assessment, since gathering large amounts of data from the same phenomenon can be very expensive or even impossible. Sometimes, so much time may be required to collect all of the “suitable” data to satisfy the criteria of exhaustiveness that the phenomenon itself may have changed over time. For example, the infant mortality rate can be taken as an indicator, among others, of the proper functioning of a neonatology service in a particular territory, even though we know that the correct functioning of these services depends on many other variables.

- **Indicators that allow the “scrutinizing” of phenomena comprised within clusters of variables that are not directly observable.**

These phenomena are generally related to relatively abstract constructs. Many psychosocial phenomena can only be studied using systems of “indirect” indicators. For example, the social cohesion of a group or community, citizen insecurity, and user satisfaction with a service cannot be “photographed” directly. Psychometric instruments, questionnaires or other subjective data collection techniques are required to evaluate and gain some knowledge of them.

In the human and social sciences, definitions for the use of quantitative indicators have advanced much further than those regarding the use of qualitative indicators. Classically, indicators have been deemed to be scientifically manageable when they are “measurable” and used within well-defined theories, especially if they are mid-range, even when the indicators are not specific to this phenomenon (Blalock, 1969).

In this respect, indicators of social risk in childhood, understood as indicators of the likelihood of an event considered undesirable or negative, would be on a very high level of abstraction, and their attachment to a general theory of social risk would seem too ambitious today. It would seem that the progress of scientific knowledge should go down the route of having less abstract levels of risk (for example, risks for each of the different types of abuse that can now

be defined), and testing the operation of indicators using mid-range theories in the light of current scientific research. However, it is neither necessary nor possible to renounce the ultimate goal of verifying whether there are indicators that have multiple effects and impacts on the lives of children and adolescents, and which it is therefore necessary to continue accumulating knowledge of.

### **1.2.3. The sequence of observations in indicators**

In order to systematize reflection on how to manage data that may be related to risk situations affecting children and adolescents, we have designed a Figure (1) that summarizes the activities to be carried out.

For analytical purposes we have imagined that the data follow 8 steps that can be summarized in 3 broad stages: data collection, the assessment of data as indicators of risk, and results assessment in line with the decisions adopted on the basis of this assessment.

Below we provide more detail regarding the issues involved in each of these stages.

#### **Data gathering and initiating risk management**

This stage focuses on working with observations. Unlike working with indicators, participation does not require specialized training. However, one goal of this stage is to assess whether there is a need for participation by specialist professionals given the nature of the observations. If it is deemed necessary, a further objective of this first stage will be to prepare, separate and qualify information in order to facilitate the work of said specialized professionals taking part in the next stage.

##### **a) Collecting observations**

The first stage is aimed at gathering any information that may be associated with risk situations affecting a child or adolescent. The science is based on the observation of constants. However, complex and/or fuzzy realities are often observed differently by different observers, and it can therefore be difficult to confirm the existence of constants if there are not several observers. That is, for a better understanding of complex realities we need observations by all of the social agents involved.

Social risks (which some call “situational”) for children are complex and fuzzy realities. The compilation of observations must also facilitate the contribution of those data which are easily accessible to non-experts and non-specialized professionals.

When collecting observations systematically it is essential to consider children’s rights, and particularly the superior interest of the child. When in doubt it is better to collect information, but always prudently and respectful of the child and his or her environment. The more information that can be taken into account and analyzed on a situation that may adversely affect a child, the better. In theory, any informant can make relevant contributions. We must assume joint responsibility in the gathering of knowledge. However, sharing

information also has an effect in terms of teaching and learning.

It must also be taken into account that, like all complex situations, situations that negatively affect children can be difficult to identify and prevent, and the consequences can be out of proportion. Observations must not be “suspicions”, but different degrees and characteristics of “findings”.

#### **b) Tweaking and assessing observations**

It must be possible to select or filter the observations collected on the status of any child or adolescent according to certain characteristics of both the observer and the observed facts.

With regard to the observed facts, when exploring risk situations for children we must attempt to discard from the outset any whose cause is not an organic one; observations should be relevant to the hypothetical risks explored; there must be elements for evaluating observations, for example, the degree of severity and/or urgency of any possible intervention (in the subjective opinion of the observer); and it must be established whether observations are repeated (frequency of that observed: an isolated or repetitive incident).

#### **c) Analyzing observation clusters**

Once a range of data is obtained on possible risk, the most relevant must be discerned for use in decision-making on data management. At this stage reference points will be needed for assessment: in the MSGR we have adopted as references the several large clusters of child abuse types itemized in point 4.

This stage requires a certain level of knowledge and expertise. A computerized system can only guide decisions at this point; it cannot replace a professional. Expert knowledge can be synthesized (in fact, in a simplified way) using a computer program which is “capable of learning”. The information entered into such a program can be compared with general and routine guidelines incorporated into it.

One of the first things to be done at this stage is analyze whether there is any coincidence between the observations, taking into account different nuances (data weighted according to value criteria). Coincidence between observations must also be analyzed in accordance with context variables.

Information that is not substantiated or is irrelevant in the light of scientific research or professional practice must be filtered out; the same is true of information that is not congruent with professional practice.

Overall, the MSGR is intended as a support tool which facilitates decisions on how to manage a hypothetical situation of risk by providing an estimate of the level of risk that appears to arise from accumulated observations according to certain types of abuse. This estimate will take the visual form of a traffic light with four colours, and will add a set of recommendations regarding actions to be undertaken in light of the risk assessment.

## **Technical assessment stage: identifying and assessing risk indicators**

This stage focuses on working with risk indicators. The main objective is to evaluate specific situations affecting a child or adolescent so as to manage the most suitable interventions. Therefore, it is a process of identifying and verifying the presence of relevant indicators that make certain decisions recommendable. This process includes an assessment of severity and urgency on the basis of available indicators.

All phases of this stage require a high level of knowledge and expertise. They should preferably be carried out by a specialized interdisciplinary team.

### ***a) Identifying risk factors***

The aim here is to establish which of the data deriving from the observations are consistent with relatively specific risk indicators for different types of child abuse. At this stage it is possible that there will especially be indicators which are easily detectable by non-specialized professionals, and these must be complemented with much more specific or focused data that require the contribution of specialists.

At the same time, it is necessary to hypothetically establish the degree of severity of the overall situation. If the situation is an ambiguous one, it must be determined whether there is a concurrence of other risk indicators not reported until this stage, which may prove crucial in assessing the situation. This may require new search processes or the verification of information. The reliability and validity of both the specific and nonspecific risk indicators identified must also be analyzed. It is important to take scientific research in this field into account here.

### ***b) Tweaking and assessing risk indicators or factors***

At this stage, reliable evidence must be established regarding the presence of relevant indicators that can guide decision-making. Possible interactions between factors must also be analyzed, along with their interaction with contextual variables.

All of this must be compared with accumulated knowledge from scientific research and professional experience and evaluative summaries prepared to allow decisions to be taken for the management of risk.

Given all of the above, the professionals involved in this stage must have knowledge of: (i) the degree of specificity or non-specificity of the different risk indicators for each negative or undesired event (type of abuse), (ii) the multiple effects of a single indicator, and (iii) methodology for using indicators.

### ***c) Analyzing the interaction between risk (and protection) factors***

In this stage, possible alternative actions must be analyzed for achieving social change that reduces the incidence of risk factors and minimizes the impact of possible negative or undesirable events that have already occurred and/or may occur in the future.

It is on the basis of these considerations that decisions are proposed for managing the risk, while anticipating possible outcomes based on the proposed decision.

The results in this stage are likely to be of a higher quality and efficiency if rigorous assessments are provided with the results of multiple professional interventions on different types of abuse.

### **System evaluation and feedback stage**

This stage is intended to ensure that the algorithms used in the system tend to coincide with the characteristics of the risk situations it is designed to manage. The main objective here is to assess the extent to which the system provides appropriate recommendations and the pertinence of interventions in each case. The results of this evaluation should be used to improve the whole system, while providing suggestions to improve the guidelines for collecting observations.

#### ***a) Identifying and defining indicators for output evaluation***

This stage considers the assessability of interventions to be carried out.

In order to evaluate the results and impact of the decisions adopted for managing risk situations it is necessary to establish a design for evaluating and identifying indicators which are sensitive to the changes sought. It is important to have values for these indicators before intervening and to estimate expected changes in said values after intervention.

This stage requires specialized knowledge of programme evaluation design. It must be carried out by professionals. Indicators which are reliable, valid and specific for describing and assessing situations are not necessarily sensitive. Preferably, assessment indicators should be specifically sensitive to changes caused by specific interventions.

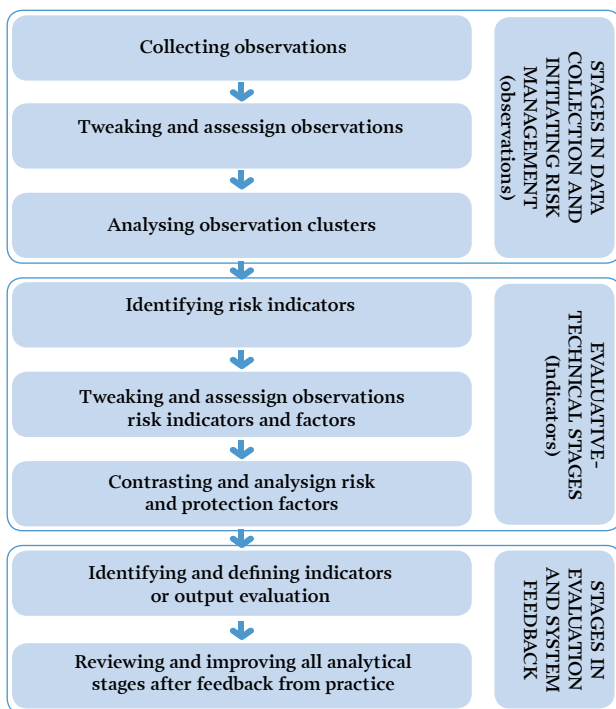
#### ***b) Reviewing and improving all analytical stages after feedback from practice***

In light of the results obtained from evaluating interventions, the resulting knowledge must be applied to all previous stages of the process to improve its performance.

This stage requires the exchange of information and knowledge between all professionals involved in any stage of the process.

This requires continuous training, including self-managed training.

Figure 1: Analytical data collection in the process of managing situations of risk for children and adolescents





## Risk Management Support Module (MSGR): Contents and operations



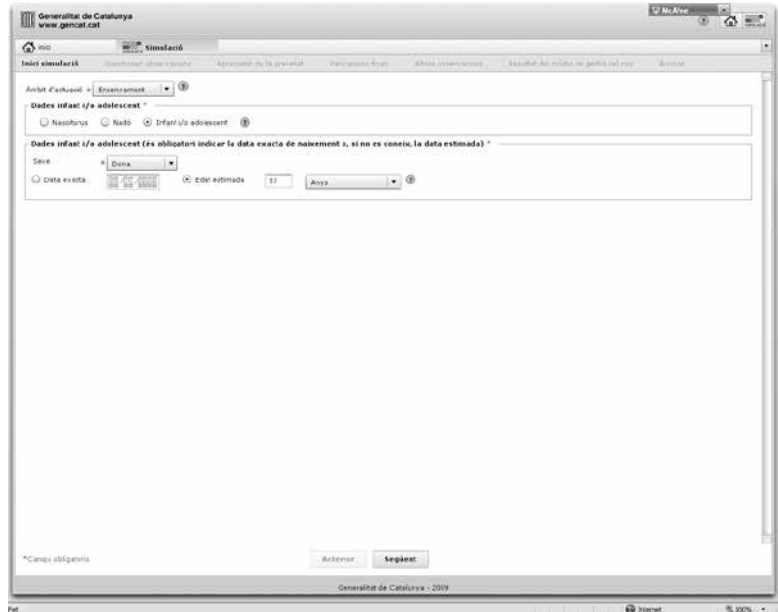
The MSGR is a computer program which provides decision-making support for professionals and people in contact with children regarding suitable interventions in situations that may be damaging to their development and welfare. It is intended as a tool for detecting, preventing and reporting risk situations or domestic abuse of children and adolescents. It should be understood that this support tool does not replace the final decision of the professional or interdisciplinary team and respects the existing networking channels of services involved in the provision of childcare and protocols established in each region.

It aims to guide the user on which steps to take when facing such a situation.

On the first screen users select their professional domain:

- Education
- Health
- Social services
- Police

The option “all domains” may also be selected when, for example, the person is not a practicing professional. Users then select the gender and age of the child.



The second screen provides a list of observations to select. This list is grouped into five main sections. The first three contain observations concerning the child or adolescent:

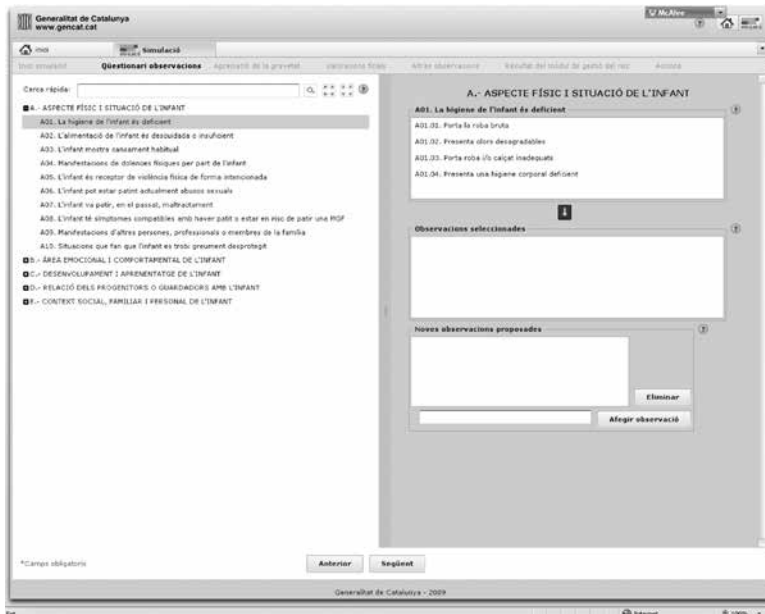
- A. Child's physical appearance and personal situation
- B. Child's emotional and behavioural domain
- C. Child's development and education

The fourth section contains observations concerning the parents' or carers' behaviour towards the child:

- D. Parents' or carers' relationship with the child

The fifth section contains observations relating to the context which act as risk factors:

- E. Child's social, family and personal context



Each section contains a series of observations grouped by topic, as detailed below:

#### A. CHILD'S PHYSICAL AND PERSONAL SITUATION

- Poor hygiene
- Poor or inadequate diet
- Regularly exhibits fatigue
- Exhibits physical ailments
- Suffers physical violence
- May currently be suffering sexual abuse
- Suffered abuse in the past
- Exhibits symptoms consistent with having suffered or being at risk of suffering female genital mutilation
- Situations arise that make the child feel severely unprotected
- Child has suffered severe neglect and/or aggression prior to birth

#### B. CHILD'S EMOTIONAL AND BEHAVIOURAL DOMAIN

- Exhibits antisocial and/or aggressive behaviour
- Exhibits risk behaviours towards self
- Consumes toxic substances
- Exhibits fear and/or anxiety
- Exhibits alterations in relationships with others
- Exhibits mood swings
- Exhibits compulsive self-stimulatory behaviour
- Exhibits sexual behaviour inappropriate for their age
- Is adopting roles that do not correspond to their age

#### C. CHILD'S DEVELOPMENT AND EDUCATION

Exhibits significant learning difficulties at school  
Often has difficulty controlling sphincter  
Exhibits developmental delay  
Exhibits problems with school attendance

#### D. PARENTS' OR CARERS' RELATIONSHIP WITH THE CHILD

They exhibit rejection of the child  
Monitoring of the child's health does not seem appropriate  
Suspensions of child's health being manipulated by parents  
They isolate the child from his or her social environment  
They neglect the child's school and leisure activities  
They do not address the basic needs of the child  
They terrorize or intimidate the child  
They may be exploiting or corrupting the child  
They regularly exhibit an inability to control the child  
They exhibit inadequate educational guidelines with the child  
They have severely neglected and/or assaulted the child before birth  
Situations which make the child feel severely unprotected  
They may be abusing the child physically or sexually  
The child is living in a violent family environment

#### E. CHILD'S SOCIAL, FAMILY AND PERSONAL CONTEXT

The carers or parents may have an addiction to alcohol or other drugs  
The carers or parents may be suffering from a mental disorder  
The carers exhibit intellectual disability  
The carers exhibit physical illness  
The child's home does not meet the minimum conditions of habitability and hygiene for a child  
History of violence or sexual abuse in the family  
The parents or carers have a personal history of vulnerability  
Family situation requires special consideration  
The household has social, economic and/or organizational difficulties  
The family lives in a social context requiring special consideration  
The carers or parents have a very unfavourable physical appearance  
The child's personal characteristics may make him or her more vulnerable

Each cluster of observations contains a list of specific comments. Depending on the domain selected on the previous screen and the child's age, one set of specific comments or another will appear (adapted to each professional area). Professionals select those that best characterize or fit the situation under observation. For example:

1. Each domain of action contains observations that can be made from the position each individual service occupies within the network, rejecting those which are more difficult for it to observe. Each observation is associated with an age range, stating:
  - the age at which it can be observed (for example, 0 to 3 for lesions in the nappy area)
  - the age at which the observation may constitute harm for the child (for

example, dropping out of school during the period of compulsory education)

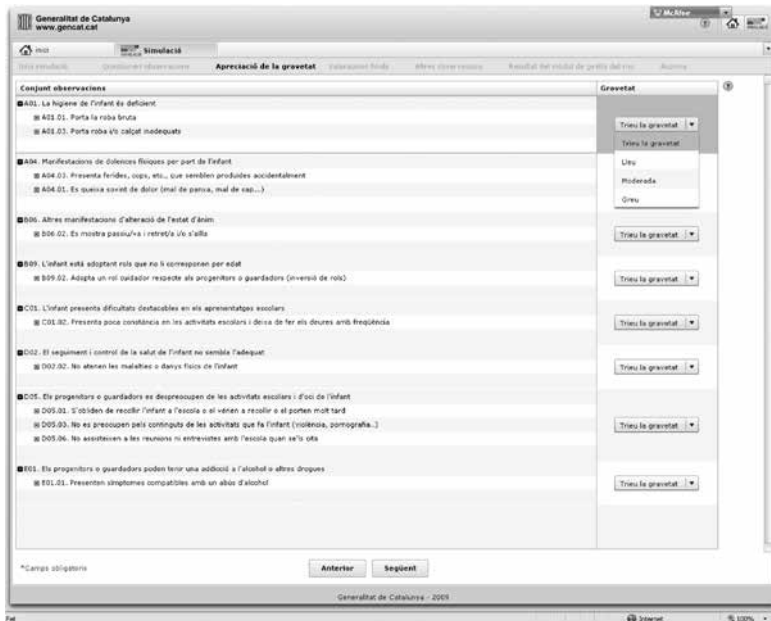
It is not within the scope of this article to provide details of all observations. Table 1 gives an overview broken down by age.

Table 1: Examples of details from a cluster

A. Aspecte físic i situació personal de l'infant		Edat
<b>A1. The child's hygiene is poor</b>		
1	His or clothes are dirty	0-17
2	He or she emits an unpleasant odour	3-17
3	His or clothes and/or shoes are unsuitable	0-17
4	He or she exhibits poor bodily hygiene	0-17
5	He or she exhibits skin lesions with redness in the nappy area	0-3

On the third screen, once the observations relevant to the case have been selected, the following parameters are filled in, which will give weight to the selected observations:

2. Professional's appraisal of the severity of each set of observations selected for the case: mild, moderate or severe.



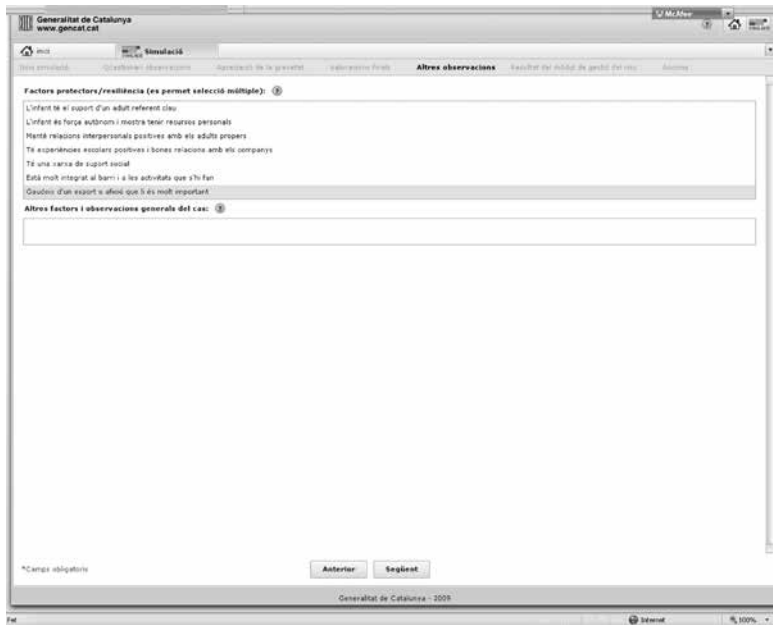
- Information on whether it has been observed in person or by others.
3. Degree of concern or awareness of the damage suffered by the child shown by the family.
    - Explanations provided by the family for the given situation.
    - Family's collaboration with the service to improve the child's situation
    - Protective actions employed by the family
    - Likely perpetrator
    - Access to child of the person responsible for the injuries

The screenshot shows a web form for a simulation exercise. The form is titled 'Generalitat de Catalunya servei gencat.cat' and is in the 'Simulació' (Simulation) phase. The main content is in Spanish and includes the following sections:

- Sobre les observacions, indiqueu si:**
  - Es tracta d'observacions fetes en la seva majoria personalment.
  - Es tracta d'observacions fetes en la seva majoria per d'altres persones. En aquest segon cas, indiqueu quin
- Sobre les explicacions que donen els progenitors o guardadors:**
  - Es neguen a mantenir cap contacte amb el Servei
  - Encara no s'ha intentat contactar amb ells o no s'ha pogut
  - S'ha pogut parlar amb ells
- Grau de preocupació o consciència dels progenitors/guardadors sobre les observacions:**
  - Cap
  - Poc
  - Molt
  - No ho coneix
- La família mostra disposició per prendre accions protectores vers l'infant (es permet selecció múltiple):**
  - No ho coneix
  - La mare/pare s'ha separat de l'agressor i protegeix al nen/a
  - Hi ha un familiar que s'hi fa càrrec temporalment del nen/a
  - La família col·labora amb les orientacions del servei/centre per tal de pal·liar la situació de risc
- Es pot considerar que els progenitors/guardadors col·laboren amb el vostre servei:**
  - Gens
  - Poc
  - Molt
  - No ho coneix
- Indiqueu si l'infant presenta lesions físiques o indicis d'abús sexual, i la relació o parentiu del probable responsable:**
  - Les observacions no són d'aquest tipus
  - Les observacions són d'aquest tipus però no sé qui és el responsable de les lesions/abús sexual
  - Les observacions són d'aquest tipus i coneix la relació o parentiu amb l'infant. Seleccioneu del llistat:
- El responsable de les lesions continua tenint accés a l'infant:**
  - Sí, no té accés
  - No té accés
  - No ho sé

At the bottom of the form, there are buttons for 'Anterior' and 'Següent', and a note '\*Camp obligatori'. The footer of the page reads 'Generalitat de Catalunya - 2009'.

The fourth screen displays an initial list of resilience factors and provides space for any optional additional comments deemed appropriate.

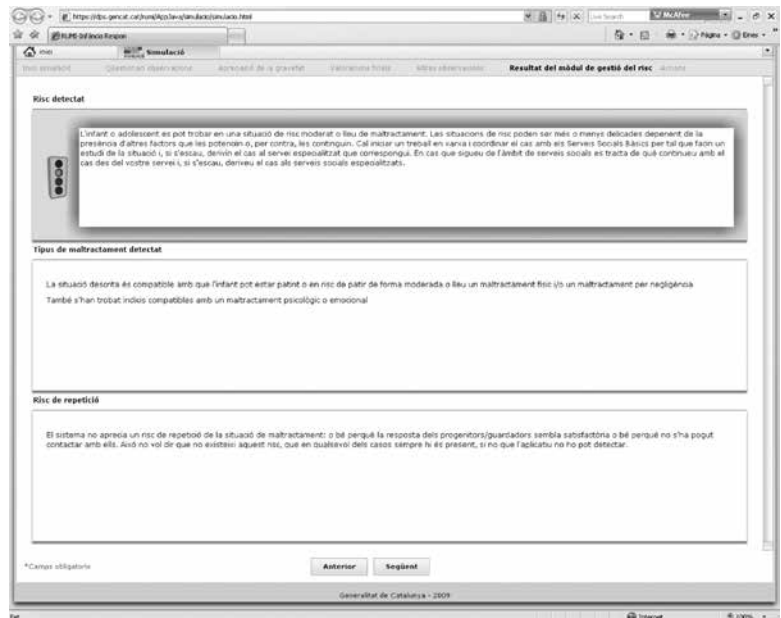


The following two screens, the fifth and sixth, give the results. This is the program's feedback to the professional who has completed the observations and weightings for the case. The program offers four types of results:

1. Assessment of the degree of risk the child may be exposed to: mild, moderate or severe.
2. Type of abuse (as provided for in Catalan legislation):
  - physical abuse,
  - neglect or abandonment,
  - psychological or emotional abuse,
  - sexual abuse,
  - prenatal abuse,
  - subjection to chemicals or pharmaceuticals,
  - labour exploitation,
  - sexual exploitation, and
  - female genital mutilation.

Situations involving an inability to control the child's behaviour are also contemplated.

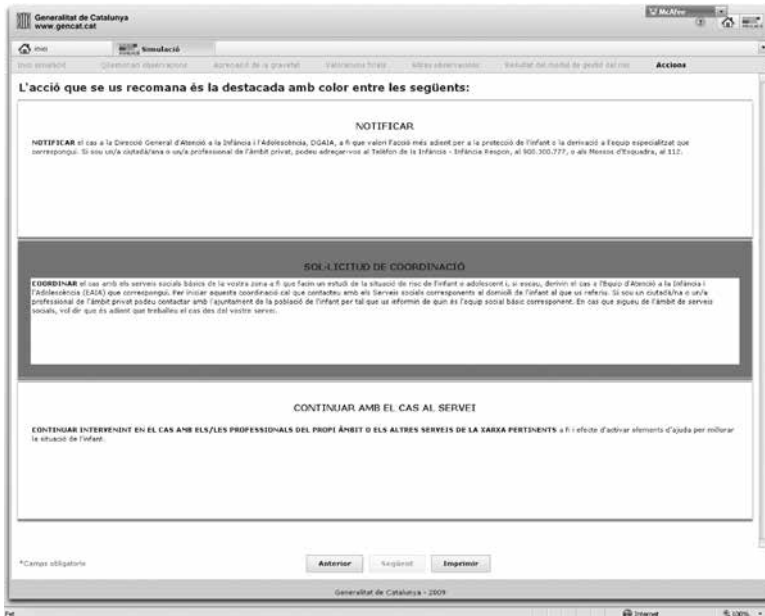
3. Possibility of recurrence of the situation suffered by the child.



4. Proposed intervention:

- Continue or begin work from their own service (school, health,...).
- Coordinate the case with the local social services, who may, depending on the severity of the case, refer it to the specialized child protection team.
- Directly notify the child protection services to protect the child as soon as possible.





For the program to give these responses, we have developed a system of algorithms that take into account the following conditions:

- Observation clusters are assigned a degree of severity from the outset (mild, moderate, severe).
- Some observations are associated with a type of abuse if they are specific to them, and others are nonspecific and are not associated with any particular type.
- For the program to give a response it must have an observation on the child (sections A or B or C) linked to an observation on the relationship the parents or carers have with the child (section D or the first three of E). We believe that there must be an interdependent relationship between the sections.
- The professional's opinion of the severity and the family's attitude towards the event and the service will provide the initial level of risk and alert us to the possibility of recurrence.

Currently, the program acts as a simulator and no personally identifiable data are entered. It is a support tool for professionals to evaluate cases, helping them to bring order to what they observe in a language common to other domains, requiring clarifications and offering feedback. It can be used in coordination with other services to discuss and reach agreements, or on its own. This phase is now complete and the simulator can be accessed freely and without cost via the Catalan government website. A second phase is planned where the four departments involved (Social Services, Health, Education and Police) are connected and after entering personal identification data cases may be referred and feedback obtained on previous notifications and monitored cases, as well as serving as a register for cases of abuse.

## Validating the Risk Management Support Module (MSGR)

---

### 3.1. Framing the validation process

The process of validating the MSGR was planned considering the overall system in order to check its reliability and relevance to the complex and changing social reality of professionals caring for children.

This validation process took the following four aspects into account:

Technological aspects. This validation assesses the correct functioning of the software in a trial environment by systematically verifying the requirements set out in the functional analysis.

Usability aspects, linked to the above, but beyond analyzing whether a command works or not, focusing on ease of use and learning how to use the program. What is sought is effectiveness, efficiency and user satisfaction. This inevitably requires joint validation with aspects of content.

Content aspects, related to content coherence both in terms of understanding the language used and the suitability of observations when it comes to the different social realities of children and adolescents in Catalonia, taking into account the varied situations commonly faced by professionals.

Aspects related to professional practice and the social environment or ecological validation, which is validation of the tool in its actual everyday use. This can also be seen as ongoing validation on the basis of the above aspects, which are validated prior to the program's implementation. This refers to both its usefulness as a resource (i.e. as a support tool in procedures where there is uncertainty or doubt), and evaluating its efficiency and effectiveness in managing real risk situations, so as to avoid what in research such as Broadhurst et al.'s (2010) is referred to as paradoxical effects when introducing new technologies. Validation of usability and content was carried out over a period of a year and a half, the technological validation session ending with public feedback, and the simulator version of the MSGR was put into operation in June 2011.

### 3.2. Methodology for validating the usability and content of the MSGR

This validation process was conducted in two phases: first, via an internal validation by a group of experts who designed a first version of the MSGR for testing; and then by professional users in what we call an external validation.

Internal validation was a lengthy process of reviewing, selecting and pruning the most relevant observations related to child abuse or the risk thereof. It also contemplated the structuring of information into sections and observation clusters, with selection by action domain and age; the selection of these observations by type of abuse; and grading the level of risk of each observation cluster by means of a four-colour traffic light system.

To raise awareness of this participatory process, public presentations were made in different areas of Catalonia. A total of 13 sessions were attended by some 838 professionals from various fields, in what may be considered an amazing turnout, demonstrating professionals' interest in this issue.

Of these attendees, slightly over half (427 professionals) registered to participate in the validation tests voluntarily. This fact, above and beyond the interest shown, demonstrates a willingness among professionals to be engaged in issues related to this topic.

#### ***External validation sessions: Focus Group A and Focus Group B***

The 427 professionals who registered to participate voluntarily in the trial were divided into two focus groups.

Focus Group A, comprising end users in the system (education, health, police and social services professionals), and

Focus Group B, comprising professionals from the departments most directly related to care

Focus Group A participated in online validation. After interacting with the Module they were asked to fill in an online form with their assessments of the MSGR's responses and proposed improvements.

A minimum participation of 48 professionals and 144 cases entered in the MSGR was stipulated for the results of this group to be accepted as valid. In the end, participation numbered 67 professionals and 141 cases were entered.

Focus Group B comprised professionals from areas more closely linked to child protection and university experts.

As far as this group was concerned, a minimum participation was stipulated of 80 professionals and 240 cases entered in the MSGR. The final participation was also much higher than expected, with 108 volunteers, and the number of cases they entered also exceeded expectations, reaching 251, that is, more than the 3 cases requested of each professional.

Amendments and proposals for improvement were collected and the necessary changes were made to the application. All participants and groups were then reconvened in a feedback session, again with high participation, where all changes and reasons for not changing were explained. Most of the contributions made in the participatory process were accepted.

### **Validation criteria**

In order to validate the risk management support module, criteria were stipulated beforehand to act as thresholds of acceptability for implementation of the module. Failure to achieve these results would lead to a review process and another participatory validation process.

### **Results of the validation**

Results of the participatory validation process:

The results of the validation process for the two Focus Groups show that all stipulated validation criteria were met (Table 2).

*Table 2: Results of the validation process*

Validation criterion	Acceptability threshold	Results obtained
1. No. of cases entered	384	392
2. System response	90%	95,2%
3. Type of assessment	90%	90%
4. Observations, observation clusters and sections	80%	80%
5. Personal data	75%	100%
6. System usability	80%	80%

Probably the most important question we posed to the professionals doing the test module was: “In the cases you entered, did you agree with the MSGR’s response regarding the assessment of risk (traffic light colour)?” The level of agreement was 95.2%.

We should add that during the validation process proposals and amendments were collected regarding the final evaluations of cases, some of which were entered into the new version of the application. This participatory process therefore also helped to collect more modifications and new proposals. As for the observation clusters and sections, no changes were proposed and they are therefore considered valid.

Regarding the usability of the system, during the validation process several opinions were received relating to screen design and system speed. And on the subject of design, improvements have been introduced such as scrollbars and full-screen labels for observations. Therefore, the validation criteria are considered to have been met, although we are aware that ongoing improvements will be needed in the future.



## Final considerations

As discussed in the introduction to this article, from the outset the Risk Management Support Module was intended as a tool that pursued wider goals than offering solely a systematic registry for child abuse cases. A reflective look back at said goals leads us to highlight the following contributions of the Module:

***The visibility of childhood.*** It is undeniable that advances in legislation and improved management and coordination of the professional child protection network is making childhood, for so long “invisible” to society’s eyes, more present in the public awareness. The MSGR was conceived as a tool for increasing this awareness towards the needs and rights of children. It enables both professionals working with children and young people and the rest of our community to share a culture of “learning to observe” children and their context and to discern factors and situations not favourable to their optimal well-being and development. These observations are recorded in the system, which becomes a dynamic database allowing what we have seen to be expanded upon, observations reconsidered, and professionals to consult and coordinate with one another. Making the move from “invisible” to “visible” childhood is also related to the data, as Lazarus writes (2012), taking on a relevant role and becoming the basic and essential tool for planning policies aimed at children and the technical programmes developed to this end.

***Widening the “circle of protection”.*** The result of having multiple perspectives from both citizens and professionals is a widening of our children and adolescents’ circle of protection. The natural tendency is to believe that child protection is guaranteed by the parents and family in general. But parenting is far from instinctive. Rather, it is a complex task involving a myriad of factors, many of which interact with one another. Some of these factors are associated with a potential for positive parental capacity while others seem to diminish or seriously endanger this potential. Advances in child protection policies include a change of perspective in the sense that the care and protection of children no longer rests only with parents and families, but rather each and every member of society becomes part of the circle that oversees and ensures the respecting of children’s rights. It is therefore important that everyone knows what the needs and rights of children and young people are in order to learn to discern events and contexts that endanger the child. The MSGR not only allows people to learn to observe but, as we have seen, also to collect these observations systematically so that they become useful and allow them, if necessary, to be passed on to the specialized services and teams to assess and diagnose the situation and implement the necessary programmes in each case.

***Less is more: learning to distinguish between the needs and rights of children, risk factors and events involving abuse.*** Learning to observe inherently entails learning to select, distinguish, and clarify. Decision trees and internal algorithms that form part of computerized processes like the MSGR provide valuable help in learning what to observe and the degree of severity of that observed. Understanding children's needs and rights lends a person a particular sensitivity when observing. However, it is the experts who have the responsibility of deciding whether this observation can be considered a risk factor for abuse or a proven case of abuse. For example, let us imagine we observe a child who, visibly tired, falls asleep in class. Regulating sleep is both a necessity and a right of the child. A person who is sensitive to and aware of the needs of children will record this event, and more so if it is repeated. But this person must also learn to avoid a hasty assessment of this observation. Falling asleep in class may be related to an emerging disease or the result of not being able to sleep because of parental fighting, among other possibilities. Only in the latter case do the two seemingly independent observations, the need for sleep and parents fighting, become related and take on a new meaning. A meaning that, in the event of repeated observations, leads to an assessment of neglect and therefore the verification of abuse for the child.

It is this relationship between the two events that enables us to understand parental fighting as a risk factor for the child as it can, as seen in the case simulated above, interfere with the child's developmental need to have a certain number of hours' sleep, as well as other probable negative consequences. Whether or not an observation is a risk factor for children can only be answered on the basis of our knowledge of cases in which this observed fact previously had negative consequences for children. And this is where the MSGR becomes a multifunctional tool. On the one hand, because in individual cases it allows the actual facts to be recorded rather than deal with hypothetical risk factors, and on the other, by considering not a specific case but the general population, the tool allows us to form a database for scientific research that strengthens the probability that certain facts may be considered risk factors – alone or in interaction with others. This scientific knowledge base helps to reflect on what kind of socio-educational prevention and support policies are necessary, leading to the collection of individual and specific data affecting the production of generalized data, which provide the basis for the continuous updating of prevention and intervention programmes.

***The severity of risk factors.*** Debate on which individual and contextual variables can be considered risk factors for children and adolescents, and establishing the severity (formerly known as “the high risk”) of these factors, is far from over. This article has presented different types of variables that may be considered risk or protective factors. But the issue is a complicated one for different reasons. One of these complications is concerned, as already mentioned, with the fact that at times a particular variable only becomes a risk factor when interacting with other variables. Another is that the negative consequence for the subject may be delayed over time and it is therefore difficult to establish a cause and effect relationship. An example of this is found in all studies warning that negative experiences in childhood, such as maternal depression or separations from attachment figures, among others, have severe



negative effects on mental health in adulthood (Madigan et al., 2006). The severity of a factor may also be affected by dynamic variables, such as the child's age, physical health, the presence or absence of protective factors, etc. A variable can affect domains which are not directly observable, for example, the type of attachment pattern a child is developing, which will later affect their capacity for resilience and their capacity for positive emotions. In this respect, the type of internal working model of attachment will in turn become a possible risk factor for positive parenting, especially when interacting with other variables, such as stress, for example (Sadurní, 2011). It should be noted, however, that the set of variables included in the MSGR were developed on the basis of extensive scientific research, as well as validation by a large number of experts and professionals. This is why the tool can also estimate the severity of a certain event, displayed by means of traffic light colours for situations which are "mild", "moderate" or "severe", and provide information about the type of intervention to be made.

**Risk or neglect.** Facilitating decision making. The distinction between observations, situations and factors of risk and events involving abuse is the cornerstone of one of the main contributions of the new Act on the Rights and Opportunities of Children and Adolescents (May 2010, Government of Catalonia): the distinction between a situation of risk and a situation of neglect. It is precisely on the basis of collected, studied and contrasted data that scientists can justifiably warn of situations which might involve a negative consequence for the child in a high percentage of cases. For example, the risk of a drug-dependent mother or father neglecting their child and this leading to serious consequences is quite high, according to the statistics (Wells, 2009). This does not mean it always has to be this way. It is also possible that a father or mother with a cocaine addiction, for example, satisfies their need for the drug only once they are sure their children are in the hands of someone who can care for and protect them, and that they manage their addiction so that it does not interfere with their parenting. Studies tell us that in a high percentage of cases the opposite occurs. But we must remain aware that the improbable is not impossible. Risk must lead to citizens and professionals becoming more alert and observations about children living in contexts of risk becoming scrupulous and systematic. The law provides for action by the social services and other professionals in education and health in situations of risk implementing programmes that might minimize or prevent risk. When risk does not diminish but rather increases and becomes more severe, then specialized teams are brought in.

In view of the above, it is necessary to make advances in the systematic collection of data and their scientific analysis and aim for more precision in defining the concepts of risk, neglect and abuse if we are to build more homogenous systems for assessing children, their families and life contexts.



## Bibliografia

Blalock, HB. (1969). *Theory Construction*. Englewood Cliffs (NJ). Prentice-Hall.

Broadhurst, K., Wastell, D., White, S., Hall, C., Peckover, S., Thompson, K., Pithouse A. & Davey, D. (2010). "Performing 'initial assessment': identifying the latent conditions for error at the front-door of local authority children's services". *British journal of social work*, 40, 352-370.

Bunge, M. (1975). "What is a quality of life indicator? *Social Indicators Research*, 2, 65-79.

Bunge, M. (1980). *Epistemología*. Barcelona: Ariel.

Casas, F. (1989). *Técnicas de investigación social: Los indicadores sociales y psicosociales. Teoría y práctica*. Barcelona: PPU

Casas, F. (1998). *Infancia: Perspectivas psicosociales*. Barcelona: Paidós.

Granell, E. (1986). "Evaluation of high risk indices for preventive programs: A new challenge for behavioral assessment". *Evaluación Psicológica*, 2, 5, 3-13.

Lázaro, A. (2012). "La importància de la recollida i l'anàlisi de dades en les polítiques d'infància. De les dades macropolítiques a les dades específiques que es gestionen en la quotidianitat de la intervenció tècnica". A *Parlem d'infància. Recull d'articles del butlletí Inf@ncia (2009-2010)*. Col·lecció Infància i Adolescència, 7. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social i Família.

Madigan, S., Bakermans-Kranenburg, M.J., Van Ijzendoorn, M.H., Moran, G., Pederson, D.R. & Benoit, D. (2006). "Unresolved states of mind, parental behaviour and disorganized attachment: A review and meta-analysis of transmission gap". A *Attachment & Human Development*. V.8 núm. 2, p. 89-113.

Sadurní, M. (2011). *Víncle afectiu i desenvolupament humà*. Barcelona: Editorial UOC.

Wells, K. (2009). "Drogadicción y maltrato infantil". A *Clínicas Pediátricas de Norteamérica n° 2* (monogràfic sobre *Maltrato y abandono de menores: avances y retos en el siglo XX*), 345-362.

