

Procedimiento operativo estandarizado de  
**COORDINACION ATENCIÓN HOSPITALARIA - ATENCION PRIMARIA PARA  
INTERVENCION CON MENORES EN RIESGO SOCIAL Y/O SOSPECHA DE  
MALTRATO**

POE – HURS - 043 – V. 1

Fecha entrada en vigor v1: 02/10/2017

FECHA	REALIZADO: 24/3/2017	REVISADO: 01/06/2017	APROBADO: 02/10/2017
<b>NOMBRE</b>	Francisca Carmona Buendía Auxiliadora García García Alicia García Martínez M <sup>a</sup> Isabel Santiago Asensio M <sup>a</sup> Dolores Simarro Bravo	Marisol de Cristino Espinar Rafael Espino Pérez Sonia González Cabezas Ana Pelayo Orozco Juan Pérez Navero	Valle García Sánchez José Manuel Cosano Santiago
<b>CARGO</b>	Trabajadora social Centros de Salud Santa Rosa y Poniente Trabajadora social Hospital Materno-Infantil Trabajadora social Hospital Materno-Infantil Trabajadora social Centro de Salud Palma del Río Pediatra Consulta de Pediatría Social	Directora de Cuidados del Distrito Córdoba Guadalquivir Responsable de Maltrato a Persona de la Delegación de Salud Psicóloga Sanitaria. Técnica Promoción Salud. DS Córdoba-Guadalquivir Subdirectora Médica y Responsable del SAC del Hospital Universitario Reina Sofía Director de la UGC de Pediatría del Hospital Universitario Reina Sofía	Directora Gerente del Hospital Universitario Reina Sofía Director Gerente del Distrito Córdoba Guadalquivir
<b>FIRMA</b>	Página 14	Páginas 14 y 15	
<b>Responsable de revisión</b> M <sup>a</sup> Isabel Santiago Asensio - Alicia García Martínez			<b>Fecha de revisión</b> 2020
<b>Lugar de archivo</b> UNIDAD DE CALIDAD			<b>Responsable custodia</b> M <sup>a</sup> José Berenguer García

## 1. OBJETO

Describir las actuaciones para el establecimiento de un canal ágil de comunicación entre los dos niveles asistenciales (Atención Primaria y Hospitalaria) para potenciar la continuidad del tratamiento social e informar sobre las intervenciones realizadas en casos de menores en situación de riesgo social o con sospecha de maltrato. Esto va a permitir que las situaciones detectadas en el Hospital Universitario Reina Sofía (HURS) puedan ser compartidas con pediatras, enfermeras y trabajadoras sociales de los centros de salud, y viceversa, para promover una intervención coordinada y un tratamiento integral.

Actuaciones a llevar a cabo:

- Establecer los circuitos adecuados para la correcta notificación y coordinación de situaciones de menores con presencia de factores de riesgo social y/o indicadores de maltrato.
- Consensuar y promover la elaboración de un “Plan de Intervención Individualizado”.
- Protocolizar el trabajo en los diferentes niveles de atención (Hospitalaria - Primaria), garantizando la coordinación y la calidad en la atención.

## 2. ALCANCE

El presente POE va dirigido a todos los profesionales con atención directa a menores de los Centros de Salud del Distrito Córdoba - Guadalquivir y del Hospital Materno-Infantil del HURS de Córdoba y será de aplicación en los niños y niñas atendidos en dichos centros en situación de **riesgo social y/o sospecha de maltrato**.

Si tiene dudas con la interpretación de este documento o quiere hacer alguna mejora u observación, puede dirigirse a M<sup>a</sup> Isabel Santiago Asensio, trabajadora social Córdoba Guadalquivir, teléfono corporativo 637912 y correo corporativo [isabel.santiago.asensio.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:isabel.santiago.asensio.sspa@juntadeandalucia.es) y a Alicia García Martínez, trabajadora social del Hospital Materno-Infantil del Hospital Universitario Reina Sofía, teléfono corporativo 754758 y correo electrónico: [alicia.garcia.martinez.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:alicia.garcia.martinez.sspa@juntadeandalucia.es)

## 3.- EQUIPAMIENTO NECESARIO

Informe Clínico (el modelo de la Historia Digital).

Informe de Continuidad de Intervención Social.

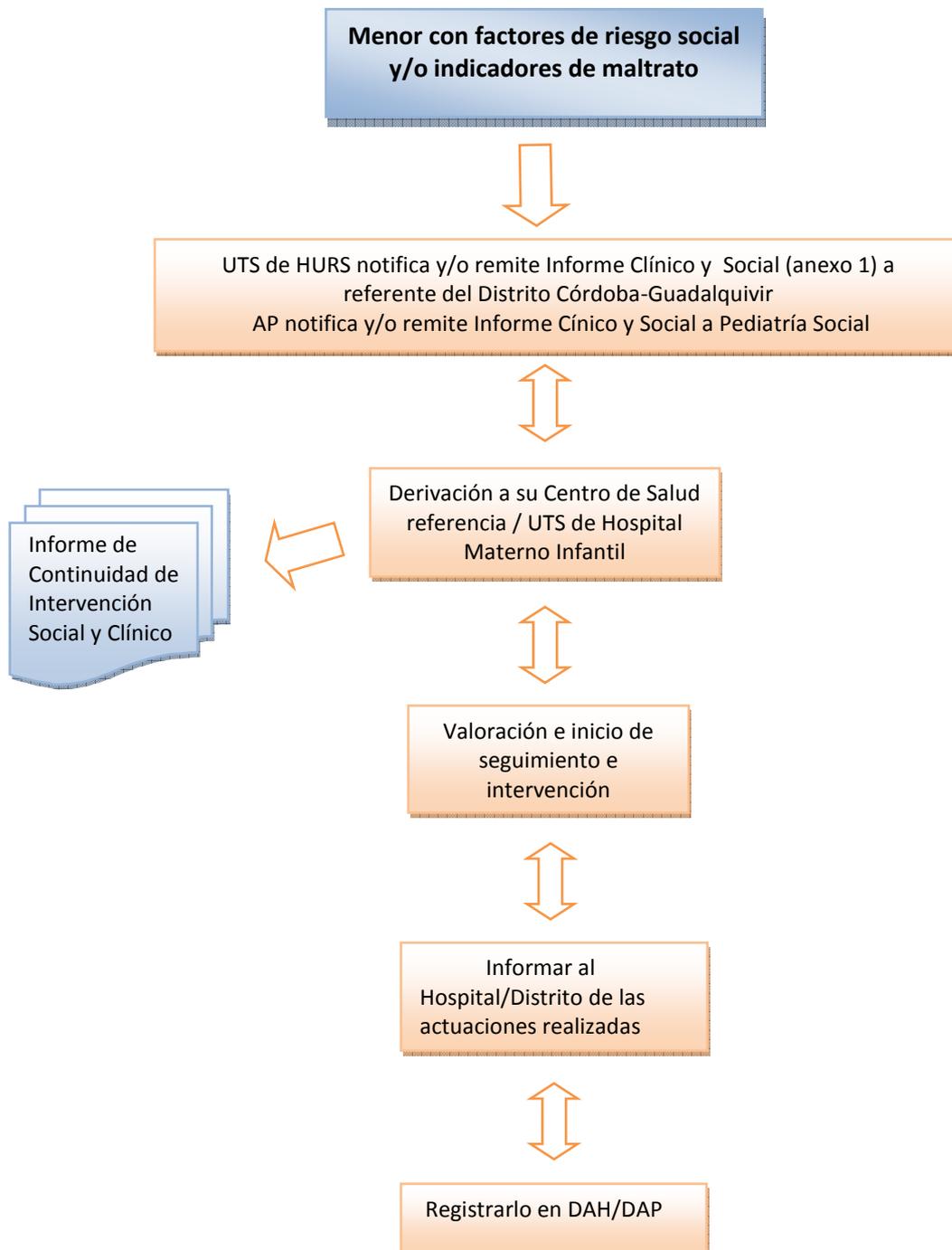
Ordenador con acceso a Historia Clínica.

## 4.- DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

- La información del caso motivo de estudio e intervención entre los dos niveles para valoración y coordinación de las actuaciones, debe llegar desde la Unidad Trabajo Social (UTS) del HURS o desde la UGC de Atención Primaria (AP). Se detallarán aspectos de la situación detectada: indicadores de sospecha de maltrato, factores de riesgo social y también los factores de protección y demás datos relevantes. Se informará de las notificaciones efectuadas a otras instituciones (Servicios Sociales

Comunitarios, Servicio de Protección de Menores, Juzgado de Guardia, etc.), así como de las actuaciones realizadas con el menor y con sus familiares.

- La notificación de cada caso se realizará por correo electrónico a la referente del Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir designada para tal fin (Sonia González Cabeza), correo: [sonia.gonzalez.exts@juntadeandalucia.es](mailto:sonia.gonzalez.exts@juntadeandalucia.es). En caso de que la información parta de Atención Primaria, se remitirá a la cuenta de correo de la Consulta de Pediatría Social: [pediatriasocial.hrs.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:pediatriasocial.hrs.sspa@juntadeandalucia.es). Se aportarán los datos de identificación del menor que permita el adecuado acceso a su Historia Clínica, donde previamente se ha reflejado la situación detectada y las intervenciones realizadas; en caso de disponer de información no reflejada en la Historia Clínica se enviará Informe de Continuidad de Intervención Social e Informe Clínico.
- La referente del Distrito Sanitario trasladará el caso al Centro de Salud correspondiente según zona de residencia del menor o a Unidad de Trabajo social en función del lugar de procedencia del caso concreto.
- La Consulta de Pediatría Social recibirá las notificaciones y los informes emitidos desde Atención Primaria.
- Seguimiento del caso por parte de los profesionales de Atención Primaria/Consulta de Pediatría Social del HURS y elaboración del Plan de Intervención.
- Desde Atención Primaria se informará al Hospital de las actuaciones realizadas y viceversa, bien a través de la referente de Distrito o directamente a los profesionales de Trabajo Social en cada nivel. Esta información se anotará en la Historia Clínica del menor (Hoja de Intervención Social de Diraya de Atención Especializada - DAH - para que el resto de profesionales tengan acceso a ella y/o en Diraya Atención Primaria).



## 5. BIBLIOGRAFIA

1. Procedimiento de Coordinación para la Atención de Menores víctimas de malos tratos en Andalucía. Junta de Andalucía 2003.
2. Protocolo de Intervención sanitaria en casos de Maltrato Infantil. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales
3. Programa de Salud Infantil y Adolescencia de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.
4. PAI seguimiento del Recién Nacido de riesgo (factores de riesgo social que pueden influir en el desarrollo del niño).
5. POE de Atención en caso de abuso sexual a menores.
6. POE de Detección y Actuación ante el maltrato infantil en el ámbito hospitalario
7. Ley 42/2015 de 5 de octubre de Reforma de la Ley 1/200 de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.
8. Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia
9. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género

## 6. DOCUMENTOS ASOCIADOS

AX01 - POE 043. INFORME DE CONTINUIDAD DE INTERVENCIÓN SOCIAL Y CLÍNICO.

AX02 - POE 043. TIPOLOGÍA DE MALTRATO.

AX03 - POE 043. FACTORES DE RIESGO SOCIAL QUE PUEDEN INFLUIR EN EL DESARROLLO DEL NIÑO/A.

## 7. LISTADO DE DISTRIBUCIÓN

Este procedimiento se puede consultar en la Web del Hospital [http://hrs3.hrs.sas.junta-andalucia.es/index.php?id=profesionales\\_proced\\_generales](http://hrs3.hrs.sas.junta-andalucia.es/index.php?id=profesionales_proced_generales)

En Atención Hospitalaria se ha remitido por correo electrónico a:

NOMBRE Y APELLIDOS	SERVICIO / UNIDAD	FECHA
Valle García Sánchez	Directora Gerente	OCTUBRE 2017
Antonio Llergo Muñoz	Coordinador Asistencial	OCTUBRE 2017
Pilar Pedraza Mora	Directora de Enfermería	OCTUBRE 2017
Amparo Simón Valero	Directora Económico - Administrativa	OCTUBRE 2017
José Luís Gómez de Hita	Director de Servicios Generales	OCTUBRE 2017
Juan Alfonso Sereno Copado	Director de Personal	OCTUBRE 2017



En Atención Primaria se ha remitido por correo electrónico a:

NOMBRE Y APELLIDOS	SERVICIO / UNIDAD	FECHA
José Manuel Cosano Santiago	Director Gerente del Distrito Córdoba Guadalquivir	OCTUBRE 2017
José Nicolás García Rodríguez	Director de Salud del Distrito Córdoba Guadalquivir	OCTUBRE 2017
Marisol de Cristino Espinar	Directora de Cuidados del Distrito Córdoba Guadalquivir	OCTUBRE 2017

## AX01- POE 043 INFORME DE CONTINUIDAD DE INTERVENCIÓN SOCIAL Y CLÍNICO.

### ANEXO 1: INFORME DE CONTINUIDAD DE INTERVENCIÓN SOCIAL Y CLÍNICO

De:
A:

Fecha:

#### **DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA MENOR**

Nombre:	Apellidos:	
Fecha de Nacimiento:		
Padre:	Madre:	Otros:
Domicilio:		
Localidad:	Provincia:	CP:
Tlfno1:	Tlfno2:	

#### **MOTIVO DE DERIVACIÓN**

--

#### **SITUACIÓN SOCIOSANITARIA:**

--

#### **VALORACIÓN SOCIAL:**

--

#### **NOTIFICACIONES Y ACTUACIONES REALIZADAS**

--

#### **PROPUESTA DE CONTINUIDAD DE INTERVENCIÓN SOCIAL:**

--

Firmado:

#### **INTERVENCIÓNES REALIZADAS**

--

Firmado:

## AX02- POE 043 TIPOLOGÍA DE MALTRATO.

### TIPOLOGIA E INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL

Los **indicadores** constituyen un instrumento esencial para los profesionales, no sólo para la detección del maltrato, sino para la evaluación y el seguimiento de las intervenciones realizadas, de ahí la importancia de su conocimiento. Su obtención puede provenir de la propia observación del niño y su familia, de entrevistas, datos sociales y exámenes médicos y psicológicos, así como de otras pruebas complementarias.

Los indicadores son **signos, conductas o síntomas** directamente observables que señalan la posible existencia de malos tratos. No obstante, es importante que no se realice una valoración apresurada por la presencia de un solo indicador, sino que es más adecuado desarrollar una labor de observación para comprobar su persistencia y la coincidencia con otros indicadores. Las sospechas pueden estar bastante fundamentadas cuando:

- El indicador/es se presenta de forma continuada en el tiempo o de forma reiterada.
- Se combinan varios indicadores entre sí.
- El/la menor presenta lesiones sin justificar.
- Hay situaciones en las que la presencia de un solo indicador (ej. lesión física sin justificar) es tan evidente que el maltrato queda confirmado.

### TIPOLOGÍA:

**MALTRATO FÍSICO:** Cualquier acto, no accidental, ocasionado a un menor por su progenitor o sustituto que le provoque daño físico o enfermedad al/a menor o le coloque en grave riesgo de padecerlo.

De forma habitual o reiterada, se observan en el menor una serie de signos o indicadores, de presencia anormal, tales como magulladuras, moratones, quemaduras, fracturas, heridas o raspaduras, mordeduras, cortes o pinchazos no justificados de forma convincente. En algunos casos son ratificados por el menor como producto de agresiones. Generalmente, la presencia de cualquier fractura en niños menores de dos años puede indicar el maltrato físico, y de forma especial, la observación reiterada de lesiones traumáticas.

**MALTRATO PSÍQUICO O EMOCIONAL:** Hostilidad verbal en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono, y constante bloqueo de las iniciativas infantiles de interacción (desde la evitación hasta el encierro).

**NEGLIGENCIA/ABANDONO FÍSICO/COGNITIVO:** Falta de atención temporal o permanente de las necesidades físicas básicas del/la menor: cuidados médicos (absentismo reiterado a consultas y a realización de pruebas diagnósticas, incumplimiento de pautas de tratamiento y de cuidados), alimentación, vestido, educación, higiene, protección y vigilancia en situaciones potencialmente peligrosas.

También pueden darse situaciones de **abandono** por delegación total de los padres/tutores del cuidado del/la menor en otras personas, con desaparición física y desentendimiento completo de la compañía y cuidado de/la hijo/a.

**ABANDONO PSICOLÓGICO/EMOCIONAL:** Falta persistente de respuesta a señales, expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el/la menor, y una falta de contacto o de expresividad emocional en las interacciones mutuas por parte de la figura adulta estable.

**ABUSO SEXUAL:** Cualquier clase de contacto o interacción sexual de un adulto con un/a menor, donde el primero posee una posición de poder o autoridad lo utiliza para la realización de actos sexuales o como objeto de estimulación sexual. También se considera abuso la ejercida por menores de 18 años cuando estos sean significativamente mayores que el menor víctima o cuando estén en una posición de poder o control sobre éste. (Ver Procedimiento ante Sospecha de Abuso Sexual Infantil).

**MALTRATO PRENATAL:** abuso de drogas o alcohol durante el embarazo, o cualquier circunstancia vital de la madre que incida voluntariamente en el feto, y que provoca que el bebé nazca con un crecimiento anormal, patrones neurológicos anómalos, con síntomas de dependencia física de dichas sustancias, u otras alteraciones imputables a su consumo por parte de la madre.

Falta de atención y cuidados en el embarazo, de control y/o seguimiento médico del embarazo, máxime si se trata de un embarazo de alto riesgo debido a la presencia de enfermedades en la madre o en el feto.

Este tipo de maltrato también se hace extensivo al progenitor o compañero de la embarazada cuando inflinge a ésta maltrato.

## **RETRASO NO ORGÁNICO EN EL CRECIMIENTO**

También denominado retraso psicosocial del crecimiento, se refiere al diagnóstico médico de aquellos niños que no incrementan su peso con normalidad en ausencia de una enfermedad orgánica. Sin embargo, se produce una ganancia sustancial de peso durante la estancia en el hospital, o bien hay una recuperación del retraso evolutivo cuando el niño dispone de un ambiente de cuidados adecuados. Aparece más en niños menores de dos años y se caracteriza por la desaceleración o retraso del desarrollo físico y emocional. Suele asociarse con una privación emocional de la figura cuidadora hacia el/la menor.

## **SÍNDROME DE MUNCHAÜSEN POR PODERES**

Los padres o cuidadores someten al niño a continuos ingresos y exámenes médicos, alegando síntomas físicos patológicos ficticios o generados de manera activa por ellos mismos. Como consecuencia, el menor se ve sometido a continuos ingresos, exámenes médicos, pruebas diagnósticas innecesarias y a veces dolorosas, que pueden ser perjudiciales para su salud física y mental.

## **EXPLOTACIÓN LABORAL**

Asignación con carácter obligatorio, por parte de los padres/tutores, de la realización de trabajos que exceden el límite de lo habitual que deberían ser realizados por adultos e interfieren de manera clara en las actividades y necesidades sociales o escolares del/la menor.

## **CORRUPCIÓN**

Los adultos promueven o refuerzan en el/la menor conductas ilegales, creando un modelo de vida inadecuado para su normal desarrollo por contener pautas asociales, delictivas o autodestructivas, particularmente en las áreas de agresión, sexualidad o uso de sustancias adictivas. Ello dificulta la normal integración social y puede producir una incapacidad para las experiencias sociales normales.

## **MALTRATO INSTITUCIONAL**

Cualquier programa, legislación, procedimiento, actuación u omisión por parte de organizaciones o instituciones, o bien procedente del comportamiento individual de un profesional que conlleve abuso, negligencia, detrimento de la salud, del desarrollo y de la seguridad o que viole los derechos básicos de los menores.

## **OTROS:**

- Conflictos parentales.
- Menores en contextos de violencia de género.
- Acoso escolar.
- Ciberacoso.
- Hiperfrecuentadores de consulta.

## AX03- POE 043 FACTORES DE RIESGO SOCIAL QUE PUEDEN INFLUIR EN EL DESARROLLO DEL NIÑO/A.

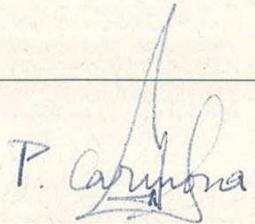
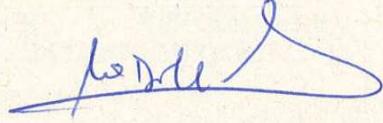
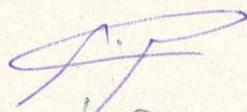
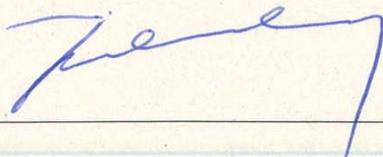
### FACTORES DE RIESGO SOCIAL QUE PUEDEN INFLUIR EN EL DESARROLLO DEL NIÑO

<b>1. CARACTERÍSTICAS DE LOS PADRES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad padres: menores de 18 años, o con características de inmadurez.</li> <li>- Consumo de drogas.</li> <li>- Padres con diagnóstico o sospecha de discapacidad psíquica: enfermedad o deficiencia mental.</li> <li>- Antecedentes de retirada de custodia, tutela o guardia de otros hijos.</li> <li>- Enfermedad física, neurológica o degenerativa invalidante.</li> </ul>
<b>2. CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ruptura familiar y/o situaciones críticas.</li> <li>- Ambientes familiares gravemente alterados.</li> <li>- Antecedentes y /o situaciones de maltrato físico o psicológico, o violencia de género.</li> <li>- Familias excluidas socialmente.</li> <li>- Familia monoparental unido a otros factores de riesgo.</li> <li>- Presencia en el núcleo familiar de personas (hermanos...) con patologías severas, que conlleven necesidades especiales de cuidados.</li> <li>- Acogimiento familiar o adopción.</li> </ul>
<b>3. SITUACIONES DE ESTRÉS O ESPECIAL VULNERABILIDAD DURANTE EL EMBARAZO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Embarazos múltiples o de riesgo (incluido reproducción asistida).</li> <li>- Embarazos no aceptados, accidentales y traumatizantes (violación).</li> <li>- Información de malformaciones o lesiones en el feto (probables o confirmadas) según repercusión.</li> <li>- Abortos o muerte de hijos anteriores.</li> <li>- Embarazada en aislamiento o marginación social.</li> <li>- Embarazada adolescente sin apoyo familiar.</li> <li>- Planteamiento de ceder al hijo para adopción.</li> </ul>
<b>4. SITUACIONES DE ESTRÉS O ESPECIAL VULNERABILIDAD DURANTE EL PERIODO NEONATAL/POSTNATAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partos múltiples unidos a otros factores de riesgo.</li> <li>- Diagnóstico perinatal de probable/posible discapacidad física, psíquica, o sensorial o malformación.</li> <li>- La madre se encuentra decepcionada con el sexo del bebé o no muestra alegría por él.</li> <li>- Depresión postparto materna.</li> <li>- Niños con hospitalizaciones frecuentes.</li> <li>- Institucionalización.</li> <li>- Cambios continuos de cuidadores.</li> <li>- Pérdida súbita de algún miembro de la familia primaria: abandono, separación, o defunción.</li> <li>- Madre o padre incapaz de controlar el llanto de su hijo.</li> <li>- La madre o el padre ignora las demandas del bebé para ser alimentado.</li> <li>- Los padres muestran expectativas poco realistas respecto al menor.</li> <li>- Rechazo de la madre o del padre hacia su hijo.</li> </ul>

<p><b>5. DETECCIÓN DE RIESGO EN LA INTERACCIÓN FAMILIA/SERVICIOS SANITARIOS</b></p>	<p><b><u>PRENATAL:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Embarazo no controlado.</li> <li>- Primera visita después de las 20 semanas de gestación, o menos de 5 consultas médicas durante el embarazo.</li> </ul> <p><b><u>POSTNATAL:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de asistencia a las citas programadas.</li> <li>- Incumplimiento del calendario de vacunaciones.</li> <li>- Incomparecencia reiterada a las citas ambulatorias programadas en el caso de seguimiento de enfermedades graves o crónicas.</li> <li>- Acudir a la consulta médica o urgencias sin motivo aparente.</li> <li>- Insistencia en el ingreso del niño/a por procesos banales.</li> <li>- Abandonar al menor en el centro hospitalario o no ofrecerle la atención debida durante su estancia.</li> <li>- Falta de colaboración con los médicos y demás personal sanitario, o bien extremada actitud solícita de colaboración y disfrute de ser receptor de atención médica.</li> <li>- Incomparecencia de los progenitores en las citas con el médico o en el momento del alta.</li> <li>- Adaptación muy fácil y precoz del menor al hospital.</li> <li>- Retraso en acudir al centro sanitario ante una urgencia.</li> <li>- Prisas para que se les atienda por accidentes mínimos.</li> <li>- Lesiones incoherentes con la explicación proporcionada.</li> <li>- Accidentes por negligencias familiares.</li> <li>- Asistencia a distintos centros sanitarios.</li> <li>- Actitudes autoagresivas o de autoestimulación en el menor.</li> <li>- Dificultad de socialización en presencia de la familia.</li> <li>- Utilización de la coerción verbal o física por parte de los padres, en la relación con el menor durante su estancia en el centro sanitario.</li> <li>- Suministrar información falsa sobre la historia médica, familiar o social.</li> <li>- Trastornos del desarrollo sin otra causa que lo justifique.</li> <li>- Trastornos del comportamiento sin otra causa que lo justifique.</li> <li>- Trastornos de las emociones sin otra causa que lo justifique.</li> </ul>
<p><b>6. FACTORES AMBIENTALES Y SOCIALES DE RIESGO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausencia o deficiencia en la vivienda, carencia de higiene y falta de adaptación a las necesidades del niño en la vivienda habitual o local de cuidado.</li> <li>- Nacimiento o permanencia en prisión.</li> <li>- Institucionalización.</li> <li>- Hospitalización prolongada o crónica.</li> <li>- Exposición frecuente bien a un exceso o un deficiencia de estimulación perceptiva.</li> </ul>
<p><b>7. FACTORES SOCIALES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificultades en el entorno para administrar /proveer la alimentación adecuada.</li> <li>- Dificultad del entorno para mantener rutinas de sueño.</li> <li>- Entorno inseguro y con dificultades para que el niño desarrolle la propia iniciativa.</li> <li>- Exposición a relaciones inestables o inadecuadas.</li> <li>- Dificultad para el acceso adecuado a los adultos cuidadores.</li> <li>- Pérdida de referente importante para el niño, por cualquier causa.</li> <li>- Exposición a escenas de violencia en el domicilio, las instituciones o en la TV.</li> <li>- Exposición a prácticas y situaciones inadecuadas.</li> </ul>

<p><b>8.INDICADORES DE MALTRATO PRENATAL</b></p>	<p><b><u>EN EL RN:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Síndrome de abstinencia.</li> <li>- Sufrimiento fetal, prematuridad, retraso de crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, y cualquier malformación o daño atribuible a conductas de la madre o progenitor.</li> <li>- Síntomas inespecíficos: dificultad respiratoria, dificultad para alimentarse, vómitos, diarrea, convulsiones, etc..sin causa aparente.</li> <li>- Retraso psicomotor(” asociado a otros factores”)</li> </ul> <p><b><u>EN LA MADRE O PROGENITOR:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rechazo del embarazo</li> <li>- Falta de control o seguimiento médico del embarazo</li> <li>- Negligencia en la alimentación e higiene del RN</li> <li>- Medicaciones excesivas o inadecuadas</li> <li>- Consumo abusivo o inadecuado de tabaco y alcohol</li> <li>- Exceso de trabajo corporal</li> <li>- Promiscuidad o prostitución</li> <li>- Maltrato físico por parte del padre/compañero hacia la embarazada.</li> <li>- Negligencia en la atención de las necesidades básicas de la embarazada por parte del padre/compañero.</li> </ul>
<p><b>9.INDICADORES DE MALTRATO POSTNATAL</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicadores en el menor y en los cuidadores de: Maltrato físico, psicológico, negligencia, abandono, abuso sexual, corrupción, explotación, retraso no orgánico del crecimiento, Síndrome de Munchausen por poderes, Maltrato institucional.( Anexo .Indicadores del maltrato PSIA-A)</li> </ul>

**REALIZADO**

<b>REALIZADO</b>		
Francisca Carmona Buendía	Trabajadora social Centros de Salud Santa Rosa y Poniente	
Auxiliadora García García	Trabajadora social Hospital Materno-Infantil	
Alicia García Martínez	Trabajadora social Hospital Materno-Infantil	
M <sup>ra</sup> Isabel Santiago Asensio	Trabajadora social Centro de Salud Palma del Río	
M <sup>ra</sup> Dolores Simarro Bravo	Pediatra Consulta de Pediatría Social	
<b>REVISADO</b>		
Rafael Espino Pérez	Responsable de Maltrato a Persona de la Delegación de Salud	
Marisol de Cristino Espinar	Directora de Cuidados del Distrito Córdoba Guadalquivir	
Ana Pelayo Orozco	Subdirectora Médica y Responsable del SAC del Hospital Universitario Reina Sofía	
Juan Pérez Navero	Director de la UGC de Pediatría del Hospital Universitario Reina Sofía	



Sonia Cabezas González	Psicóloga Sanitaria. Técnica Promoción Salud. DS Córdoba-Guadalquivir	
------------------------	---	---