

Universidad de la República

Maestría: "Derechos de Infancia y Políticas Públicas"

**" DIFICULTADES PARA VISIBILIZAR PRECOZMENTE EL MALTRATO
INFANTIL EN EL EJERCICIO DE LA PEDIATRÍA "**

Estudiante: Virginia Perdomo.

Dir. electrónica: vnaranja5@gmail.com

CI: 1.599.368-0

Tutoras: Dra. Sandra Leopold - Dra. Gabriela Garrido

Montevideo, 1 de agosto 2021

Agradezco a mis tutoras por la motivación y el acompañamiento a lo largo de todo el proceso de trabajo, con dedicación y compromiso.

Indice

Introducción.....	Pág. 5
Estrategia metodológica de la investigación.....	Pág. 8
Cap. 1. El rol del pediatra y su formación	Pág. 12
Cap. 2. La violencia como un tema de salud.....	Pág. 20
2.1. Salud. La salud como un Derecho. La Salud Pública	Pág. 20
2.2. Violencia. La violencia como un problema de salud.....	Pág. 23
2.3. Los derechos en salud de los niños desde la CDN y su cambio de paradigma.....	Pág. 33
2.4. Legislación y Políticas Públicas en Uruguay vinculadas a violencia hacia NNA. Pág.	34
2.5. La asistencia a las situaciones de violencia en las instituciones de salud.....	Pág. 42
Cap. 3. La infancia.....	Pág. 46
3.1. Evolución del concepto de infancia a través de la historia y el maltrato infantil....	Pág. 46
3.2. Historia reciente de derechos de NNA vinculados a la salud y al MTI en Uruguay.Pag.	59
3.2.1. Código del Niño del año 1934, ley N° 9342.....	Pág. 59
3.2.2. Declaración de los Derechos del Niño.....	Pág. 60
3.2.3. Convención de los Derechos del Niño (CDN).....	Pág. 61
3.2.4. Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA). Ley 17.823.....	Pág. 62

3.2.5. Integridad personal de niños, niñas y adolescentes. Ley N° 18214.....	Pág. 63
3.2.6. Derecho y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud. Ley N° 18335.....	Pág. 64
3.2.7. Ley sobre salud sexual y reproductiva. Ley N°18.426.....	Pág. 65
3.2.8. Ley de violencia hacia las mujeres basada en genero. Ley N° 19580.....	Pág. 66
3.2.9. Modificación del capítulo XI de la ley 17.823, Código de la niñez y la adolescencia. Ley N° 19747.....	Pág. 67
Cap. 4. Explorando la percepción de las pediatras a través de sus discursos	Pág. 69
Retomando la pregunta de investigación.....	Pág. 69
4.1. Características de los entrevistados.....	Pág. 71
4.2. En relación a la actividad profesional.....	Pág. 74
4.3. Respecto al MI: la formación específica, el conocimiento de los protocolos y las formas de abordaje.....	Pág. 82
4.3.1. Sobre la formación específica en MI.....	Pág. 82
4.3.2. Conocimiento y valoración de los protocolos.....	Pág. 84
4.3.3. Formas de abordaje.....	Pág. 86
4.4. Reflexiones sobre el cuidado del cuidador.....	Pág. 101
Cap. 5. Conclusiones.....	Pág. 104
5.1. Influencia de la formación del pediatra y de las políticas públicas.....	Pág. 105

5.2. Discusión sobre el rol del pediatra.....	Pág. 107
5.3. Dificultades logísticas	Pág. 109
5.4. Detección precoz o detección a tiempo.....	Pág. 110
5.5. Algunos aspectos para seguir trabajando.....	Pág. 107
A modo de sugerencias.....	Pág. 113
Referencias bibliográficas.....	Pág. 114
Anexo.....	Pág. 131

Introducción

El presente documento es el producto del trabajo final de investigación realizado en el marco de la Maestría en Derechos de Infancia y Políticas Públicas de la Universidad de la República de Uruguay (UdelaR), constituyendo la tesis de egreso.

El tema elegido para esta investigación “Dificultades para visibilizar precozmente el Maltrato Infantil (MI) en el ejercicio de la pediatría”, se encuentra relacionado con la mirada personal de la autora como integrante del equipo de salud, en su rol de médica pediatra.

El MI refiere a “toda acción u omisión que lesione o pueda lesionar potencialmente al niño, interfiriendo su óptimo desarrollo desde el punto de vista físico, psicológico, emocional y social” (Querol en Garrote, 2018, p.3).

La importancia de profundizar en el tema MI radica en que el mismo conlleva una violación a los Derechos Humanos, específicamente a los derechos de niños, niñas y adolescentes (NNA), recogidos en documentos de acuerdos internacionales como la Declaración de los Derechos del Niño y la Convención de los Derechos del Niño¹ (CDN), así como en la legislación nacional, como el Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA), entre otros documentos jurídicos que se analizarán en el desarrollo del texto.

Asimismo, el MI tiene una importancia fundamental en cuanto a los costos en salud que ocasiona, tanto por el impacto que el mismo tiene a corto, mediano y largo plazo, no solo en los NNA, sino en toda la sociedad, como también por su alta prevalencia (Perrone, 2010).

¹ La CDN es un tratado internacional, emanado de las Naciones Unidas y aprobado por su Asamblea General el 20 de noviembre de 1989, que reconoce los derechos humanos de los niños y las niñas.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud ² (OMS), se reporta que uno de cada 4 niños o niñas en el mundo sufren malos tratos (OMS, 2016). La cuantificación del fenómeno del MI presenta dificultades, tanto por el alto rechazo social que el fenómeno produce, como por la imprecisión conceptual y metodológica que presenta. Según la encuesta de hogares: Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) 2013, realizada por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y por el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), en Uruguay el 54,6% de los NNA de 2 a 14 años de edad fue sometido a algún método violento de disciplina en el último mes (UNICEF, 2017).

A criterio de la autora, a partir de su práctica profesional, existe la percepción en el equipo de salud, de que las situaciones de violencia se detectan en etapa crónica, es decir cuando llevan más de 6 meses de instaladas y ya no se producen, en forma aislada y única, sino de manera reiterada. Apoya esta percepción el informe de gestión del Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV³) de 2020 que reconoce que, en 9 de cada 10 situaciones de malos tratos, en los que dicho sistema intervino y registró, los episodios violentos habían sucedido desde hacía más de 6 meses y que en 3 de cada 4 de las situaciones intervenidas por SIPIAV durante el mismo año, los hechos se habían reiterado más de una vez (SIPIAV, 2020); así como en otros trabajos nacionales e internacionales que apoyan esta percepción y que se describen a lo largo del texto.

Si bien la detección tardía del MI es multifactorial, seguramente influya en la misma, la dinámica de las situaciones de violencia, sobre todo en el caso del abuso sexual infantil (ASI),

² OMS. La Organización Mundial de la Salud es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial. Tiene como objetivo construir un futuro mejor y más saludable para las personas de todo el mundo

³ SIPIAV es el organismo nacional de coordinación intersectorial e interinstitucional, que tiene por cometido primordial abordar, de manera conjunta e integral, la violencia dirigida contra NNA. Desde su creación en 2007, viene trabajando de diferentes maneras, en la difusión, sensibilización, capacitación de los equipos de referencia y abordaje de situaciones de violencia desde los comités de recepción local.

donde la víctima puede pasar mucho tiempo antes de poder verbalizar lo ocurrido, como se analizará profundamente más adelante, también existen elementos funcionales y administrativos, como la accesibilidad a los servicios sociales y a los servicios de salud en general, o las mismas prácticas de diferentes profesionales. Surge entonces la inquietud de conocer cuáles son las dificultades que tienen específicamente los pediatras⁴, en sus prácticas profesionales para la detección de las situaciones de violencia hacia la infancia.

La importancia y la complejidad del tema MI, motiva a trabajar en la profundización del mismo, intentando dar respuesta a diferentes interrogantes.

Se parte del supuesto de que la formación específica de los médicos y particularmente de los pediatras, en temas vinculados a violencia hacia la infancia, así como los cambios sociales, culturales y normativos, que se van produciendo a lo largo del tiempo, influyen significativamente en la motivación y en la capacidad de los pediatras, para la detección precoz de las situaciones de MI.

De la misma manera, importa la preocupación pública sobre el MI hoy en Uruguay; el tema se encuentra presente en reportes de prensa tanto escrita, radial, como televisiva y en entrevistas a referentes (Pérez, 2020; Dufau, 2020). A su vez, concita la opinión y el debate público en redes sociales y propicia la realización de talleres de formación a diferentes niveles de la sociedad: gubernamental, académico, sociedades científicas, organizaciones de la sociedad civil, etc.

El objetivo general de esta investigación es aportar a la comprensión, por las cuales los pediatras presentan dificultades para visualizar precozmente el maltrato infantil en la

⁴ Sin desconocer las implicancias de los términos desde una perspectiva de género, pero a los efectos de facilitar la lectura, en el presente trabajo al referirse a los pediatras, se implica en todos los casos a los y las pediatras. De la misma manera al hacer la referencia a niño, se incluye a las niñas y a los niños; y al hacer referencia a los médicos, incluye a las médicas y los médicos.

actividad asistencial, a partir del estudio de una institución de asistencia médica pública del área metropolitana de Montevideo.

Los Objetivos específicos son:

a) conocer las motivaciones y limitaciones de los pediatras para la pesquisa sistemática de maltrato infantil.

b) determinar el nivel de capacitación específica de dichos agentes y el grado de conocimiento de las herramientas disponibles para la detección del maltrato infantil.

c) establecer la influencia de factores institucionales, tiempos de atención, exigencia asistencial, u otros factores que puedan identificarse como resultado de esta investigación, en la detección de las situaciones de maltrato infantil.

Se pretende que estos aportes puedan ser un insumo para la generación de cambios en la práctica clínica de los profesionales dedicados a la asistencia de la salud de los NNA, que permitan un abordaje desde la promoción, la prevención o la detección a tiempo, para evitar o disminuir los daños.

Este trabajo procura también sumarse a otras iniciativas públicas y privadas que intentan disminuir la incidencia de MI en Uruguay y sus consecuencias sobre la salud de NNA.

Estrategia metodológica de la investigación

En esta investigación, interesa aproximarse a comprender las razones que sustentan las dificultades que presentan los pediatras en las prácticas asistenciales, para visibilizar precozmente el MI.

Se pretende conocer las razones que sustentan las dificultades de los pediatras para la detección precoz del MI, prestando particular atención a (i) la diferente formación y capacitación específica de los pediatras, (ii) la influencia de sus motivaciones personales e institucionales (metas asistenciales, tiempos de atención, etc.), (iii) el conocimiento de las diferentes herramientas de detección por parte de los pediatras y las limitantes para su uso, (iv) las estrategias personales que usan los pediatras para aproximarse al problema de las pautas de crianza violentas, o de las situaciones de violencia y (v) los efectos sobre la salud emocional de los pediatras frente a la aproximación al tema del maltrato infantil.

Para ello se elige un diseño de tipo cualitativo. La elección de este tipo de estudio, se basa en que se trata de una búsqueda de razones que contribuyan a comprender las dificultades de los pediatras en el transcurso de sus prácticas profesionales, para la detección precoz de las situaciones de MI. Se trata de comprender los procesos y los factores a ellos asociados, que llevan a no visibilizar precozmente dichas situaciones, por parte de los pediatras en ejercicio.

El estudio se delimita a los pediatras del subsector público de salud - Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) - de la ciudad de Las Piedras, desde los diferentes niveles de atención: pediatras del primer y del segundo nivel de atención. La elección de los profesionales se orienta por razones de accesibilidad, atendiendo a criterios de diversidad generacional, antigüedad y experiencia profesional.

La técnica utilizada es: entrevistas en profundidad a pediatras del primer y segundo nivel de atención, correspondientes a los diferentes servicios de la ciudad de Las Piedras, dependientes de ASSE. El propósito de las entrevistas es recuperar el discurso de los entrevistados acerca de los tópicos definidos.

El trabajo cuenta con 5 capítulos; los 3 primeros profundizan en los contenidos teóricos de la investigación. En el capítulo 1 se intenta conocer la formación de los médicos y pediatras

del Uruguay, la evolución de sus planes de estudio a través de los últimos años, los cambios en los contenidos teóricos presentes en relación al tema MI y su reflejo en las prácticas de formación; asimismo se propone profundizar en el rol que se pretende del pediatra en Uruguay y otros países y sus competencias específicas respecto al abordaje del MI.

En el capítulo 2 se aborda el tema salud y el tema violencia como un tema de salud. De esta manera se estudia la evolución del concepto salud, el concepto de Salud Pública y de Enfermedad Pública. Se destacan también en este capítulo, los derechos del niño en la atención de la salud consagrados en la CDN, así como el cambio de paradigma que la misma establece pasando de un modelo tutelar, en el cual el niño es un objeto de protección, a un sistema de la protección integral que considera al niño como sujeto de derechos. Se profundiza en las definiciones de violencia, el concepto de violencia como un tema de salud y en las teorías que intentan explicar el fenómeno de la violencia. Se intentan comprender percepciones, como la naturalización de la violencia, su invisibilización, así como el concepto de violencia simbólica. Por otro lado, se realiza un recorrido por las Políticas Públicas vinculadas a la atención a la salud de los niños que son víctimas de MI en Uruguay en los últimos 15 años, a partir de la aprobación del CNA, mediante el cual se incorpora en la legislación nacional la CDN del año 1989, cumpliendo con los compromisos internacionales que Uruguay había asumido en dicha oportunidad.

El capítulo 3 refiere a infancia; profundiza sobre la construcción histórica del concepto de infancia y sobre el niño víctima de malos tratos a lo largo de la historia, en el entendido de deMause: “La historia de la infancia es una pesadilla de la que hemos empezado a despertar” (1974, p.1). Por último, hace un recorrido sobre la normativa nacional e internacional vinculada a la atención a la salud y al MI.

Los últimos dos capítulos se refieren concretamente a los diferentes puntos de esta investigación. El capítulo 4 analiza los resultados obtenidos a través de las entrevistas en profundidad realizadas a los pediatras elegidos. El capítulo 5 esbozan las diferentes conclusiones a las que arriba el trabajo. Por último, se aportan las referencias bibliográficas en que se basa todo el documento. Se anexa finalmente, la pauta de entrevista utilizada con los profesionales consultados.

Para la realización de esta investigación, la misma fue presentada y avalada por el Comité de Ética del Hospital Las Piedras, previo a lo cual fue inscripta en el Registro Nacional de Investigadores, cumpliendo con el requisito necesario de la Comisión Nacional de Ética de la Investigación del Ministerio de Salud Pública (MSP). Los participantes dieron su consentimiento para la participación en la presente investigación.

Cap. 1. El rol del pediatra y su formación

La formación de los médicos en el Uruguay se realiza desde el año 1876 en la Facultad de Medicina de la UdelaR⁵. Desde el año 2006, se forman médicos también en la Universidad: Centro Latinoamericano de Economía Humana (CLAEH) en el interior del país, en la ciudad de Maldonado. A partir del año 2020 se inicia la carrera de medicina en la Universidad Católica del Uruguay, en Montevideo.

Los planes de estudio de la UdelaR han ido variando a lo largo del tiempo; los más recientes son: el Plan de Estudio de 1945, el Plan de Estudios de 1968 y el Nuevo Plan de Estudio del año 2008.

La perspectiva de derechos no estaba presente ni en la teoría ni en la práctica de la formación de la profesión médica en los Planes de 1945 y 1968. A partir del Plan de estudio 2008, la propuesta curricular comienza a ser permeada por conceptos que completan la visión de salud integral. En este sentido, se incluyen temas como los derechos humanos, que estaban ausentes en las propuestas previas de formación. Los temas como MI y ASI están presentes en la curricula actual de la formación de grado de medicina. Estos cambios, afectan la formación de las generaciones más jóvenes que cursan sus estudios bajo el nuevo plan, pero no impactan de igual manera en las generaciones previas, ya sean egresados o docentes.

⁵ Universidad de la República. Facultad de Medicina. Reseña Institucional. Recuperado de <http://www.fmed.edu.uy/institucional/reseña-institucional> Consultado el 19/8/20

Según el Programa de Formación de Especialistas en Pediatría, aprobado por la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, de Uruguay, el 20 de marzo de 2003, dentro de los objetivos generales se propone la formación de pediatras:

...capaces de proporcionar una atención global al niño y adolescente durante todo su período de crecimiento y desarrollo, que incluya la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, capaz de actuar en todos los niveles de atención, de trabajar en equipo, de continuar aprendiendo toda su vida ... y de mantener un comportamiento ético acorde con la profesión que ha elegido y por el compromiso social establecido como Universitario, comprometido con la realidad en que está inserto y ejerciendo en forma permanente la defensa de los derechos del niño y adolescente⁶.

Este nuevo programa de formación de la especialidad pediátrica del año 2003, destaca la defensa de los derechos del niño y adolescente como parte de las capacidades que debe adquirir el pediatra. El MI es incorporado en la nueva currícula en forma teórica, tanto en los objetivos generales, ya mencionados, como en el temario sugerido para rendir la prueba de ingreso al posgrado, que en el punto 35) especifica: “niño maltratado” y en los contenidos teóricos que el mismo deberá lograr a lo largo de su formación académica como posgrado de pediatría; en este sentido se especifica en el Programa Temático del curso, en el punto 3) “Aspectos sociales: maltrato infantil, impacto de la violencia. Abandono”; se cuenta con instancias de aprendizaje tanto sobre MI, como específicamente sobre ASI.

Si se observa la región, el programa de formación de los pediatras en la República Argentina del año 2010, reconoce al niño como sujeto de derecho y señala la importante

⁶ Programa de formación de especialistas en pediatría. Universidad de la República. Facultad de Medicina – Escuela de Graduados. 2003. Recuperado de http://www.egradu.fmed.edu.uy/sites/www.egradu.fmed.edu.uy/files//Programa_de_postgrados/Especialidades/Pediatr%C3%ADa.pdf Consultado el 19/8/20

incidencia de factores psicosociales en lo que se denomina “nueva morbilidad”. Es decir, aquellas enfermedades facilitadas, o determinadas por dichos factores psicosociales. Dentro de esta nueva morbilidad se encuentran temas como la violencia, el maltrato, etc. que están presentes en el documento: “Marco de Referencia para la Formación en Residencias Médicas”, como parte de las competencias que debe lograr el médico pediatra durante su formación (Ministerio de Salud de la Nación, 2010).

Por otra parte, la formación de los pediatras en España, se rige por la Guía de formación del año 1996; la misma no hace referencia explícita a los derechos del niño, sin embargo tiene presente en sus áreas temáticas a la “Pediatria Social”, incluyendo como responsabilidad del pediatra, el abordaje del “maltrato, violencia y abandono” (Ministerio de Sanidad y Consumo. 1996).

Es notorio que los cambios socio-históricos van influyendo paulatinamente en las instituciones, de tal manera que la perspectiva de derechos que propone la CDN en el año 1989, se ve reflejada en las currículas de la formación de los pediatras, tanto de Uruguay que data del 2003, como de Argentina que es del 2010; sin embargo, no era visible todavía en la española que es del año 1996.

Los pediatras son profesionales habilitados desde su formación para atender al niño con una visión global, entendida como una mirada tanto de su ser biológico, como emocional y social y desde una orientación de promoción y prevención de la salud. Los pediatras son quienes observan y evalúan también los vínculos entre los niños y sus familias, atentos a las pautas de crianza, a la calidad de los cuidados, a la distribución familiar de tareas y a las responsabilidades en cuanto al cuidado de los niños, a la puesta de límites y también a los cambios intra familiares significativos para la vida de aquellos. Esta tarea se realiza en forma periódica y sostenida a lo largo del tiempo.

El MSP de Uruguay cuenta con metas asistenciales, las cuales exigen a las instituciones de salud, tanto públicas como privadas de todo el país. Existe un mecanismo de recompensa económica para las instituciones de salud, a contrapartida del cumplimiento de dichas metas asistenciales y está previsto un contralor de las mismas por parte del MSP, con el objetivo de que estas se garanticen. Una de dichas metas es el cumplimiento de un calendario de controles en salud, entre otros requisitos. Se pretende la realización de dos controles pediátricos en el primer mes de vida del niño, luego uno por cada mes hasta los seis meses, aumentando progresivamente los lapsos entre dichos controles, pero manteniéndose en forma ininterrumpida hasta el final de la adolescencia. (Presidencia de la República, 2017).

Por esta razón, el pediatra es un actor cercano y conocido por la familia, que gradualmente va estableciendo un vínculo de confianza con ella, sin embargo, es un observador externo a la misma; participa de la vida de los niños y niñas en forma sostenida a lo largo de años, pero con un rol profesional asignado de cuidar y ser garante de los derechos de los niños, sin formar parte de la vida familiar.

Según Mouesca, el pediatra tiene el rol de “Fortalecer vínculos familiares saludables, acompañar la crianza y promocionar la prevención del maltrato.” Desde su perspectiva, “la prevención es una parte constitutiva del rol del pediatra” (Mouesca, 2015, p.64).

La formación de los posgrados de pediatría no escapa al proceso histórico académico general; si bien el tema MI estaba históricamente en su curricula y era parte de los manuales nacionales de formación de la clínica pediátrica (Gentile, 1988), era poco considerado en la práctica profesional, detectándose únicamente las situaciones de mayor riesgo y daño, quedando en manos de unos pocos el abordaje de las mismas⁷.

⁷ Esta afirmación es resultado de la experiencia profesional, desarrollada entre 1998 y 2001 y posteriormente entre 2006 y 2009 en un centro de referencia pediátrico nacional.

La profesora de pediatría, Dra. Irma Gentile-Ramos, en la segunda edición del libro *Puericultura y Pediatría Social* (1988), incorpora el tema de la carencia afectiva y los niños maltratados, haciéndolo formar parte de la bibliografía de formación del pediatra. En este texto de avanzada en la formación pediátrica de la época, la profesora jerarquiza que los temas vinculados a la violencia hacia niños y niñas sean considerados temas de salud, y que debían estar presentes en la atención pediátrica y que como tales deben ser abordados. Recoge la importancia de la deprivación afectiva en detrimento del desarrollo del niño, con las esperables secuelas resultantes. Incluso cuestiona las prácticas institucionales sanitarias que separan al niño de sus familias, como en los casos de la asistencia de los niños en los Centros de Cuidado Intensivo (CTI), donde no se permitía el libre acceso de los padres para acompañar a sus hijos, práctica que todavía persiste, de alguna manera, hasta el día de hoy en algunas instituciones. Gentile, destaca la responsabilidad social del pediatra y el compromiso del trabajo con la familia, para fomentar que el niño pueda permanecer en el hogar a través de un trabajo intersectorial con la familia. “Los padres castigadores pueden necesitar tanta ayuda como sus hijos” (Gentile, 1988, p. 496).

También desde la pediatría, Henry Kempe describió el Síndrome del niño Maltratado (Battered Child Syndrome) en 1959, en la Sociedad Americana de Pediatría, haciendo foco en que es un tema de salud que debe ser observado (Gentile, 1988). Mucho antes ya existía la descripción de malos tratos a niños; en 1860 Augusto Ambrosio Tardieu, catedrático de Medicina Legal en París, describe el síndrome del niño golpeado a partir de autopsias (Lachica, 2010). La importancia de estos aportes a la pediatría, radican en la inclusión del MI en la mirada del pediatra, y provocan que los temas vinculados a la violencia sean asumidos como propios por el sector salud y específicamente por la pediatría. Dejan de ser temas ajenos a sus competencias y por lo tanto a su formación, pasando a ocupar lentamente un lugar en las currículas, en los textos de estudio, y más lentamente en las habilidades clínicas para su

abordaje. Si bien comienza haciendo foco en el maltrato físico, tanto en los ejemplos de Tardieu, como en Kempe, posteriormente se amplía la mirada de los malos tratos a otras manifestaciones del MI, como el maltrato emocional, la negligencia o el ASI, este último, de más difícil sospecha y confirmación diagnóstica. “El interés científico en el abuso sexual comenzó a mediados de la década del '70, unos veinte años después que los estudios sobre maltrato infantil en general” (Intebi, 1998, p.70).

Es posible ver que muy lentamente los temas vinculados a la violencia hacia NNA, dejan de ser temas a nivel teórico, referidos en los manuales y textos de formación y pasan a ser incorporados en las prácticas de los pediatras en Uruguay: son temas de discusión en ateneos en los que se presentan situaciones clínicas de maltrato y se debaten en rounds clínicos. También se ha incorporado a la actualización de los posgrados de pediatría y en la amplia oferta de temas en el proceso de Educación Médica Continua.

El Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), es el hospital de referencia pediátrico nacional. Existe una historia documentada de intervenciones de situaciones de violencia hacia NNA en dicho centro asistencial, que ha llevado en los últimos años a contar con un equipo interdisciplinario, que se reúne periódicamente para dar respuesta a las situaciones de MI y ASI de niños internados en dicho hospital, así como para asesorar y coordinar con equipos de diferentes instituciones, que atienden a niños y niñas en el primer nivel de atención. En el mismo sentido, es relevante reconocer que el CHPR, es el primer centro pediátrico asistencial que habilitó desde el año 2007, una guardia de médico psiquiatra infantil interna, para un primer abordaje e intervención oportuna de diferentes situaciones de salud que requieran la atención interdisciplinaria entre el médico pediatra y el psiquiatra de NNA de manera urgente.

Al respecto Garrido presenta al grupo interdisciplinario de abordaje a las situaciones de violencia en el CHPR:

La presencia sostenida de una referente de la Pediatría Social, la Dra. Graciela Palomino, permitió amalgamar un grupo básico, estimular la convocatoria semanal y mediar en la búsqueda de acuerdos.... Intercambiar la información, discutir las visiones de las distintas disciplinas, organizar estrategias acordadas y a veces, simplemente aceptar en conjunto, la frustración y la impotencia. (Garrido, 2012, p.7)

En el año 2019 comenzó a conformarse una comisión, del Instituto de Pediatría Dr. Luis Morquio⁸, para el estudio y la profundización académica de los temas vinculados a la violencia hacia NNA. Dicha comisión está conformada por integrantes de la clínica de psiquiatría pediátrica, las tres clínicas pediátricas, el departamento de emergencia pediátrico, cuidados intensivos pediátricos y el departamento de salud mental. A partir de la percepción del aumento de la prevalencia, como aportará el entrevistado 7: “desde que empecé la pediatría, allá en el año 1999, no había tantos casos como ahora”, incluso durante el año 2020 a partir de la Pandemia por COVID-19, se ha llegado a la revisión de los ingresos por causas vinculadas a MI, las cuales todavía no han sido publicadas. Esta constatación ha propiciado, a nivel del Instituto de Pediatría, la necesidad de generar un curso de formación, que se aspira a que sea de carácter obligatorio, para los posgrados vinculados a infancia: pediatría, psiquiatría pediátrica, emergencia pediátrica, medicina intensiva pediátrica y otros, con el objetivo de mejorar focalmente su experticia en el tema. Este curso de formación se encuentra en avanzada etapa de programación. Para ampliar la calidad de dicho curso, tanto a nivel logístico como de complementación de saberes, se generaron acuerdos con instituciones como SIPIAV y UNICEF.

En este capítulo se profundiza en la importancia que el pediatra tiene en el seguimiento de los niños a lo largo de sus vidas, en un proceso sostenido durante años. Asimismo, se destaca

⁸ El Instituto de Pediatría Dr. Luis Morquio se creó por ley el 18 de diciembre de 1929, con el objetivo de mejorar la enseñanza de la pediatría

la importancia de la mirada integral del pediatra para detectar con la misma eficiencia los asuntos biológicos, como son el crecimiento y el desarrollo de los NNA, como la capacidad de los padres de cuidar y las características de dichos cuidados, de observar los vínculos y las estrategias que usan dichos padres para la puesta de límites.

Se destaca para estos logros, la importancia que tiene la formación de los pediatras; es por eso que cobra gran relevancia el proceso de revisar los planes de estudio, tanto de la formación de los médicos, como de los pediatras. Es interesante ver los cambios que han ocurrido a lo largo del tiempo, tanto en Uruguay como en otros países, que sin duda dejan en evidencia, que los mismos varían en respuesta a los cambios sociales que van ocurriendo.

En este sentido se plantea que, si la formación del pediatra logra tener una mirada amplia, incluyendo los temas psicosociales, adquiriendo una mayor experticia en la visualización de vínculos no saludables o en la detección de las situaciones de malos tratos a NNA, se podrá llegar a tiempo para buscar el mejor abordaje posible a dichas situaciones, con intervenciones adecuadas y oportunas.

Dado que el fenómeno del MI en todas sus formas es complejo y multideterminado, con el interjuego de factores biológicos, psicológicos y sociales, tanto su abordaje como la formación de los recursos profesionales, debe incluir la interdisciplina. Para la Facultad de Medicina de la UdelaR, la formación interdisciplinaria es un desafío, pero también una necesidad imprescindible si se quiere actuar en forma efectiva, tanto en la prevención como en los abordajes de estos temas. El médico generalista, el pediatra y otros especialistas deben tener incluido en su formación el trabajo interdisciplinario, el cual en estos temas será imprescindible.

Cap. 2. La violencia como un tema de salud

2.1 Salud. La salud como un Derecho. La Salud Pública

La Declaración Universal de Derechos Humanos que fuera proclamada y aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas (AGNU)⁹ en el año 1948, reconoce en su artículo 25 el derecho a la salud¹⁰.

La OMS define el concepto salud en el año 1948¹¹ como: "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

La declaración de Alma – Ata en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, en el año 1978, amplía la definición de salud de la OMS del año 1948. Se entiende entonces por salud:

El estado de completo bienestar, físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental, y el logro del grado más alto posible de salud, es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud. (Alma Ata, 1978)¹²

En la definición de Alma-Ata, la salud se define como un derecho humano fundamental, que implica el bienestar en un sentido global de todas las dimensiones del ser humano, que es un objetivo social que atraviesa a todos los sectores de la sociedad. Este último concepto de la

⁹AGNU es el principal órgano deliberativo, de formulación de políticas y representativo de las Naciones Unidas

¹⁰ https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf Consultado el 19/8/20

¹¹ <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>. Consultado el 19/8/20

¹² Declaración de Alma-Ata, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, en septiembre de 1978. Organizada por OMS, OPS, UNICEF.

salud como un bien social y como un objetivo público, nos acerca al concepto de salud pública y al de gestión de salud positiva. Este concepto que ha desarrollado el Prof. Dr. Enrique Saforcada: "El derecho humano de las personas a no ser enfermadas por los determinantes sociales patologizantes evitables tiene más jerarquía que el correspondiente al derecho a ser atendidas cuando enferman, es el derecho humano a no padecer *enfermedad pública*" (Saforcada, 2012, p.17).

Hoy es esencial tener en cuenta este concepto de "*Enfermedad Pública* como complemento inseparable del de Salud Pública..." (Saforcada, 2012, p.17). La salud pensada desde un nuevo paradigma que no la encierra en la enfermedad, como históricamente ha sido, sino que parte de la adquisición de "hábitos saludógenos" (Saforcada, 2012), centrados en la "salud positiva" y que, estos hábitos, pueden ser aprehendidos desde la infancia, en el entorno familiar y también desde otros ámbitos de socialización, como puede ser la institución escolar.

A propósito de los buenos tratos en la infancia y su repercusión en la vida adulta, Barudy aporta: "uno de los componentes más importantes de las relaciones afectivas que forjan a la persona sana es el hecho de haber sido atendido, cuidado, protegido y educado en períodos tan cruciales de la vida como la infancia y la adolescencia" (Barudy, 2005, p.24).

Los hábitos saludógenos "contribuyen al mantenimiento y desarrollo de la salud...que harán posible lograr el cambio de estilo de vida, crear y mantener estilos de vida saludables a fin de ... hacer frente a las adversidades para alcanzar el máximo bienestar posible" (Rivera de Ramones, 2019, Conclusiones, párr. 1). En la infancia, el aprendizaje de vínculos interpersonales saludables y positivos, puede facilitar que el NNA distinga cuando estos no lo son y los reconozca como vínculos violentos y sea capaz de defenderse de dichas situaciones, evitando naturalizarlas y pudiendo pedir ayuda. Para poder detectar desde temprana edad las

situaciones de violencia, es necesario generar espacios de confianza y de reflexión para los NNA. El aprendizaje de vínculos saludables en la infancia, puede generar adultos que mantengan formas relacionales más saludables: "Los vínculos afectivos cálidos funcionan como barrera de protección, si perduran en el tiempo, generan aceptación y sentimientos positivos, o sea se reproducen y se transmiten a los otros" (Capano, 2014, p. 89).

En el entendido de Figueroa de López, se define la Salud Pública (SP):

...a la práctica social integrada que tiene como sujeto y objeto de estudio, la salud de las poblaciones humanas y se le considera como la ciencia encargada de prevenir la enfermedad, la discapacidad, prolongar la vida, fomentar la salud física y mental, mediante los esfuerzos organizados de la comunidad, para el saneamiento del ambiente y desarrollo de la maquinaria social, y para afrontar los problemas de salud y mantener un nivel de vida adecuado. Hace referencia a todas las medidas que puedan tomarse desde los organismos gestionados por los Estados para la prevención de dolencias y discapacidades, para la prolongación de la vida y para la educación de los individuos en lo que respecta a salud. (Figueroa de López, 2012, p.2)

De la mano del concepto de salud y del concepto de SP, es importante definir lo qué significa prevención en salud; según la OMS: "medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida" (Vignolo, 2011, p.12). De esta manera la prevención se divide en primaria, también según OMS: "medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes" (Vignolo, 2011, p.12); la prevención secundaria se trata de las medidas destinadas a buscar a los individuos aparentemente sanos, con el fin de detectar precozmente la enfermedad e iniciar un tratamiento oportuno, esto es

posible lograrlo con el control médico periódico y con los test de tamizaje. Por último, la prevención terciaria se refiere a las acciones relativas a la recuperación “ad integrum” de la enfermedad manifiesta, que incluye la rehabilitación en caso de invalidez o de secuelas (Vignolo, 2011). Recientemente surge el concepto de prevención cuaternaria que incluye todas las intervenciones que los médicos hacen, o se abstienen de hacer, en función de no aumentar el daño; pone sobre la mesa la idea de lo que significa el exceso de tratamiento/diagnóstico excesivo, que contrapone la protección del paciente a la invasión médica (Cuba, 2016).

Existen diferentes programas de intervención preventiva en MI. Sin embargo, no existe un consenso sobre su efectividad, ya que no hay suficiente evidencia al respecto (Soriano, 2015).

2.2 Violencia. La violencia como un problema de salud.

La definición de violencia de OMS refiere al “uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte”¹³.

La violencia es un problema de SP por su alta prevalencia y por el impacto que tiene a corto, mediano y largo plazo, no solo en los NNA, sino en toda la sociedad. Genera elevados costos por su repercusión tanto en la salud física, como emocional, sexual y social, ya sea en forma inmediata, como en las consecuencias que pueden mantenerse incluso hasta la edad

¹³ Página web de la OMS. Recuperado de <https://www.who.int/topics/violence/es/> Consultado el 15/8/20

adulta, no solo en las víctimas directas sino también en los que participan como testigos. (Perrone, 2010).

Recién en el año 1996 la 49ena Asamblea Mundial de la Salud¹⁴ reconoce que “la violencia es una prioridad de salud pública”, y recomienda acometer el problema de la violencia contra la mujer y los niños y abordar sus consecuencias para la salud.

En diciembre de 2014, la OMS destaca al "maltrato infantil como un problema mundial con graves consecuencias que pueden durar para toda la vida"¹⁵. Y lo define como:

“los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.” (OMS, 2014, Datos y cifras, párr. 6)

El MI es un problema de importante gravedad, no sólo cuantitativamente, como publica OMS en un informe a nivel mundial de setiembre de 2016 en su página oficial: “Una cuarta parte de todos los adultos manifiestan haber sufrido maltratos físicos de niños. Una de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia”¹⁶, sino por la implicancia que tiene para la sociedad y específicamente para la salud.

¹⁴ La Asamblea Mundial de la Salud es el órgano decisorio supremo de la Organización Mundial de la Salud. Se reúne en Ginebra en mayo de cada año con la asistencia de delegaciones de los Estados Miembros. La función principal de la Asamblea Mundial de la Salud es determinar las políticas de la Organización, designar al Director General, supervisar las políticas financieras, y revisar y adoptar el programa de presupuesto propuesto.

¹⁵ OMS. 2014. *Maltrato infantil*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/> Consultado el 19/8/20

¹⁶ OMS, 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/> Consultado el 15/8/20

Giménez-Pando (2007) hace una revisión bibliográfica de toda la literatura médica publicada a nivel mundial desde el año 1962 hasta el 2007, publicadas en las bibliotecas *Medline* y *Public-Med*, junto con datos obtenidos de organizaciones oficiales. En dicho artículo, publicado en la revista *Neurocirugía* en el 2007, destaca una alta mortalidad como consecuencia del MI, que alcanza hasta 15 niños por cada 10.000 maltratos detectados y también una alta morbilidad que llega a más del 10% de los niños con retraso mental y parálisis cerebral debidos a maltrato.

En otra revisión bibliográfica publicada en la *Revista de Neurología*, por Mesa-Gresa y Moya-Albiol (2011) de la Universidad de Valencia, se describen consecuencias morfológicas del MI sobre las estructuras del Sistema Nervioso Central. Hay cambios que afectan el hipocampo, la amígdala, el cerebelo, el cuerpo calloso y la corteza cerebral. “Estos cambios neuroanatómicos harían que los afectados manifestasen importantes secuelas cognitivas, altos niveles de estrés psicosocial, dificultades conductuales y problemas sociales, que se asociarían con diversas psicopatologías” (Mesa-Gresa, 2011, p.501). Las herramientas utilizadas en los diferentes trabajos que recoge esta investigación se describen de la siguiente manera: “Los estudios que han analizado los efectos del maltrato infantil sobre el desarrollo del SNC se han basado tanto en los datos aportados por las técnicas de neuroimagen estructural como en aquellos que provienen de la neuroimagen funcional” (Mesa-Gresa, 2011, p.492).

Según el artículo *Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress* publicado por Jack P. Shonkoff, en la revista *Pediatrics* en 2012, existe una creciente evidencia de estudios en animales y humanos de la que se desprende que niveles persistentemente elevados de hormonas del estrés pueden alterar la arquitectura del cerebro en desarrollo. Por ejemplo, se encuentran abundantes receptores de glucocorticoides en la amígdala, el hipocampo y la corteza pre-frontal y la exposición a experiencias estresantes han alterado el tamaño y la arquitectura neuronal de estas áreas, todo lo cual conduce a diferencias

funcionales en el aprendizaje, la memoria y los aspectos del funcionamiento ejecutivo (Shonkoff, 2012).

De esta manera, los trabajos publicados permiten comprender cómo las diferentes formas de MI, generan efectos sobre la salud. Desde la muerte prematura, producto de los malos tratos, que da cuenta la primera revisión bibliográfica de toda la literatura mundial publicada durante los años que revisa el trabajo de Giménez-Pando; pasando por lesiones detectadas mediante neuro-imagen tanto anatómica como funcional producidas por situaciones de MI, que se asocian con trastornos psicosociales y conductuales, como detectó Mesa-Gresa, en toda la literatura publicada mundialmente, reportada a partir de la revisión bibliográfica. Las revisiones bibliográficas, por la gran cantidad de estudios que revisan, permiten evaluar la repercusión sobre un número de niños muy elevado, que no es posible en cada trabajo individualmente. Por último, el trabajo publicado por Shonkoff da cuenta de la evidencia de cómo las alteraciones vinculadas al estrés, como las situaciones crónicas de violencia, inducen alteraciones cognitivas a largo plazo.

El MI es una violación a los Derechos Humanos, específicamente recogidos en la CDN en su artículo 19 y otros ya especificados anteriormente. Sin embargo, el niño no siempre fue reconocido como portador de derechos específicos:

Si se indaga en la historia de la infancia, en la antigüedad, el niño era un ser desconocido, ignorado, subordinado dentro de la familia; su padre era su propietario, y disponía de su vida a su voluntad. Es así que en esa época el niño resultaba ser objeto de prácticas aberrantes, como los sacrificios humanos, y era víctima de pestes y enfermedades. Las cifras de mortalidad eran alarmantes, siendo esto naturalizado por todos los integrantes de la sociedad (Capano, 2014, p.33).

Existe información documentada de la naturalización de prácticas violentas hacia NNA desde la época pre cristiana.

Durante siglos la agresión al menor ha sido justificada de diversas formas; se les ha sacrificado para agradar a los dioses o mejorar la especie, o bien como una forma de imponer disciplina...Aristóteles decía: Un hijo o un esclavo son propiedad, y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto... (Santana, 1998, p.2)

Para poder atender al fenómeno de la violencia y específicamente al MI es importante comprender el problema con toda su complejidad.

El enfoque ecosistémico desarrollado por Urie Bronfenbrenner, psicólogo estadounidense (1917-2005), publicado en 1987 en el libro: “La ecología del desarrollo humano”, consiste en un enfoque ambiental sobre el desarrollo del individuo a través de los diferentes ambientes en los que se desenvuelve y que influyen en el cambio y en su desarrollo cognitivo, moral y relacional.

El enfoque sistémico es una perspectiva teórica que permite comprender y explicar los comportamientos de las personas, no a partir de sus características individuales, sino en función de las relaciones que esas personas establecen con sus contextos más próximos... El modelo ecológico amplía el enfoque sistémico, al considerar diferentes niveles para el análisis: individual, microsistémico, exosistémico y macrosistémico. (Peroni, 2012, p.24)

En ese sentido es importante comprender el significado de cada uno de estos diferentes sistemas y cómo se relacionan entre sí:

Un microsistema es un patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado, con características

físicas y materiales particulares. Un entorno es un lugar en el que las personas pueden interactuar cara a cara fácilmente, como el hogar, la guardería, el campo de juegos y otros. (Bronfenbrenner, 1987, p.41)

El exosistema se refiere al conjunto de sistemas que median entre el individuo y la familia con el macrosistema vinculado a las creencias y valores. Corresponden al exosistema tanto el sistema judicial, el sistema de salud, como el de educación y las organizaciones religiosas (Peroni, 2012).

En relación al macrosistema Bronfenbrenner explica cómo la subcultura o la cultura, el sistema de creencias o la ideología, sustentan a los sistemas de menor orden, como el microsistema y afirma: "...los sistemas varían para los distintos grupos socioeconómicos, étnicos, religiosos y de otras subculturas, reflejando sistemas de creencias y estilos de vida contrastantes, que, a su vez, ayudan a perpetuar los ambientes ecológicos específicos de cada grupo" (Bronfenbrenner, 1987, p.45).

Jay Belsky, psicólogo estadounidense nacido en 1952, incorpora en 1980 a la teoría de Bronfenbrenner sobre los sistemas: microsistema, exosistema y macrosistema, el concepto de que la interacción del desarrollo ontogénico de los padres, es decir las variables relativas a sus propias historias de crianza, podría facilitar la comprensión de la etiología de la violencia infantil (Capano, 2014).

La teoría del aprendizaje social, de Albert Bandura, también contribuye a comprender los procesos que llevan al desarrollo de la violencia. Según Bandura, las personas pueden aprender de la observación de las conductas de otras personas; el aprendizaje por observación no es un simple asunto de imitación, es un proceso de juicio activo y constructivo (Bandura y Walters, 1974).

Bandura y Walters ejemplifican conductas aprendidas de los modelos adultos:

[Escriba aquí]

si un padre castiga físicamente a su hijo por haberle pegado al hijo de su vecino, lo que pretende como resultado de esta disciplina es que el niño se abstenga de pegar a los demás. Pero, junto con la pretendida disciplina, el padre proporciona un modelo de la misma conducta que está intentando inhibir en el niño. (Bandura y Walters, 1974, p.62)

En el MI existe un problema relacional entre personas que presentan una desigualdad de poder, entre un adulto y un NNA, con un vínculo de posesión del primero sobre el segundo, legitimado a través del tiempo por creencias y valores culturales que se perpetúan en la sociedad a pesar del cambio de paradigma recogido en la CDN. “Estas relaciones de poder implican la naturalización de las relaciones de dominación basadas en las inequidades de género, generación, clase social y etnia” (SIPIAV, 2012, pag.5).

En el macrosistema, habitan las variables socioeconómicas, estructurales, psicosociales y culturales (Capano, 2014), donde surgen asimetrías de poder, que recuerdan la violencia simbólica que Pierre Bourdieu (1997) define como: “...esa violencia que arranca sumisiones que ni siquiera se perciben como tales apoyándose en unas «expectativas colectivas», en unas creencias socialmente inculcadas” (p.173).

La naturalización de las relaciones basadas en diferencias de poder, facilita la perpetuación de las asimetrías, aumentando la tolerancia de la sociedad a las situaciones de violencia.

La tolerancia social de la violencia en general, y de la violencia sexual y de pareja en particular, proviene de la situación de inferioridad de las mujeres, las niñas y los niños en muchas sociedades, así como de las normas culturales en torno al género y a la masculinidad. (OMS, 2016, p.16)

La dificultad para visibilizar la violencia puede comprenderse también por el enfoque que

le da Georgina Rodríguez López (2007) al referirse a la violencia sutil desde el lugar de la maternidad:

...son esas “pequeñas violencias cotidianas” que van conformando patrones de interacción familiar y en ocasiones están socialmente legitimadas: chantajes, descalificaciones, humillaciones, exclusiones, comparaciones y desprecios que a pesar de no ser fácilmente perceptibles o no dejar huella en el cuerpo, sí se quedan en el alma... Con el término “pequeñas violencias” no se intenta calificar o clasificar en grados y severidad la violencia materna ejercida y padecida, sino hacer visible la serie de “violencias sutiles” que no son percibidas como tal (Rodríguez, 2007, p.20).

Para poder abordar las situaciones de MI, es necesario poder visualizar el problema y reconocer la dificultad que existe, para que ciertas violencias sean percibidas como tales por el cuerpo social y por las instituciones. Es necesario también generar sensibilización social en ese sentido y crear estrategias para trabajar en la eliminación del fenómeno. Sin embargo, existen dificultades en cada uno de los pasos, especialmente en la visualización temprana de las situaciones de violencia. Esto hace más lentos los procesos de transformación en el ejercicio de la pediatría, según las nuevas orientaciones en derechos humanos y particularmente en lo que refiere al reconocimiento de los derechos de la infancia.

Toda violencia que en realidad no produce una crisis a una relación social, que se torna dominante, esencial al orden social, no es una violencia computable; es una violencia que no es registrada, es una violencia que en realidad no se instala - no sólo en el orden judicial-, sino que no se instala como observable: es invisibilizada.

(Guemureman, 1998, p.4)

En su texto, Silvia Guemureman, doctora en sociología, investigadora y docente de la Universidad de Buenos Aires, deja en evidencia que si la violencia no es disruptiva a patrones

de relacionamiento social pre-establecidos, puede no ser vista. De tal manera que la visibilización de la misma está influenciada por patrones sociales, culturales e históricos, pero también, incluso por características personales, como creencias y experiencias vividas.

Existe una importante dificultad para visualizar de manera temprana, las situaciones de MI. Esto queda demostrado en el informe del SIPIAV de 2020 en el que se muestra que cuando se reconoce a nivel nacional, una situación de maltrato, la misma ha sido reiterada; en 3 de cada 4 situaciones registradas (75%), los episodios violentos habían ocurrido más de una vez. (SIPIAV, 2020). Dato que no ha mejorado respecto al informe de gestión 2019, en que se detectaban 7 de cada 10 situaciones (70%), cuando el episodio de violencia había ocurrido más de una vez (SIPIAV, 2019).

En un trabajo que evalúa la incidencia y las características de las situaciones de MI moderado a severo y de ASI asistidas por un Equipo de Referencia en Violencia Basado en Género y Generaciones (ERVBBG) de una Institución de Asistencia Médica Colectiva, con sede en Montevideo durante el año 2016, se destaca que las situaciones que se recibieron en etapa crónica correspondieron al 90% de los casos (Perdomo, 2019).

En el Centro Hospitalario Pereira Rossell entre el 2010 y el 2014, se realizó un estudio sobre los ingresos de NNA víctimas de ASI, sólo el 25% fueron detectados en situación aguda (Veirano, 2017).

En 2016 Arredondo publica un trabajo, realizado a partir de los centros especializados en maltrato infantil grave de la Corporación Paicabi, que es una institución de Promoción y Apoyo a la infancia en Chile, entre los años 2009 y 2013, en el que se evaluó a 191 niños y niñas, menores de 10 años que habían sido atendidos por ser víctimas de ASI, caracterizándose las situaciones de acuerdo al tiempo transcurrido entre el abuso y su develación. De esta manera se consideró latencia temprana cuando la develación ocurrió

dentro del primer mes de ocurrido el abuso, latencia intermedia cuando ocurrió entre 1 y 6 meses y latencia tardía cuando la revelación o detección ocurrió con una latencia mayor a 6 meses. Los hallazgos del trabajo muestran que sólo un tercio de los niños revelaron los hechos en forma temprana y que un tercio lo hicieron con latencia tardía, lo que podemos interpretar como un ASI de forma crónica. La revelación tardía o el ASI crónico, también se asoció en este trabajo con niños y niñas de mayor edad y a situación de ASI reiterado y no como un episodio único.

En este sentido Irene Intebi, recoge las elaboraciones que en el año 1983 describe Ronald Summit, con el nombre de Síndrome de Acomodación al ASI, dando cuenta del proceso por el que transitan los NNA víctimas, que puede ser reconocido mediante una secuencia de comportamientos. De esta manera menciona las siguientes etapas: 1) el secreto, 2) la desprotección, 3) el atrapamiento y la acomodación, 4) la revelación tardía y 5) la retractación. Según Summit, la misma dinámica del ASI explica la demora en la revelación, que a su vez la describe como conflictiva y poco convincente, seguida de la retractación que puede confundir a quien recibe el relato, si este no se encuentra formado en el tema (Intebi, 2013).

Otra de las razones que dificultan la visibilización de la violencia, es la naturalización social de la misma; los niños no escapan a dicha naturalización. Una demostración de ello es la publicación del 4º estudio de maltrato infantil en Chile del año 2012 en donde se destaca que hasta en un 53,4% de los niños que participaron del estudio, consideran que el castigo físico sirve en algunas situaciones; asimismo el 79,3% de los niños que sufren violencia por parte de sus madres, califican la relación que tienen con éstas como buena o muy buena (Larrain, 2012).

2.3. Los derechos en salud de los niños desde la CDN y su cambio de paradigma

La aprobación de la CDN en la AGNU en el año 1989, que Uruguay ratifica en 1990, genera un cambio de paradigma que propicia un tránsito desde el sistema tutelar, en el cual el niño es un objeto de protección, al paradigma de la protección integral, en el que pasa a ser considerado un sujeto de derechos.

La Convención, en su artículo 1, define al niño como: “todo ser humano menor de 18 años, contemplando su cuidado, ofreciéndole una protección diferenciada, por ser ésta una población en etapa de desarrollo” (AGNU, 1989).

En esta nueva perspectiva, tiene el derecho a la consideración del interés superior del niño (art. 3), lo cual obliga al adulto responsable o a la institución que corresponda, a que, ante cualquier decisión a tomar en relación a un niño, prime atender a su interés superior.

Al igual que la Declaración Universal de los Derechos Humanos en el año 1948, la CDN reconoce el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 24).

Como sujeto de derecho, se le reconoce el derecho a expresar su opinión y a que ésta sea tomada en cuenta (art.12). Este derecho es relevante en la atención de su salud; para garantizar dicho derecho en el ámbito sanitario, es muy importante que el niño comprenda la situación de salud que está viviendo, que comprenda las opciones posibles para su atención, ya sea en cuanto a posibles estudios, tratamientos o intervenciones, de acuerdo a su grado de madurez. Este derecho fundamental facilitará el desarrollo de la autonomía progresiva, que la legislación uruguaya reconoce a partir del año 2008 en la ley 18.426, sobre Salud Sexual y Reproductiva, que se ampliará más adelante.

La CDN reconoce también derechos a la protección del niño, como son: el derecho intrínseco a la vida, a la supervivencia y al desarrollo en el art.6; el derecho a la protección

contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, en el art. 19; asimismo en el art. 34, se especifica el derecho a la protección contra todas las formas de explotación y abuso sexual. La Convención contempla un elenco mayor de derechos, pero nos referimos a los más directamente vinculados a la salud.

En 2012 surge una herramienta de suma importancia para la asistencia a los niños en el ámbito de la salud: “Guía de los derechos de niños, niñas y adolescentes en el área de la salud”. En esta guía se resumen todos los derechos que los NNA tienen cuando son atendidos en el área salud, con su fundamentación normativa (IDISU, 2012). Dicha guía da directivas fundamentadas al personal de la salud a la hora de la asistencia a NNA, evitando conflictos de intereses que se generaban previamente por falta de formación específica, como el hecho de negarse a asistir a un niño por consultar solo, sin estar acompañado por un adulto referente, práctica extensamente difundida hasta hace pocos años en Uruguay. La Iniciativa Derechos de Infancia, Adolescencia y Salud en Uruguay (IDISU), está integrada por el MSP, el Instituto del Niño y del Adolescente del Uruguay (INAU), UdelaR y Sociedad Uruguaya de Pediatría (SUP). IDISU UdelaR generó durante 4 años, cursos de capacitación para docentes de las facultades que lo integran: Instituto de Superior de Educación Física, Facultad de Odontología, Facultad de Enfermería, Facultad de Medicina y Facultad de Psicología, con el fin de que sean multiplicadores de la atención a la salud desde una perspectiva de derechos.

2.4 Legislación y Políticas Públicas en Uruguay vinculadas a violencia hacia NNA

Desde 1990 en que Uruguay ratifica la CDN, existe un largo proceso en cuanto a políticas de salud e incorporación de normativa nacional con respecto al tema del MI.

En 2004 se sanciona el CNA. En el Capítulo III, artículo 15 sobre “Protección Especial”, se señala que:

(...) el Estado tiene la obligación de proteger a los niños y adolescentes de: abandono, abuso sexual y prostitución; de trato discriminatorio; explotación económica; tratos crueles y degradantes; estímulo de consumo de sustancias; situaciones de riesgo vital, de riesgo en su seguridad; de riesgo de su identidad; del incumplimiento por parte de sus responsables de brindar alimento, cuidado de salud y velar por su educación. (Ley N°17823, 2004)

Posteriormente Uruguay define políticas de salud destinadas a la atención a situaciones de violencia, con las mujeres víctimas de violencia doméstica (VD), es decir, víctimas de la violencia que es ejercida por otra persona con la que tenga o haya tenido un vínculo afectivo.

En el mismo proceso de implementación de dichas políticas de salud, en 2007 surgen los Equipos de Referencia en VD (ERVD) en las instituciones de salud (MSP, 2007). En este sentido se prevé la capacitación del personal para un abordaje adecuado y se establecen las características y competencias de los ERVD:

Se formarán equipos de referencia entre los técnicos sensibilizados, capacitados y con interés en el tema, según las características institucionales y del servicio. Este equipo organizará la asistencia, apoyará al personal, evacuando dudas y aportando información, propondrá y establecerá estrategias específicas para aquellos casos para los que sea indicado y oportuno, incluyendo instancias de atención individual y/o grupal. (MSP, 2007, p.43)

En el año 2007 se crea el SIPIAV, con el compromiso nacional de enfrentar articuladamente la problemática del MI. SIPIAV es el sistema intersectorial e

interinstitucional, que tiene por cometido primordial abordar, de manera conjunta e integral, la violencia dirigida contra NNA (SIPIAV, 2013).

Con la creación del SIPIAV se generan y revisan dos herramientas para el abordaje de las situaciones de MI, como son los Mapas de Ruta, tanto en el ámbito escolar, cuya primera edición es del año 2007, como en el ámbito de la salud (MSP, 2009), ambas herramientas fueron revisadas y re-editadas, en el 2013 (CEIP, 2013) y en el 2018/19 respectivamente. De esta manera el sector educación precede al sector salud en la búsqueda de instrumentos que ayuden en el abordaje de las situaciones de violencia. Estos mapas de ruta son herramientas que pretenden unificar los procedimientos que deben seguir, los equipos educativos y los equipos de salud respectivamente, ante situaciones en las que detecten violencia hacia NNA, para lograr el mejor abordaje posible. Estos mapas de ruta dan un marco de referencia, que disminuye la discrecionalidad de las conductas individuales, favoreciendo una mejor calidad a los procedimientos, en los que se profundizará más adelante.

En el año 2008 el MIDES, a través del Programa Integral de Infancia, Adolescencia y Familia en Riesgo Social, (INFAMILIA), dio a conocer una encuesta sobre "Prácticas de Crianza y Resolución de Conflictos Familiares" que mostró que el 82% de los adultos entrevistados reporta alguna forma de violencia psicológica o física contra un niño de entre los 2 y los 14 años de su hogar (INFAMILIA. MIDES, 2008). Esta encuesta sorprendió a la opinión pública, sin embargo, los resultados son semejantes a los que UNICEF ha recabado en muchos otros países, demostrando que, las formas de relacionamiento violento entre cuidadores y niños, es una realidad mundial e invisibilizada. La investigación de UNICEF sobre MI en Chile en el 2012, muestra una frecuencia de maltrato infantil de 71% (Larraín, 2012).

En el marco de la Estrategia Nacional para la Infancia y Adolescencia (ENIA) 2010-2030, que constituye un plan estratégico para las políticas públicas de infancia y adolescencia en Uruguay, en el cuaderno sobre Políticas de Salud , se define a la “protección social en salud” como:

...aquellas intervenciones públicas dirigidas a promover que las personas puedan satisfacer sus necesidades y demandas en salud a través del acceso a servicios de salud y a otros bienes, servicios y oportunidades, en condiciones adecuadas de calidad, oportunidad y dignidad, sin importar su capacidad de pago. (Setaro, 2008, p.5)

En el mismo documento, se definen los principales problemas de salud de la población infantil y adolescente centrados en el crecimiento y en el desarrollo; en este sentido destaca los problemas de nutrición, los problemas del aprendizaje y de la conducta, la salud mental, las adicciones y el maltrato infantil, entre otros (Setaro, 2008). De esta manera el tema maltrato infantil queda incluido en la agenda pública como tema de salud y queda priorizado como un problema de salud prevalente.

Desde el 2011 el SIPIAV realiza un informe periódico de las denuncias que recibe por situaciones de violencia. En el informe del 2020, el maltrato emocional se mantiene como la forma más frecuente de violencia denunciada en Uruguay: 34%, sin embargo, no son despreciables los porcentajes de violencia física: 19%, violencia sexual: 19% y negligencia: 26% (SIPIAV, 2020).

En el año 2012, SIPIAV elabora el documento “Modelo de atención integral. Violencia hacia niños, niñas y adolescentes”. Esta nueva herramienta tiene como propósito generar un eje común entre la normativa y los diversos mapas de ruta, protocolos y guías que existen en los diferentes sectores, con el fin de optimizar los recursos y fortalecer la calidad de las respuestas en el marco de un modelo de atención común (SIPIAV, 2012).

La Encuesta Nacional de Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS), realizada a partir de 2013, en el marco de un acuerdo de cooperación entre la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, el Instituto Nacional de Estadística y la Facultad de Ciencias Económicas y de Administración a partir de un conjunto de áreas temáticas de interés definidas por el Programa Uruguay Crece Contigo, evaluó las prácticas de crianza de los hogares con base en el Instrumento de Prácticas de Crianza desarrollado por el Grupo Interdisciplinario de Estudios Psicosociales (IPCGIEP). A partir de las respuestas y observación de adultos responsables de niños menores de tres años, el GIEP construye una medida sintética de riesgo promedio que enfrentan los niños según las pautas de crianza seguidas por sus padres, con la que se encontró que los niños presentan riesgo en el 22,2% de los indicadores, porcentaje que aumenta al 30,1% cuando los padres están separados. Existen además diferencias del riesgo entre los hogares en donde vive más de un niño, donde es mayor el riesgo alto y muy alto, en relación a los hogares donde vive un solo niño. El estudio muestra una diferencia del riesgo en los hogares si se trata del interior del país o de Montevideo, encontrándose una mayor incidencia de riesgo alto y muy alto en el interior. Se observan diferencias significativas por estrato socioeconómico y nivel educativo, en referencia a la discriminación en el trato entre varones y niñas, a la cooperación y a la participación parental en la toma de decisiones, y la propensión a poner límites mediante prácticas violentas. En estas tres dimensiones existe una relación monótona decreciente del nivel de riesgo, desde el primer quintil de ingresos al quinto quintil, así como desde los que tienen menos de 7 años de educación y a aquellos que tienen 12 años o más (INE, 2016).

El combate a la violencia que se propone dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), objetivos que los Estados Miembros de las Naciones Unidas utilizan para fijar sus prioridades desde el 2016 hasta el 2030, se encuentra en la meta 16.2, “poner fin al maltrato, la explotación, la trata y todas las formas de violencia y tortura contra los niños” (AGNU,

2015, p.29), aunque hay otras metas que de diferentes maneras se vinculan con la erradicación de la violencia hacia la infancia.

En mayo de 2016, el gobierno de Uruguay resolvió integrarse activamente a la iniciativa mundial que lanzó Naciones Unidas: “Ya es hora de poner fin a la violencia hacia niños, niñas y adolescentes”, para combatir esta forma extendida de violencia, como afirmó quien fuera en ese momento el Presidente de la República Dr. Tabaré Vázquez, en la versión de prensa de la página web de la Presidencia de la República, publicada el 26 de mayo de 2016¹⁷.

Desde el 2006-2007, todas las instituciones de asistencia médica, públicas o privadas tienen la obligatoriedad de contar con ERVD, debiéndose hacer cargo de las situaciones de violencia grave y violencia sexual, tanto en el primer nivel de atención, como en el segundo y tercer nivel. El proceso se inició haciendo foco en la mujer víctima de violencia doméstica. En los años sucesivos los NNA víctimas directas de violencia o testigos de la misma, comenzaron gradualmente a ser atendidos por los ERVD (Perdomo, 2019). Pero es recién en el año 2017 que los equipos son re-perfilados por el MSP, ampliándose conceptualmente el abordaje de las situaciones de violencia, a lo largo de todo el ciclo de la vida. Se establece que los nuevos Equipos de Referencia en Violencia Basados en Género y Generaciones (ERVBBG), deberán contar con tres integrantes como mínimo, de los cuales, por lo menos uno deberá ser médico y por lo menos uno deberá contar con experiencia en el abordaje a la violencia hacia NNA. Asimismo, determina que cada institución de salud deberá reforzar al Equipo Central, pero también deberá conformar referentes locales en cada sede secundaria. Establece los plazos máximos para dar respuesta a las víctimas de situaciones de violencia (Petit, 2017). De esta manera se determina la obligatoriedad de las instituciones de salud,

¹⁷ Presidencia ROU. (2016). *Uruguay adhiere a la lucha de ONU contra agresiones a niños, niñas y adolescentes*. Recuperado de <https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/lustemberg-olivera-violencia-ninos-adolescentes-onu> Consultado el 19/8/20

tanto públicas como privadas para hacerse cargo de las situaciones de violencia a todo el universo de usuarios.

Como se mencionó previamente, desde el 2009, existe en Uruguay una herramienta institucional para la detección y el abordaje de las situaciones de violencia en el sector salud, “Mapa de ruta para la prevención y la atención de situaciones de maltrato y abuso sexual infantil en el sector salud”, elaborado por el MSP, ASSE y UNICEF. La misma tuvo la fortaleza de unificar a nivel nacional los criterios de abordaje de las situaciones de violencia hacia NNA. Asimismo introdujo el concepto de valoración de riesgo como forma de calificar la situación y facilitar una posible respuesta, adecuada a la misma.

Esta primera herramienta fue revisada durante el año 2017 por un equipo interdisciplinario de profesionales. Luego, en el 2018 fue validado por expertos de la academia, culminando el proceso con la generación de dos protocolos. El primero de ellos se refiere a la violencia sexual hacia NNA y fue publicado en diciembre de 2018 y el segundo, sobre las otras formas de maltrato hacia NNA, que fue publicado en mayo de 2019.

El objetivo de los nuevos protocolos es unificar criterios para los equipos de salud, en el abordaje de las situaciones de violencia hacia la infancia, diferenciándolos de acuerdo con los distintos escenarios de atención. De esta manera, aporta un flujograma para el abordaje de la situación de MI en el primer nivel de atención, un flujograma de abordaje en la emergencia de un centro de salud de un segundo o tercer nivel de atención, un flujograma para la atención del niño que es asistido en domicilio, o en la escuela, o en un lugar público y un flujograma para la asistencia del niño cuando se encuentra internado en una institución (MSP, 2019).

Ambos protocolos permiten establecer estrategias generales para atender las situaciones de MI, manteniendo la evaluación por niveles de riesgo. Ofrece orientaciones de utilidad para el personal de salud, aportando herramientas para generar acciones de detección, prevención,

diagnóstico y atención a las situaciones de violencia que viven niños y niñas en el ámbito familiar (MSP, 2018).

Se entiende por niveles de atención, a una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos de salud para satisfacer las necesidades de una población. El primer nivel de atención es el más cercano a la población, permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, incluye a los controles en salud del niño sano. En este nivel de atención se resuelven hasta el 85% de las consultas. El segundo nivel de atención se ubica en los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios de especialidades, servicios de hospitalización y atención de urgencia, o que requieran procedimientos de mediana complejidad (Vignolo, 2011). Los servicios de Atención Primaria, o primer nivel de atención, tienen un papel destacado en la prevención del maltrato infantil (Soriano, 2015).

En 2018, SIPIAV lanza un documento “Violencia hacia niños, niñas y adolescentes: herramientas para el proceso judicial”. El mismo es una importante guía que pauta el procedimiento judicial cuando están involucrados NNA. Luego de ser publicada esta herramienta, se aprobó la Ley N° 17.823 que modifica el Código de la niñez y la adolescencia, considerando los lineamientos presentados previamente en este documento. Esta guía pretende brindar herramientas para la actuación de los equipos frente a situaciones de violencia detectadas, cuando éstas no pueden ser superadas sin la intervención del sistema de justicia (SIPIAV, 2018).

En el 2019 también se presenta la “Guía para la atención de niños y niñas de 0 a 3 años en situaciones de violencia” elaborado por el SIPIAV; se trata de una guía dirigida a operadores que trabajan en la atención de niños en esa franja etaria, destinada a mejorar la prevención, detección y abordaje para las situaciones de violencia. Esta herramienta es muy importante ya

que está dirigida a un amplio sector de operadores que atiende niños de 0 a 3 años y que no estaban comprendidos en la población objetivo de los documentos previos (SIPIAV, 2019).

Desde hace ya años, el MSP, incorpora a sus metas asistenciales mencionadas anteriormente, tanto la obligatoriedad de notificar las situaciones de violencia detectadas, como la obligatoriedad de formar a los recursos humanos del sector salud, en el abordaje a las situaciones de violencia. Primero se realizó formación a los equipos de salud en relación a las situaciones de violencia doméstica, luego se formó en el abordaje a las situaciones de violencia sexual aguda. En el año 2019 y 2020, las metas asistenciales exigieron la capacitación del personal de salud en el abordaje a las situaciones de violencia hacia NNA y específicamente en la difusión y formación en el uso de los nuevos protocolos (MSP. 2019).

Si bien los protocolos son de carácter nacional, el MSP insta a las instituciones de salud a que hagan ajustes de los mismos para adaptarlos a cada institución, ajustando los procedimientos internos de acuerdo a los recursos, para facilitar su instrumentación.

2.5 La asistencia a las situaciones de violencia en las instituciones de salud

Como problema de salud de amplia prevalencia, la estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)¹⁸, propone incluir la evaluación sistemática del MI en la atención integral de todos los niños¹⁹. La estrategia IAIEPI, desde 1996 propone sistematizar la atención de salud

¹⁸ La OPS es la organización internacional especializada en salud pública de las Américas.

¹⁹ OPS, AIEPI. (s.f). *MALTRATO INFANTIL Y ABUSO SEXUAL EN LA NIÑEZ*. Recuperado de https://www.aepap.org/sites/default/files/maltrato_y_abuso_sexual_aiepi.pdf Consultado el 19/8/20

de los niños, con el objetivo de disminuir la mortalidad infantil. Dicha estrategia prioriza los diferentes problemas de salud de máxima prevalencia, incluyendo al maltrato.

Los nuevos protocolos de abordaje para las situaciones de MI y ASI ya descritos proponen integrar la violencia a la mirada integral con la que se aborda la atención de salud de NNA en todos los casos. Comenzando desde la prevención: “el control de salud de NNA sanos constituye un ámbito privilegiado para ello: da consejería anticipatoria, pesquisa los factores de riesgo y los factores protectores, y promueve en el niño el cuidado de su propio cuerpo” (MSP, 2019, p.28).

Sin embargo, a pesar de estos cambios que se han incorporado, seguimos asistiendo tarde a las situaciones de maltrato, como está documentado en los sucesivos informes anuales de SIPIAV (SIPIAV, 2020). En el XII Jornadas Integradas de Emergencia Pediátricas del año 2014, realizadas en Montevideo, se presentó un trabajo nacional, que se publicó en el 2017 en la revista Archivos de Pediatría (Veirano, 2017), que evalúa a todos los niños que ingresaron en el CHPR entre el 2009 y el 2014 por abuso sexual; el mismo confirma que en el 60% de los casos se trataba de una situación reiterada en el tiempo y sólo en el 30% se detectó luego de la primera situación de abuso (Guerrero, 2014). Ya se han descrito otros trabajos en el capítulo previo que, como estos, documentan extensamente la presunción de que se asiste tarde a las situaciones de violencia.

Es importante destacar que todos los avances en el modelo de atención a las situaciones de violencia (SIPIAV, 2012), así como la pesquisa sistemática de las situaciones de MI que propone AIEPI, en cada una de las instancias de atención del pediatra, además del uso de los protocolos para el abordaje de las situaciones de maltrato y abuso sexual hacia NNA, se encuentran incorporadas a la formación de los recursos humanos, en especial del pediatra. Dicha formación se da tanto a nivel académico, como en las instituciones de salud, públicas

como privadas de todo el país, a través de las metas asistenciales exigidas para 2019 y 2020 por el MSP.

Sin embargo, el conocimiento de las estrategias y protocolos, la motivación personal e institucional para su uso, junto a las actitudes de la sociedad respecto al MI, como la naturalización e invisibilización de las diferentes situaciones de violencia, que parecen ser dos caras de una misma moneda, podrían ser algunos de los elementos a tener en cuenta a la hora de comprender las dificultades de los pediatras para el abordaje oportuno de las mismas.

En la región se destacan otros modelos de atención. En el Hospital Juan P. Garrahan, de Buenos Aires, Argentina, hospital pediátrico de referencia, existe un Consultorio Multidisciplinario de Protección Infanto-Juvenil. Está conformado por un pediatra, dos psicólogas y una trabajadora social. Este consultorio fue creado con el fin de optimizar la detección y evaluación de los casos sospechosos de maltrato infanto-juvenil de dicho hospital (Fridman, 2017).

Existen experiencias documentadas de abordajes a las situaciones de MI y ASI de similares características a las nuestras, como es el caso de Méjico, con la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado, del Instituto Nacional de Pediatría, de la Universidad Autónoma Nacional de México (CAINM-INP-UANM). Dicha clínica publica la experiencia de 10 años de historia, con un modelo de atención que se caracteriza por contar con: la asistencia al niño en situación de violencia, junto con la investigación desde diferentes disciplinas de trabajo y con docencia y formación específica de los recursos humanos. La CAINM-INP funciona en el tercer nivel de atención; el grupo está constituido por médicos, de preferencia pediatras, psiquiatra o psicólogo, trabajadores sociales y licenciados en derecho, que estén capacitados en la temática, además de tener actitud de formar otros recursos humanos y de generar investigación, para cumplir con los tres objetivos básicos: asistencia, docencia e

investigación. En cuanto al objetivo asistencial, se pretende recuperar la salud física y mental, la atención social y psicológica de toda la familia, reconocer un miembro de la familia que constituya la red de apoyo, evitando un hogar sustituto; se desarrollan estrategias de prevención secundaria y terciaria y se realiza terapia grupal para madres generadoras de violencia hacia sus hijos. Destacan que logran una asistencia de 300 consultas por año (Loredo-Abdalá, 2009).

Cap. 3. La infancia

3.1. Evolución del concepto de infancia a través de la historia y el maltrato infantil.

El concepto infancia no es un concepto estático, sino que ha ido variando a lo largo de la historia. Es una construcción que se produce a través de los diferentes momentos históricos y es leída por diferentes autores, que asimismo tienen miradas discordantes, muchas veces antagónicas en las formas de interpretar el concepto infancia en las distintas épocas. De la mano de esta construcción histórica, puede interpretarse la manera de “cuidar” al infante. Este capítulo es un aporte al tema de la tesis, para ayudar a comprender cómo y por qué miramos a NNA hoy. ¿Qué significa para la sociedad y para los pediatras hoy, cuidar o descuidar? ¿Qué es tratar bien y qué es tratar mal en este momento histórico, enmarcado en el marco jurídico desarrollado en el capítulo correspondiente (3.2)?

Philippe Ariès, historiador francés del siglo XX, trata la invisibilidad y el anonimato del niño en la Edad Media y al principio de la Edad Moderna. Afirma que el concepto de infancia es una construcción social e histórica. En el libro “El niño y la vida familiar en el antiguo régimen” (1987), escrito en 1960, estudia a través de la producción pictográfica y de representaciones funerarias, el lugar del niño en la sociedad. “Hasta el siglo XVII el arte medieval no conocía la infancia” (Ariès, 1987, p.1) no la representaba o se representaba al niño como un adulto en dimensiones pequeñas.

El niño participaba de la vida del adulto, del trabajo, de la diversión, del ocio. “En la Edad Media, a principios de la era moderna y durante mucho más tiempo en las clases populares, los niños vivían mezclados con los adultos” (Ariès, 1987, p. 20). Tenían la responsabilidad de cuidar a sus padres o de servir en otras casas, lo que los exponía a riesgos de falta de

cuidados, de malos tratos por terceros, o iba en desmedro de su educación. Al respecto de Mause, (1974) afirma:

Desde la época romana, niños y niñas servían a sus padres a la mesa, y en la Edad Media todos los niños excepto los de sangre real, actuaban de sirvientes, en sus hogares o en casas ajenas, y muchas veces tenían que volver corriendo de la escuela a mediodía para atender a sus padres. (p.17)

La mortalidad infantil antes del siglo XVIII, era alarmante. Por esa razón, era importante no apearse al niño, ya que probablemente viviera poco. En ese sentido Ariès (1987) aporta:

A nadie se le ocurría conservar la imagen de un niño, tanto si había vivido y se había hecho hombre, como si se había muerto en la primera infancia. En el primer caso, la infancia no era más que un pasaje sin importancia, que no era necesario grabar en la memoria; en el segundo caso, si el niño moría, nadie pensaba que esta cosita que desaparecía tan pronto fuera digna de recordar. (p.5)

Fue recién en el siglo XVII, que según Ariès (1987): “los retratos de familia de épocas anteriores tendieron a organizarse en torno al niño, que se convirtió en el centro de la composición” (p.12).

Ariès entiende que el concepto de infancia es una construcción que se va dando a partir del siglo XVIII, cuando el niño deja de ser indiferente como lo fue para la sociedad medieval y “se vuelve un ser humano dotado de afectividad” (Dolto, 1993, p.19), que comienza a ser mirado, observado, despertando sentimientos de ternura en los adultos, estudiado por diferentes disciplinas y cuidado por los adultos que ya no son indiferentes a su muerte, ni al infanticidio. En este proceso, caracterizado por un mayor cuidado, protección y educación a los niños, se produce según Ariès “un largo proceso de enclaustramiento de la infancia...al

que se le da el nombre de escolarización” (Ariés en Leopold, 2014, p.29)., con mayor dependencia, obediencia y sometimiento.

Lloyd deMause (1974) hace una exhaustiva investigación de la historia de la infancia en relación a los vínculos paternofiliales, esbozando una teoría psicogénica de la historia, donde destaca que los cambios históricos son motivados por cambios psicogénicos de las personalidades construidas en la interacción de padres e hijos en las sucesivas generaciones.

A diferencia de la mirada de Ariés, deMause (1982) sostiene que, a lo largo de la historia, la mejora que se va dando en la forma de relacionamiento y de cuidado de los adultos hacia los niños, lejos de perjudicarlo por quitarle libertades, lo beneficia, ya que lo aleja del uso de la violencia extrema y lo lleva al trato cuidadoso.

deMause (1974) reconoce que:

La historia de la infancia es una pesadilla de la que hemos empezado a despertar hace muy poco. Cuanto más se retrocede en el pasado, más bajo es el nivel de la puericultura y más expuestos están los niños a la muerte violenta, el abandono, los golpes, el terror y los abusos sexuales. (p.1)

Para comprender los diferentes períodos de relaciones paterno-filial, reconoce tres formas de relacionamiento entre padres e hijos: la reacción proyectiva que consiste en deMause (1982) “utilizar al niño/a como vehículo donde se proyectan y se descargan los contenidos del inconsciente del adulto, de forma que el niño/a se convierte en un tipo de recipiente” (p.123). La reacción de inversión, cuando el niño es utilizado como sustituto de una figura adulta importante en su propia infancia. Y por último la reacción empática que es comprensiva y respetuosa de las necesidades del niño.

Con esta mirada de las tres diferentes reacciones, es que elabora seis grandes períodos de la forma de relacionamiento paterno-filial, que documenta extensamente.

Estos períodos son: el infanticidio, el abandono, la ambivalencia, la intrusión, la socialización y la ayuda.

El Infanticidio que se extiende desde la antigüedad hasta el siglo IV, donde las posibilidades de morir de un niño dependían de la decisión de los padres. Hay documentación que confirma que el infanticidio era una práctica habitual, tanto de hijos legítimos, como ilegítimos, aunque en estos últimos perduró por mucho más tiempo, hasta entrado el siglo XIX. Como razones para provocarles la muerte se describe en deMause (1974): “todo niño que no fuera perfecto en forma o tamaño, o que llorase demasiado o demasiado poco, o que fuera distinto a los descritos en las obras ginecológicas sobre “Cómo reconocer al recién nacido digno de ser criado” generalmente se le daba muerte” (p.22). Las formas eran variadas, desde matarlos con las propias manos, hasta tirarlos atados al río, así como abandonarlos en un bosque donde era esperable que fueran comidos por los animales salvajes.

El abandono, deMause (1974) lo sitúa desde el siglo IV al siglo XIII. Este período en oposición al infanticidio, es defendido especialmente por la iglesia católica y sostenido más bien en la preocupación por el alma de los padres que por la vida de los niños. Otros pensadores dentro de la Iglesia cuestionan también al abandono, como es el caso de san Justino, mártir citado por deMause (1974):

Para que no hagamos mal a otros o cometamos un pecado, se nos ha enseñado que es inocuo abandonar a los niños, incluso a los recién nacidos, primero porque vemos que casi todos los que son abandonados (y no sólo las niñas, sino también los varones) acaban en la prostitución. (p.25)

Las modalidades de abandono eran múltiples: desde la venta de niños, que fue una práctica muy extendida hasta el siglo XVIII, aunque en Rusia no se prohibió hasta el siglo XIX, los niños dados como prenda por deudas de los adultos, siendo entregados a amas de leche o para servicios como criados. Esos niños sufrían de diferentes tratos aberrantes que los llevaba a la muerte, también eran objeto de falta de cuidados con riesgo de morir y eran utilizados para prácticas sexuales de adultos.

El período de **la ambivalencia**, deMause (1974) lo reconoce entre los siglos XIV y XVII; en esta época el niño no tiene un espacio propio, participa de la vida del adulto tanto del ocio como del trabajo; los niños eran considerados peligrosos para los adultos, por lo que estos debían educarlos. Para controlar al niño surgen prácticas como sujetarlo con diferentes trabas, los fajan con largas vendas, privando al niño de todos sus movimientos; ya más grandes los atan a la silla o a la cama; se les realizaba enemas purgadores desde pequeños y durante toda la infancia, para liberarlo de su interior sucio y poder controlarlo. Se reconocen en esta época malos tratos con el fin de purificarlos y educarlos.

Durante lo que deMause (1982) considera el período de **la intrusión** en el siglo XVIII, la sociedad deja de ver al niño como un “enemigo peligroso” y pasa a ser un “ser perfectible” (p.125), “recibía azotes, pero no sistemáticamente” (deMause, 1974, p. 51). Hay una mirada científica sobre el niño; nace la pediatría y baja notoriamente la mortalidad infantil.

En la etapa de **la socialización**, entre el siglo XIX y mediados del siglo XX, comienza a primar el concepto de cuidar y de socializar. Hay un fuerte énfasis en la pedagogía, sin embargo, el niño todavía es mirado por lo que le resta para ser un adulto, “sigue predominando una mirada del niño/a desde el déficit porque el patrón de referencia es el adulto. En este sentido, se puede hablar de los “todavía no” (todavía no adulto, no responsables, no autónomos...)” (deMause, 1982, p. 125).

Por último, en la segunda mitad del siglo XX, se describe la forma de **relacionamiento paterno/filial de la Ayuda**. Donde predomina la relación empática, con el objetivo de facilitar el desarrollo del niño y no ya su dominación.

Años después Linda Pollock, además de otros autores, hace una crítica de la obra de Ariès y la de deMause:

tanto los estudios pictográficos de Ariès como las fuentes epistolares de circulación reducida o la parcial búsqueda bibliográfica de deMause no posibilitan concluir que ... el trato inadecuado hacia los niños fueran una práctica masiva en el mundo europeo occidental durante el período medieval. No solo, ... no hay evidencia en el funcionamiento colectivo de las sociedades que permita sustentar la tesis histórica, sino más bien que, en general, las distintas sociedades han dado respuestas satisfactorias al cuidado de los niños. (Pollock en Leopold, 2014, p.32)

A partir del siglo XVIII, fueron notorios los cambios de la manera de concebir la infancia y su relación con el mundo adulto. Refiere Leopold (2014):

Aunque es indudable que se continuó practicando la desatención, la explotación y el abandono de los niños, existía ya una oposición generalizada a tales prácticas y los intentos de controlarlas, reducirlas o suprimirlas, por escasos que fueran sus efectos, delimitan ya el despertar en la conciencia y sensibilidad de la sociedad de una idea de infancia que, a lo largo de los siglos siguientes, habrá de cobrar fuerza e importancia progresivamente. (p.27)

Es importante reconocer que existieron prácticas aberrantes en el trato hacia los niños y que existe un proceso histórico que demuestra los cambios, tanto hayan sido estos una forma

de relacionamiento generalizado y aceptado, o prácticas esporádicas. Incluso a finales del siglo XX, a partir de recomendaciones de un decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires, que aconseja “pegarles.... pero sin lesionar”, Intebi (2013) reflexiona: “lo rescatable de estos tiempos es que hemos llegado a un punto en que es posible preguntarse si la violencia sirve como forma de resolver conflictos y si constituye un elemento digno de ser incluido en las pautas de crianza” (p.67).

Breve contexto histórico de la infancia en Uruguay

En la Historia de la sensibilidad en el Uruguay. Libro Primero: La cultura “bárbara”, José Pedro Barrán (1989) analiza la sensibilidad del Uruguay del siglo XIX, “la evolución de la facultad de sentir, de percibir placer y dolor” (p.11). A la sensibilidad dominante entre 1800 y 1860 la llamó sensibilidad “barbara”; se trató de una sociedad que practicó la violencia física y la justificó, la entrega del cuerpo al placer, la exhibición macabra de la muerte y de los moribundos y la omnipresencia del juego, la sensibilidad de los “excesos” (p.12). En contraposición al concepto de sensibilidad bárbara, a partir del año 1860 surge el concepto de sensibilidad “civilizada”. Durante la cultura bárbara en Uruguay, Barrán destaca las prácticas con los apremios físicos, el abandono y el infanticidio, así como la indiferencia naturalizada de la muerte en la infancia, ejemplificada en un vecino de Río Negro a quién se le murió un hijo y un borrego, y se lamentaba más de esta última muerte que de la primera: “lástima si, pero hijos se hacen, más carneros finos no se hacen” (Barrán, 1989, p.68).

Se encontraban muchos niños abandonados en Montevideo en la primera mitad del siglo XIX, que asombraba a la sociedad europea visitante. Refiere Barrán (1989): “el cuadro doloroso de muchos niños que se encontraban expuestos en las calles, despedazados a veces por los perros” (p.68).

Muchos de los niños eran abandonados en las calles, en las iglesias y en las casas de las familias acomodadas, lo que motivó la creación una Casa Cuna que los acogiera.

A pedido del Sacerdote Dámaso Antonio Larrañaga, se creó entonces la primera casa cuna en 1919, que se llamó La Inclusa, que años más tarde pasó a denominarse Asilo de Expósitos y Huérfanos. La llegada de los niños a la Casa Cuna podía darse de dos maneras: o eran entregados en mano o eran depositados en el Torno. En la puerta del Asilo, arriba del Torno había un cartel que decía así: «Mi padre y mi madre me arrojan de sí, la Caridad divina me recoge aquí.» (Osta Vázquez, 2016, p.161).

Entre 1820-1830 la cifra de niños abandonados en la Casa Cuna ascendía a 5,46 por cada 100 niños nacidos (Barrán, 1989).

Además de los niños abandonados de diferentes maneras, “hay que sumar los infanticidios...se encontraba a los niños ahorcados...junto a la basura” (Barran, 1989, p.70), aunque el enorme número de infanticidios era ocultado bajo causas naturales de muerte.

En el libro “Historia de la sensibilidad en el Uruguay. Libro segundo: El disciplinamiento, 1860 -1920, José Pedro Barrán (1989), refiere a la época “civilizada” como aquella donde habrá un cambio en los supuestos culturales previos:

El niño será visto como un ser diferente, con derechos y deberes propios de su edad; le serán vedados rubros enteros de la vida social (las ceremonias de la muerte, por ejemplo) y otros se le reservarán especialmente (la escuela y el juego). (p.295)

En relación al cambio hacia el cuidado y la protección de los niños en el siglo XIX, Dolto (1993), sintetiza: “El encierro es en el siglo XIX, y hasta mediados del XX, el destino de los hijos de la clase acomodada, pequeña y mediana burguesía” (p.48).

En ese momento histórico cobran relevancia la pedagogía y la institución escolar como forma de normalización y disciplinamiento. Según Narodowski, pedagogo e investigador argentino del siglo XX, cuyo pensamiento va en línea con la crisis del sentido moderno de la infancia plantea (2013): “La pedagogía y las políticas educativas reducen la infancia a cuerpos que quedan limitados a la institución escolar. Cuerpos que se suponen heterónomos y obedientes” (p.20).

A finales del siglo XIX y principios del XX, no todos los niños son recibidos en la institución escolar, sino que algunos quedarán excluidos. Los desobedientes, los que son más lentos para aprender, los que no se adaptan a la disciplina escolar, no serán acogidos en la escuela. Refiere Narodowski (2013):

Eran pocos los que se excluían del proceso de escolarización, en ese caso el alumno dejaba de ser llamado "niño" para pasar a ser un "menor". Sus desvíos dejaban de ser indisciplina escolar para ser delincuencia infanto-juvenil, pasando a ser objetos de la psiquiatría y del derecho penal, ya no de la pedagogía. (p.24)

“El universo de los niños no se configuró en términos unívocos” (Leopold, 2014, p.33), de tal manera que existen diferencias que quedan “invisibilizadas” bajo la noción de niñez, como son la clase social, el género, etc. que van a determinar “los diferentes modos de ser niños/as” (Fernández, 1993, p.11).

No es lo mismo ser niño, que ser niño pobre, no es lo mismo ser niño que ser niña, de esta manera se van sumando “capas de vulnerabilidad”, que diferencian a una infancia de otra (Luna, 2008).

Según Hugh Cunningham la infancia para los «hijos de los pobres» era una etapa de adaptación al trabajo, de tal manera que constituían un valor económico para sus padres; recién a partir del siglo XX se aceptará que todos los niños tienen iguales derechos. A

menudo esto «no alcanza», dado que “la recuperación de la infancia para los hijos de los pobres nunca fue fácil y nunca completa” (Cunningham, 2010, p.4).

Ya al inicio del Siglo XX, en Estados Unidos, nuevas organizaciones de bienestar social denunciaban el trabajo infantil y sus consecuencias en cuanto al costo social; es posible verlo en campañas de documentación visual. El fotógrafo estadounidense Lewis Hine, sociólogo de formación, realizó en 1907 un trabajo para el National Child Labor Committee (Comité por el Trabajo Infantil) que fue pionero en su género, con imágenes que denuncian el trabajo infantil, argumentando que “su misión como fotógrafo social era mostrar las cosas que debían cambiar” (Museu d’Art Contemporani de Barcelona, 2008, p.12). Estas imágenes permitieron visibilizar un grave problema social. De esta manera Hine se constituye en precursor de la fotografía documental reformista, en respuesta a las crecientes demandas de los movimientos por los derechos civiles en Estados Unidos.

Sobre la primera mitad del siglo XX, en la Declaración de Ginebra de los Derechos del Niño en 1924 y en la Declaración de los Derechos del Niño de 1959, ya estuvo presente el concepto de que al niño se le reconocen derechos; sin embargo este reconocimiento de derechos se basa en el concepto de que el niño es un objeto de protección, debido a su falta de madurez, “el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita de protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento” (Narodowski, 2013, p.25). Es recién con la Convención de los Derechos del Niño del año 1989, que surge el concepto de que el niño es un sujeto y nace con derechos; a partir de la Convención, los estados partes de las Naciones Unidas se comprometen a cumplirlos, como se profundizará más adelante.

Según Sandra Carli, doctora en educación, investigadora y docente de la Universidad de Buenos Aires, durante el siglo XX, si bien existieron avances en el campo de los derechos de

la niñez, además de un cúmulo de conocimiento generado respecto a la infancia, esto no ha generado mejores condiciones de vida para los niños, habiéndose hecho más visibles las brechas sociales (Carli, 2006) y con ellas se ha profundizado la vulneración de derechos que se pretendió proteger.

En el siglo XXI se sigue debatiendo sobre el concepto infancia y es en este contexto histórico donde se da la formación de los pediatras de hoy; importa conocer los conceptos de infancia actuales y sus vínculos con el mundo adulto, para poder comprender y hacer visibles los conflictos en cuanto a los cuidados de NNA por parte de sus referentes adultos. En el sentido que plantea Guemureman, la ruptura de los patrones de relacionamiento social pre-establecidos, que son capaces de generar una crisis, son los que permiten visibilizar las situaciones de violencia.

Neil Postmann, sociólogo estadounidense del siglo XX, plantea la hipótesis de que existe, a partir del último cuarto del siglo XX, una crisis en la conceptualización moderna de la infancia que determina su clausura, basada en que el acceso a la información y a las nuevas tecnologías, rompe con la diferenciación entre niñez y adultez, llevando de esta manera a su fin el concepto moderno de la infancia. Sin embargo, para Mariano Narodowski, docente e investigador en el área de la pedagogía en Argentina, esta crisis no determina la clausura de la infancia, sino que lleva el concepto hacia dos polos: la infancia hiperrealizada y la infancia desrealizada (Narodowski, 2013, p.25).

Narodowski (2013) caracteriza a los jóvenes hiperrealizados como los que lideran a los adultos; ya no importa la experiencia, sino que cobra relevancia la inmediatez. La virtualidad toma un papel preponderante y el aburrimiento está presente cotidianamente.

Estos son algunos de los niños que asisten los pediatras, en quienes es importante estar atentos al número de horas del uso de pantallas; son los que menos se perjudicaron - en

relación al seguimiento de las actividades educativas formales - durante el aislamiento físico en la Pandemia COVID-19, porque siguieron conectados con la institución educativa a través de diferentes plataformas, ya sea porque dominan el lenguaje digital, como porque cuentan con los medios materiales y logísticos para lograrlo. Son niños en quienes la violencia puede encontrarse solapada, menos visibilizada.

Por otro lado, también en este siglo, Viviana Minzi en Argentina, citada en Sandra Leopold (2014), analizando la participación de los niños en la publicidad televisiva, afirma que los medios de comunicación y el mercado se consolidan como nuevos agentes de socialización de la infancia, y “aportan una nueva acepción a la definición de infancia: el niño como cliente” (Leopold, 2014, p.45). Esta mirada, por un lado, desdibuja la distancia entre adulto y niño, ya que ambos confluyen en ser “clientes” hoy, pero por otro lado aumenta la brecha social entre los niños que dependen de sí mismos para consumir y los que cuentan con los recursos del adulto para ello.

Por otra parte, según Narodowski la infancia desrealizada, “es la infancia de la calle... desde edades tempranas vive en la calle, no está al resguardo del adulto que ha encontrado suficientes herramientas para ser independientes, autónomos... Son niños que no están infantilizados (Narodowski, 2013, p.30).

Para el autor, la infancia desrealizada es aquella que “no será salvada por la escuela”, de tal manera que esa independencia y autonomía se basan en su vulnerabilidad, son los niños excluidos del ámbito educativo y del acceso a los bienes culturales en sentido amplio. (Narodowski, 2013, p.31).

En el mismo sentido, Silvia Duschatzky y Cristina Corea, profundizan en el concepto exclusión que entienden como “un estado en el que se encuentra un sujeto” y lo confrontan con la idea de “expulsión social”. “Mientras el excluido es meramente un producto, un

resultado de la imposibilidad de integración, el expulsado es resultado de una operación social” (Duschatzki, 2002, p. 18).

Los niños “expulsados”, son también competencia de los pediatras, sin embargo, son aquellos que requerirán de una actitud activa por parte de los mismos, para intentar la inclusión y el mantenimiento en el sistema de salud y en el sistema educativo. Son en quienes es posible ver que la violencia institucional, va de la mano con la violencia intra-familiar. De alguna manera son niños visiblemente violentados.

En este sentido, la importante normativa acumulada desde el siglo XX en favor de los derechos de los NNA, que les otorga un lugar relevante en la sociedad, no va de la mano de la calidad de vida lograda en esa etapa, ni del goce pleno de dichos derechos; “el inicio del nuevo siglo parecería caracterizarse por la convivencia entre enunciados normativos que otorgan centralidad a la infancia y vida social que dispone su desaparición” (Leopold, 2014, p.47).

Conocer la historia de la infancia y de la forma de ser (des-) tratado, permite contextualizar los procesos que vive el niño a lo largo de la misma; la construcción del concepto de infancia, las relaciones paterno-filiales, el vínculo con la muerte, la implicancia de la iglesia en la vida del niño, el vínculo con la ciencia: la pedagogía, la psicología, la pediatría, con el arte, todo lo cual conforma un marco conceptual que permite entender el objeto de estudio. De la misma manera permite comprender la importancia de los malos tratos hacia el niño y las transformaciones que al respecto se han experimentado a lo largo del tiempo.

Es importante conocer dichos procesos e incorporarlos en la formación de los pediatras, porque permite sensibilizar al colectivo profesional. Les da un marco contextual a las prácticas, dialoga con los conceptos teóricos aprendidos, tanto con los propios, como con los de las diferentes realidades atendidas, que a su vez, son cambiantes a lo largo del tiempo.

Facilita la generación de un quiebre en conceptos aceptados como “normales” y que de alguna manera se perciben estáticos.

3.2. Historia reciente de derechos de NNA vinculados a la salud y al MTI en Uruguay.

3.2.1. Código del Niño del año 1934, ley N° 9342.

Si bien el Código del 34 fue cuestionado por la Cátedra de Derecho Civil de la Facultad de Derecho por sus deficiencias técnicas, se constituyó para la época en un “baluarte” de la defensa de los derechos de la “minoridad”, hasta que se sancionó el CNA (Sarli, 2007).

Con la promulgación del Código del Niño, se crea el Consejo del Niño y los Juzgados de Menores.

Al Consejo del Niño se le asignó en la ley, la responsabilidad de “todo lo relativo a la vida y bienestar de los menores desde su gestación hasta la mayoría de edad” (Ley N° 9342, 1934). Esta nueva institución será la autoridad encargada de las políticas de protección a la infancia; si bien el Código prevé que se priorice la vida en familia para todos los niños, la institucionalización fue la práctica más extendida.

El Código del Niño crea también el Juzgado de Menores. Los jueces de menores tienen la competencia de instruir castigos a los menores frente a acciones u omisiones castigadas por la ley penal; asimismo es de su competencia atender a las denuncias de malos tratos hacia menores por parte de la familia o de instituciones y recluir a menores en establecimientos cuando se observe mala conducta, o cuando los padres o cuidadores lo soliciten.

La Doctrina de la Situación Irregular, doctrina hegemónica en América Latina, en la primera mitad del siglo XX y que se extendió hasta la CDN, aporta el marco jurídico al Código del Niño del año 1934.

Para Emilio García Méndez, argentino, doctor en Derecho, experto en derecho de infancia, la Doctrina de la Situación Irregular, parte de la cultura de la “compasión-represión”, cultura que entiende se basa en la “exclusión social”, a la que “refuerza y legitima, introduciendo una dicotomía perversa en el mundo de la infancia. Una cultura, que construye un muro jurídico de profundas consecuencias reales, destinado a separar niños y adolescentes de los otros, los menores a quienes construye como una suerte de categoría residual y excrecencia respecto del mundo de la infancia” (García Méndez, s.f., p. 2).

Según García Méndez (s.f.), la doctrina de la Situación Irregular, es una doctrina jurídica que “poco tiene de doctrina y nada tiene de jurídica”, ya que está viciada de discrecionalidad, “constituye una colcha de retazos del sentido común que el destino elevó a la categoría jurídica”, en la que el juez de menores encarna la figura del “buen padre de familia”.

Se legitima de esta manera un marco jurídico de atención al “riesgo social” o a la infancia en “situación irregular” y desde esa mirada se diferencia el concepto de niño, del concepto de menor, ya que menor es aquel niño que es pobre y de quien se espera que sea un infractor. Ese menor debe ser cuidado y desde la perspectiva tutelar es tratado como un objeto a proteger, ante las dificultades que en relación a la crianza pueda manifestar su propia familia, a la que a su vez se culpabiliza por el “abandono moral”. Estos menores merecen un trato especial, porque desde esta perspectiva tutelar, se los percibe como un riesgo para la sociedad, en tanto el abandono opera como pronóstico de criminalidad. (Acosta, 2016).

3.2.2. Declaración de los Derechos del Niño.

[Escriba aquí]

La AGNU proclama en el año 1959, la Declaración de los Derechos del Niño, más de una década después de la Declaración Universal de los Derechos Humanos del año 1948. Dicha declaración se entiende necesaria (ONU, 1959): “Considerando que el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento...”.

Si bien en el año 1959 varios estados propusieron crear una Convención, con el objetivo de que las naciones firmantes asumieran un compromiso legal al respecto, la propuesta fue rechazada, por lo que se resolvió emitir una Declaración, aunque la misma, como tal, no tiene carácter jurídico vinculante.

La Declaración de los Derechos del Niño se basa en la Declaración de Ginebra del año 1924, cuando la Sociedad de Naciones aprobó un documento que reconocía y afirmaba la existencia del derecho específico de los niños y la responsabilidad de los adultos hacia ellos, en el entendido de que requieren protección especial por sus carencias “falta de madurez física y mental”. La Declaración establece que los derechos reconocidos tienen carácter universal, para todos los niños, aunque no delimita la edad al referirse a niño. (ONU, 1959)

A pesar del carácter de Declaración del documento, tuvieron que pasar 30 años más para que se firmara finalmente una Convención. La unanimidad de la aprobación de dicha Declaración, logra que, al menos a nivel discursivo, se acuerden derechos especiales para los niños. Se destaca en el documento el carácter de ser universal, es decir para todos los niños y la voluntad de atender al interés superior del niño, en el capítulo 1 y en el capítulo 2 respectivamente. (ONU, 1959)

3.2.3. Convención de los Derechos del Niño (CDN).

La CDN aprobada el 20 de noviembre de 1989 se basa en cuatro principios básicos: el interés superior del niño en el artículo 3, el derecho a la no discriminación en su artículo 2, el derecho a la supervivencia y al desarrollo en su artículo 6 y el derecho a ser escuchado y que su opinión sea tomada en cuenta, en el artículo 12.

Sobre la CDN ya se escribió extensamente en los capítulos anteriores por lo que sólo se agrega acá la siguiente precisión para su mejor comprensión. El valor de la Convención en el derecho internacional radica en que, los Estados que ratifican la Convención tienen que cumplir con los compromisos asumidos y adoptar las políticas que garanticen dichos compromisos. Los estados deberán rendir cuentas al Comité de los Derechos del Niño; este realiza una evaluación sobre el cumplimiento de la Convención y hace una devolución con las correspondientes Observaciones, que deberán ser consideradas por los estados. Este mecanismo procura garantizar el cumplimiento de la CDN (Carmona, 2012).

3.2.4. Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA). Ley 17.823.

Si bien Uruguay ratificó la CDN en el año 1990, es recién 15 años después, en el año 2004 se reglamenta esta ley. De esta manera Uruguay sienta las bases para implementar un sistema de protección integral y el cumplimiento de los compromisos adquiridos internacionalmente.

A diferencia del Código del Niño del año 34 que centra su mirada en el “menor”, el Código de la Niñez y la Adolescencia refiere a todos los niños “todos los niños sin excepciones, están afectados; porque este Código es para todos los niños, no solamente para los infractores” (Leopold, 2014, p.61).

El CNA es el primer marco normativo nacional vinculado a infancia, en el que el niño es considerado sujeto de derecho, donde los principios básicos de la convención se ven

reflejados, en el entendido que todos los niños son titulares de derecho sin discriminación, como versa el artículo 2. En el artículo 6 se aclara el alcance que tiene el interés superior del niño que “no se podrá invocar para menoscabo de tales derechos”. (Ley 17.823, 2004)

A partir de la Convención y basada en ella, el CNA “vino a consagrar el carácter de titulares de derecho de las personas menores de edad, las que van progresivamente adquiriendo capacidad de ejercer por sí mismas sus derechos” (Unicef, 2012, p.44). De esta manera se pone sobre la mesa el concepto de autonomía progresiva, que será más explícito con la incorporación a esta ley del artículo 11 bis, a partir de la aprobación de la Ley N°18.426, sobre salud sexual y reproductiva en el año 2008, que se explicitará más adelante.

Con la ratificación del CNA queda establecido que el deber de los padres es el de orientar y guiar a sus hijos en el ejercicio de sus derechos, lo cual es una “modificación sustantiva del instituto de la patria potestad” (IDISU, 2012, p.44). En el artículo 16 se establecen los deberes de los padres o responsables y en el inciso A) se destaca el deber de respetar el carácter de sujeto de derecho del niño o del adolescente, al que le siguen otros tantos deberes. (IDISU, 2012)

En el artículo 15 del CNA sobre la Protección Especial, se establece la obligación del Estado de proteger especialmente a los niños y adolescentes respecto a las diferentes formas de maltrato tanto por acción como por omisión. (Ley N° 17823, 2004)

3.2.5. Integridad personal de niños, niñas y adolescentes. Ley N° 18214.

La Ley N° 18214 de noviembre de 2007, incorpora al CNA el artículo 12bis. En él se establece la prohibición del castigo físico a padres, responsables, a toda persona encargada del cuidado de NNA “utilizar el castigo físico o cualquier tipo de trato humillante como forma de

corrección o disciplina”. Esta ley llamada vulgarmente “ley del coscorrón”, generó importante repercusión en la opinión pública, ya que ponía en cuestión prácticas de crianza muy difundidas y naturalizadas en Uruguay.

En su trabajo monográfico de grado, la Licenciada en Trabajo Social Katherine Nocetti (2008), analiza las repercusiones de la ley N° 18214, partiendo de una investigación con entrevistas a padres, madres, educadores y asimismo al responsable de la redacción de la ley el Dr. Javier Palummo. Si bien es un texto de licenciatura, recoge testimonios muy valiosos en relación al castigo físico. Así, surgen expresiones como las siguientes: “siempre alguna vez nos han pegado” (p.43). "No lo vas a moler a palo, pero una palmada yo creo que no le vaya a hacer mal" (p.36). “Una palmada no hace nada, escuchame, si se la estás dando por algo es...” (p.41). En relación a la promulgación de la ley en sí y a la implicación del estado en la crianza de los hijos, surgen comentarios contundentes: "...no lo veo tan bien que se meta tanto en la familia. El Estado te pone límites pero después no se hace cargo....Yo creo que el Estado debe tener injerencia en ciertas partes de la familia, pero no en todo" (p.41).

Es importante destacar que, si bien hubo un avance en las normas jurídicas nacionales en relación al cuidado de los niños, los cambios de conducta de los adultos en relación a las pautas de crianza, probablemente tomen más tiempo en producirse. Los testimonios recogidos parecen influenciados por costumbres arraigadas y transmitidas de generación en generación, dejando en evidencia la naturalización de pautas de crianza violentas y avalando su uso.

3.2.6. Derecho y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud. Ley N° 18335.

La ley N° 18335 es aprobada en el 2008. Reconoce el derecho a la no discriminación y a la atención a la salud de calidad; establece los derechos relativos a la dignidad, y en ese sentido

señala las características que debe tener dicha atención. Establece el derecho al consentimiento y a la confidencialidad a lo largo de su la atención a la salud.

Si bien la ley no especifica las características de la atención a la salud en los NNA, estos estarían comprendidos en ella, ya que en el artículo 5 reconoce que “es usuario de un servicio de salud toda persona física que adquiera el derecho a utilizar bienes o servicios de salud” (Ley N°18.335, 2008, p.1).

3.2.7. Ley sobre salud sexual y reproductiva. Ley N°18.426

La ley N°18.426 es aprobada en el año 2008. El artículo 7 de dicha ley, incorpora el artículo 11 bis al Código de la Niñez y la Adolescencia anteriormente mencionado. (Ley N° 18426, 2008)

Mediante esta incorporación al CNA, quedan garantizados específicamente el derecho al acceso a los servicios de salud y a la confidencialidad en su atención de NNA: “todo niño, niña y adolescente tiene derecho a la información y acceso a los servicios de salud, inclusive a los referidos a la salud sexual y reproductiva, debiendo los profesionales actuantes respetar la confidencialidad de la consulta y ofrecerle las mejores formas de atención y tratamiento cuando corresponda” (Ley N° 18426, 2008).

El artículo 11 bis establece que se propenderá a que las decisiones respecto a la salud de NNA se adopten en concurrencia con sus padres u otros referentes adultos, sin embargo, reconoce que se debe respetar la autonomía progresiva de los adolescentes (Ley N° 18.426, 2008). Este artículo es muy importante para los adolescentes que se atiende en el sector salud, ya que obliga al personal de salud a respetar la autonomía progresiva de los mismos, garantizándoles ese derecho, que estaba apenas esbozado originalmente en el CNA.

En su artículo 4 del CNA puede inferirse el concepto de que se debe escuchar la opinión del niño y que esta sea tomada en cuenta, dado que establece que “para la interpretación de este Código, se tendrán en cuenta las disposiciones y principios generales, que informa...la Convención sobre los Derechos del Niño...” (Ley N° 17823, 2004). Sin embargo, con la incorporación del artículo 11bis, queda explicitado en el CNA, que el juez deberá recabar la opinión del niño, niña o adolescente, siempre que sea posible. (Ley N° 18426, 2008)

En la atención a la salud y en la asistencia de los niños víctimas de malos tratos, el marco jurídico que incorpora el artículo 11bis al CNA, es muy relevante, dado que explicita el derecho a la confidencialidad, el derecho a que sea respetada su autonomía progresiva, así como la obligatoriedad de que el niño sea escuchado y que su opinión sea tomada en cuenta, todo lo cual facilita que se garanticen sus derechos.

3.2.8. Ley de violencia hacia las mujeres basada en género. Ley N° 19580.

La ley N° 19580 del 2017, comprende, de acuerdo con su artículo 1, “a mujeres de todas las edades”, por lo que quedan incluidas en las disposiciones de esta ley, las niñas y las adolescentes (Ley N° 19580, 2017).

En su artículo 2 como declaración de orden público e interés general expresa: “Declárase como prioritaria la erradicación de la violencia ejercida contra las mujeres, niños, niñas y adolescentes, debiendo el Estado actuar con la debida diligencia para dicho fin” (Ley N° 19580, 2017).

En el artículo 5, inciso G, explicita como principio rector, al interés superior de las niñas y las adolescentes y lo define de la siguiente manera: “en todas las medidas concernientes a las

niñas y las adolescentes debe primar su interés superior, que consiste en el reconocimiento y respeto de los derechos inherentes a su calidad de persona humana” (Ley N° 19580, 2017).

Esta ley es muy importante porque en la misma se define la violencia sexual de una forma amplia y abarcativa, de tal manera que quedan incluidas diferentes formas de violencia sexual hacia NNA, que incluye al abuso sexual, en sus diferentes manifestaciones. Del artículo 6, inciso C: “también es violencia sexual la implicación de niñas, niños y adolescentes en actividades sexuales con un adulto o con cualquier otra persona que se encuentre en situación de ventaja frente a aquellos, sea por su edad, por razones de su mayor desarrollo físico o mental, por la relación de parentesco, afectiva o de confianza que lo une al niño o niña, por su ubicación de autoridad o poder” (Ley N° 19580, 2017).

3.2.9. Modificación del capítulo XI de la ley 17.823, Código de la niñez y la adolescencia. Ley N° 19747.

Esta ley surge de la percepción de que el CNA, a pesar del cambio histórico que implicó en cuanto a la incorporación del concepto de que el niño es sujeto de derecho, contó con debilidades en cuanto al abordaje de los niños víctimas de malos tratos. De esta manera la ley N° 19747 del año 2019, optimiza los procesos judiciales y administrativos, quedando los mismos alineados a normas internacionales estándares sobre derechos de NNA.

La ley N° 19747 es muy importante ya que cuenta con medidas dirigidas a proteger y a no re-victimizar a las víctimas durante el proceso judicial, además de establecer deberes y responsabilidades a la defensa y ajustar los procedimientos. La misma establece las garantías para que NNA reciban un trato digno y libre de discriminación; incorpora la obligatoriedad de ser escuchado, de tener asesoramiento durante el proceso judicial y de que el NNA se encuentre acompañado durante el mismo por un adulto de su confianza; asimismo determina

la reparación del daño y la restitución de sus derechos, así como el establecimiento de medidas cautelares; se establece también el respeto a su privacidad durante el proceso judicial. (SIPIAV, 2019)

Por último, esta ley consagra la creación del SIPIAV, establece la integración y los cometidos de dicho sistema, además de determinar la estructura del mismo. (SIPIAV, 2019)

El presente recorrido normativo ayuda a contextualizar y comprender los procesos que se describieron en capítulos anteriores, tanto los cambios que se fueron dando en los planes de estudio para la formación de los médicos y de los pediatras, como la gradual implementación de políticas públicas vinculadas a la atención a la salud de los niños víctimas de malos tratos. Asimismo, podemos inferir que la historia reciente acerca de la percepción de la infancia, generó un marco que favoreció la implementación gradual de dichas normas.

Cap. 4. Explorando la percepción de las pediatras a través de sus discursos

Retomando la pregunta de investigación...

“Un gran número de víctimas de abuso sexual infantil nunca revela su victimización y en otros muchos casos, la latencia de revelación es de años e incluso décadas” (Zubieta-Méndez, 2016). Si bien la demora en la consulta está reiteradamente descripta para abuso sexual, son múltiples las pruebas de la demora en la detección de las otras formas de violencia: “pero desgraciadamente la intervención médica en algunos casos de Síndrome del Niño Maltratado, se produce cuando éstos han determinado la muerte del niño, y consiste en la realización de la preceptiva autopsia” (Lachica, 2010, p. 9). A partir de esta realidad que interpela al sistema de salud y a los pediatras, como parte del mismo, importa reflexionar, ¿qué papel cumple el pediatra en relación a la demora de la detección de las situaciones de las diferentes formas de violencia hacia NNA?, ¿con qué dificultades se enfrenta para que la misma se realice en forma precoz, evitando la perpetuación de la situación?

Con el objetivo de dar respuesta a estas interrogantes, es que a lo largo de todo el contenido teórico de esta investigación fue necesario profundizar en los diferentes conceptos que se vinculan con el tema. La formación de los médicos y pediatras en Uruguay, los cambios a lo largo del tiempo en los diferentes planes de estudio, las similitudes y diferencias con la formación de los mismos profesionales en otros países, podrían ser un factor de influencia en la detección a tiempo y en el abordaje de las situaciones de malos tratos. Respecto a la salud, se profundizó en las diferentes miradas del concepto salud y en la evolución del mismo a través del tiempo, con la inclusión de los determinantes sociales de la salud. Las políticas públicas de salud y los derechos en salud, han tenido una trayectoria, que parece haber puesto gradualmente el foco en las situaciones de violencia hacia la infancia, hecho reflejado no solamente en el discurso, sino también en las iniciativas de las

instituciones, tanto nacionales como internacionales de salud, así como a nivel de los cambios normativos en Uruguay, en función de la búsqueda de una forma de abordaje integral a la problemática. Para poder comprender el fenómeno de la violencia en la infancia y la adolescencia, se profundizó en la historia de la infancia, en los cambios en su concepción, así como en la historia de la violencia, que ha sufrido variaciones conceptuales en cuanto a lo que es, y lo que no es, MI; en el mismo sentido se realizó una aproximación a las teorías que intentan explicarla. Este marco teórico permite contextualizar los relatos recibidos durante las entrevistas en esta investigación y comprender su perspectiva.

Es desde este lugar que se intenta responder a la pregunta de investigación ¿cuáles son las razones por las cuales los pediatras presentan dificultades para visualizar precozmente el maltrato infantil en la actividad asistencial?

Para dar respuesta a esta pregunta y tal como fue expuesto en la introducción, esta investigación utilizó una metodología cualitativa, ya que se pretendió comprender las razones que podrían explicar las dificultades de los pediatras durante sus prácticas profesionales para la detección precoz del MI. Con este objetivo se realizaron entrevistas en profundidad a pediatras de subsector público de salud, del primer y segundo nivel de atención, de la Ciudad de Las Piedras, atendiendo a la diversidad de edad, experiencia y género. Los entrevistados tenían más de un lugar de trabajo, tanto en el sector público como en el sector privado, en diferentes dispositivos: policlínica, puerta de emergencia, internación en cuidados moderados, servicios de emergencia pre-hospitalaria, lo que enriqueció sus aportes. De esta manera se pretendió recuperar el discurso de los pediatras al respecto del tema en el ejercicio de la profesión.

En este capítulo se presentarán los contenidos que se desprenden de dichas entrevistas y el análisis de los mismos.

Se realizaron ocho entrevistas en profundidad, entre los meses de agosto y octubre de 2019. Todos los entrevistados dieron su consentimiento informado, para participar en el trabajo de investigación y para que las entrevistas fueran grabadas.

El análisis de las entrevistas estuvo dirigido a aportar a la comprensión de las dificultades que tienen los pediatras para detectar precozmente el MI.

Cuadro con las características básicas de cada entrevistado.

Entrevistado	Edad	Género	Plan estudio	Actividad docente
1	27	Femenino	2008	Si
2	31	Masculino	1968	No
3	37	Femenino	1968	Si
4	47	Femenino	País europeo	Si
5	47	Femenino	1968	Si
6	51	Femenino	1968	No
7	51	Masculino	1968	No
8	74	Femenino	1945	Si

4.1. Características de los entrevistados

Se realizaron 8 entrevistas semiestructuradas entre julio y agosto de 2019, seis a pediatras recibidos y dos a pediatra en formación. Todos ejercen su profesión en la zona de influencia de la ciudad de Las Piedras en el subsector público, además de en otras instituciones y en otras zonas del país, en los diferentes niveles de atención. Exceptuando la entrevistada 8, que hace un año que ya no ejerce la pediatría en Las Piedras, pero que lo hizo en los 9 años previos.

Respecto al **género**, 6 de los entrevistados fueron mujeres y 2 fueron hombres.

En relación a la **edad**, una de las entrevistadas tenía menos de 30 años, dos entre los 30 y los 40 años, dos tenían entre 40 y 50, dos entre 50 y 60 años; y sólo una tenía 74 años.

Los años de **ingreso a facultad** y los **planes de estudio** fueron: en un caso, en el año 1963 con el Plan de Estudio del año 1945 de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. 3 entrevistados ingresaron a la misma facultad entre el 86 y el 90, mientras que dos de ellos ingresaron luego del año 2000, estos 5 últimos entrevistados ingresaron con el Plan de Estudio 1968. Una de las entrevistadas ingresó a facultad en el año 2010, con el Nuevo Plan de Estudio del año 2008. Cabe acotar que el plan de estudios del '68 tuvo una vigencia de 40 años, por lo que son pocos los entrevistados en actividad que cursaron fuera de ese plan de estudio; también se reconoce que son pocos los pediatras que se han formado bajo el plan de estudio 2008, por los pocos años que este plan se encuentra en vigor. Y por último, una de las entrevistadas tuvo su formación tanto de medicina, como de pediatría, enteramente en el exterior, en una universidad de Europa occidental, desconoce la antigüedad de su plan de estudio. El año de ingreso a la facultad y el plan de estudio correspondiente, no parece correlacionarse con la formación específica en MI; esto se desprende de los entrevistados 1 y 2, ya que ambos se formaron en planes de estudio diferentes, pero sin embargo ambos

tuvieron formación específica. Sin embargo los entrevistados 2, 3, 5, 6 y 7 que cursaron bajo el mismo plan de estudio, tienen una formación dicímil al respecto.

Respecto a la **actividad docente**, una entrevistada tuvo una amplia trayectoria docente de más de 40 años, en microbiología y en pediatría, desde ayudante de profesor, hasta grados 5 de pediatría; asimismo fue co-autora del programa de Formación del Posgrado de Pediatría de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. Tres entrevistados refieren no haber ejercido la docencia. Una entrevistada tuvo actividad docente a lo largo de su formación de pregrado, durante dos-tres años, como grado uno de materias básicas y en aprendizaje basado en problemas (ABP), ingresó como interina a través de concurso de méritos. Tres entrevistadas ejercen actualmente la docencia directa con grupos de pregrado en el primer y segundo nivel de atención, desde hace uno o dos años, habiendo ingresado a la docencia a través del Programa Unidad Docente Asistencial (UDA); una de las cuales realizaba actividad docente no estructurada con posgrados desde hacía ya 10 años.

A **nivel laboral** todos los entrevistados tienen 2 o más empleos y varias funciones en cada uno de ellos; trabajan tanto a nivel del subsector público de salud como a nivel privado, excepto la entrevistada número 1 que tiene un único trabajo en el subsector público y que se encuentra en etapa de formación como residente.

De los diferentes niveles de atención, 5 entrevistados cumplen tareas en el primer nivel de atención. Todos los entrevistados trabajan en el segundo o en el tercer nivel de atención o en ambos, la mayoría hacen asistencia en puerta de emergencia y en piso de internación de cuidados moderados, sólo dos entrevistados hacen, o solamente puerta de emergencia o solamente sector de internación. Cuatro de los entrevistados realizan además atención prehospitalaria. Tres de las entrevistadas realizan también actualmente actividad docente

como ya fue mencionado. Una entrevistada trabaja en medicina privada y en una institución de gestión de salud público-privada, donde realiza tareas de gestión de gran responsabilidad.

En cuanto a la **carga horaria**, una de las entrevistadas trabaja 36 horas semanales, la mayoría trabaja entre 44 y 60 horas, sólo 2 entrevistados trabajan más de 70 horas semanales.

La **antigüedad** es variable entre los entrevistados y también entre los diferentes trabajos de los entrevistados. Las diferencias van en relación directa a la edad y a su trayectoria formativa, desde 30 años la entrevistada número 8, a 2 años la entrevistada número 1.

Si bien es variable la antigüedad de los entrevistados en cuanto a sus trayectorias laborales, ya que la selección de los mismos tuvo en cuenta la diversidad etaria, se mantiene en forma uniforme la importante carga horaria, así como la diversidad de lugares de trabajo y las diferentes funciones. Este hecho parece enriquecer las respuestas a las preguntas planteadas, dejando al descubierto algunas dificultades del sistema de salud y de las condiciones laborales de los profesionales en las que se profundizará más adelante.

4.2 En relación a la actividad profesional

En relación a la **población que asisten** los entrevistados, todos atienden a niños de diferentes niveles socioeconómicos, sobretodo en la atención prehospitalaria y en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, que es donde se ven las mayores asimetrías. En el subsector público de salud, la población asistida es más homogéneo, de nivel medio bajo y bajo.

En el XXXX (nombre del servicio de atención pre-hospitalaria), tengo los dos extremos. Abarca todos los estratos sociales, desde estratos muy deficitarios tanto

económico como culturalmente, hasta estratos sociales altos también tanto en lo económico, como en lo cultural (Entrevistado 2).

Se sabe que el MI se da en todas las clases sociales, como bien lo documenta el informe INFAMILIA, que mostró que el 82% de todos los adultos entrevistados reporta alguna forma de violencia psicológica o física contra un niño de entre los 2 y los 14 años de su hogar (MIDES, 2008).

La entrevistada 4, respecto a la población que asiste, destaca que es una población carenciada. “Una población de bajos recursos. También en la mutualista, porque con el FONASA, es más o menos la misma población. La población de Las Piedras es bastante carenciada, la mayoría” (Entrevistada 4).

El **conocimiento de dicha población** por parte de los entrevistados, depende del lugar de atención y de la función. En el subsector público de salud, todos refieren conocer a los pacientes que atienden, ya sea en el primer nivel de atención, tanto que los asistan en la puerta de emergencia o en la internación. “Son conocidos sí, son pacientes que consultan muy frecuentemente” (Entrevistado 2).

La entrevistada 6 conoce mucho a la población que asiste y da detalles de las características de la misma.

Hay mucha población que está viviendo en asentamientos, en casitas de costanero, de chapas. Generalmente viven de changas. La mayoría son madres jóvenes, que ya tienen varios niños, entonces no se insertan laboralmente. Hay muchas familias desperdigadas, hay padres presos, hay muchos que quedan a cargo de tías o abuelas porque la madre los dejó por adicción (Entrevistada 6).

Esta intervención recuerda el concepto de “capas de vulnerabilidad” que acuña Florencia Luna, en el que se acumulan o suman vulnerabilidades: la infancia, vivir en situación de pobreza, el hecho de ser mujer, las adicciones, la precariedad laboral, la privación de libertad (Luna, 2008).

Los entrevistados que trabajan en el subsector privado de salud, en el primer nivel de atención también refieren conocer por largo tiempo a sus pacientes.

Si, es población conocida, porque hace bastantes años que mantengo los mismos lugares, entonces es población conocida, de familias conocidas del barrio, carenciada la mayoría, salvo en el privado que es un medio un poco mejor, pero los conocés igual (Entrevistada 3).

Los que cumplen tareas en las emergencias prehospitalarias en general no conocen a los niños que asisten, lo cual dificulta la detección y la asistencia de situaciones complejas de salud como son las situaciones de MI. “Es difícil indagar en domicilio, si no tenés un lugar adecuado o si hay muchos familiares y no podés separar al paciente del cuidador responsable...” (Entrevistado 2).

En este sentido cobra relevancia la adaptación de los Protocolos para las situaciones de MI en el SNIS, ya que diferencia los flujogramas de abordaje de acuerdo al lugar donde se realiza la atención, haciéndose eco de las especificidades que presenta cada lugar (MSP, 2019).

El **trabajo en equipo** es muy variable entre los entrevistados; es más frecuente el trabajo en equipo en ASSE que, a nivel privado, pero se explicita la dificultad para constituirlos;

se están haciendo portocolos, como para trabajar todos en equipo, el que está en farmacia, el administrativo, la nurse...estamos mejor, pero todavía no bien del todo, es como multidisciplinario pero capaz que no interdisciplinario (Entrevistada 3).

La conformación de los equipos de trabajo además del pediatra, se da mayoritariamente con enfermería, aunque no siempre constituyen equipo, sino que trabajan en paralelo; por otro lado faltan otras figuras profesionales; la entrevistada 3 aclara al respecto que, “hay lugares donde hay psicóloga, no trabajas en equipo, pero está disponible” (Entrevistada 3).

También se hizo referencia en algunas entrevistas a la presencia de trabajador social y de salud mental en los equipos de trabajo, aunque también se mencionó que existen dificultades para la conformación de dichos equipos: “me parece que se está en camino a eso, falta un largo trayecto, si comparás con años anteriores se trabaja más en equipo, pero a veces estás medio sola” (Entrevistada 3).

También la entrevistada número 3, que hace asistencia en el primer nivel de atención en el subsector público, destacó el trabajo en equipo desde la intersectorialidad con Uruguay Crece Contigo (UCC) y otras redes.

Sin embargo, en la atención pre-hospitalaria se trabaja solo, según refiere el entrevistado 2: “hacer radio es trabajar solo...en el auto estás solo” (Entrevistado 2).

Si bien la importancia del trabajo en equipo para el abordaje a las situaciones de violencia, tanto en la interdisciplina dentro del sistema de salud, como en la intersectorialidad, son un pilar y una necesidad para lograr buenos resultados (MSP, 2019), la conformación de dichos equipos tiene dificultades, que pueden influir tanto en la detección de las situaciones de violencia, como en su abordaje.

Acerca de la **valoración sobre el sistema de salud**, todos los entrevistados coinciden en que el sistema de salud es bueno y que ha mejorado.

Algunos reconocen que todavía hay carencias en diferentes planos que se explicitan a continuación. En este sentido, la entrevistada 5 expresa:

tenemos herramientas para trabajar, tenemos gente para contactar, hemos mejorado muchísimo respecto a lo que teníamos unos años atrás...faltaría un psicólogo trabajando en el equipo...yo he vivido muchas muertes de pacientes (Entrevistada 5).

El entrevistado 7 refiere que hay mucho por hacer para lograr la universalización de la cobertura, no se trata solamente de poder elegir el prestador de salud, es necesario poder acceder a los servicios que este brinda.

la cobertura es universal, puede acceder a la mutualista que quiera, pero después, no puede pagar los servicios: orden para una radiografía, etc. Hay una muy buena intención de ser inclusiva, que todos tengan acceso, pero creo que están lejos de eso todavía (Entrevistado 7).

La entrevistada 8 plantea que todavía subsiste por resolver el problema de la falta de centralidad de los servicios para que los niños puedan atenderse en forma integral

muchas enfermedades complejas hacen que los padres pasen meses caminando de un lado para otro y que los pediatras hagamos como decía un profesor: “lo veo y lo paso”...eso quizás es por una falta de enseñanza centrada en el paciente e integrada en la enfermedad y no en la institución (Entrevistada 8).

El entrevistado 2 hace referencia a la mejor atención en el subsector público que en el privado. En este último se evalúan los gastos en salud, por su costo y no se miden en cuanto a la necesidad asistencial y al cumplimiento de las pautas académicas, lo que va en desmedro de la calidad del servicio: “en el sector privado se valora un poco más lo que son los gastos en salud por sobre los protocolos que debemos seguir” (Entrevistado 2).

La entrevistada 4, hace un paralelismo con un sistema de salud europeo en el que trabajó y reconoce que la cobertura de salud en Uruguay es universal y abarca todas las necesidades, a diferencia del seguro de salud en dicho lugar que cubre sólo una parte de la asistencia.

la seguridad social te cubre ciertas cosas, hay otras que vos pagas con un ticket...no es como acá que si no tenés recursos te pasás para ASSE y te cubre todo, allá no, hay un momento en que algo vas a tener que pagar (Entrevistada 4).

También reconoce una importante diferencia de las condiciones de la salud pública con la salud privada, que no ve en Uruguay. “En algunos hospitales de Xxxxx faltan sábanas y los médicos se están yendo del sistema público al privado, aunque tienen la camiseta del público, ya no aguantan y se van para las clínicas privadas” (Entrevistada 4).

El **tiempo de atención limitado** es una debilidad para una atención integral, hace hincapié la entrevistada 3, aunque esto viene mejorando en el subsector público de salud que prevé 20 minutos para cada consulta, marcando una diferencia con el subsector privado que se mantiene en 15 minutos por paciente: “tener 15 minutos por paciente influye en la atención, en ASSE estamos mejor porque ahora tenemos 20 minutos por paciente y ese fue un cambio radical” (Entrevistada 3).

Una entrevistada destaca la importancia de escuchar al niño, a la familia, dar seguridad a los pacientes, reconocer la falta de conocimiento frente a los pacientes y solicitar tiempo para profundizar y consultar.

Lo que más desearía es que los médicos le dediquen un tiempo a los padres, a la familia, al niño. Que los escuchen a todos. Que hagan una buena anamnesis, un buen examen físico, que se pregunten qué puede tener el niño y si no lo saben, díganle al paciente “vuelva la semana que viene que voy a estudiar”. Como me enseñó Gentile: “la pediatría es una forma de vida. Vos no colgás la túnica y te vas a tu casa sin

problema; colgás la túnica y te vas pensando cómo vas a resolver al paciente”

(Entrevistada 8).

El tiempo acotado de atención va en contra de una asistencia integral de calidad, que permita una mirada holística del NNA, que se hace más evidente en las situaciones complejas como las de MI, pero no solamente, y podría ir en contra de la detección a tiempo de las situaciones y de un abordaje significativo.

La **historia clínica electrónica** parece importante para todos los entrevistados, porque permite conocer más la historia del niño; asimismo al tener un buen registro se pueden evitar múltiples entrevistas por otros colegas.

tenés toda la historia, vas viendo cosas que no te dicen...todo lo de la salud mental, antes tenías lo que te decían los padres sobre la consulta con el psicólogo, ahora tenés la consulta escrita, eso para mí fue un cambio (Entrevistada 4).

Otros beneficios que aporta la historia clínica en forma electrónica, es que permite conocer antecedentes sanitarios del niño. En este sentido, es una herramienta para optimizar la atención, permitiendo la continuidad de la misma y para algunas situaciones como las vinculadas a situaciones de violencia, evita que el NNA tenga que reiterar el relato, lo cual es muy perjudicial, sobre todo en situaciones como las de ASI. De esta manera se evitar re-victimizarlo. (MSP, 2018).

con la historia clinica electrónica podemos ver consultas previas y no solo quedarnos con lo que nos relatan los familiares...además nos permite hacer un buen registro y que el colega que viene después no tenga que volver a interrogar al paciente (Entrevistado 2).

La historia clínica electrónica es una buena herramienta también para mejorar el seguimiento de cada niño. El seguimiento es uno de los pasos del abordaje a las situaciones de violencia que genera mayores dificultades, donde se “pierden” pacientes; a este punto hace referencia la entrevistada 4 al hablar de las debilidades de los nuevos protocolos, más allá del abordaje inicial, como se retomará más adelante en la evaluación de los protocolos.

En cuanto a las **condiciones laborales** también coinciden todos en que son buenas y que han mejorado “se trabaja bien, se trabaja cómodo” (Entrevistado7); sin embargo se destacan algunas debilidades, la entrevistada 4 planteó el tema del multiempleo, aunque reconoce que se está trabajando para revertirlo, a través de los cargos de alta dedicación: “lo que perjudica un poco acá es el tema del multiempleo de los médicos y de los enfermeros también. Ahora es lo que están tratando de cambiar un poco con los cargos de alta dedicación” (Entrevistada 4).

Por otro lado dos entrevistados hacen referencia a las agresiones a los equipos de salud, que se estarían produciendo cada vez con más frecuencia. Al respecto, existen profesionales consultados que manifiestan preocupación y aunque las autoridades competentes estarían trabajando en el tema, por ahora no se perciben soluciones y se corren riesgos; “no están dadas las condiciones para trabajar en ciertos lugares o en ciertos horarios, te encañonan por un celular, por dos pesos, por nada” (Entrevistado 7)

La entrevistada número 5, reconoce la carencia de acceso a la atención de la salud mental para el equipo de salud y destaca la importancia de dicho recurso al trabajar con la enfermedad, con la muerte y con casos de violencia grave

me encantaría una vez por semana sentarme a tomar un café y poder hablar con una psicóloga y poder sacar todo, porque a veces estamos tapados de odio...hablar sobre pacientes graves, los miedos que uno tiene frente a la muerte (Entrevistada 5).

4.3 Respecto al MI: la formación específica, el conocimiento de los protocolos y las formas de abordaje

4.3.1. Sobre la formación específica en MI

En cuanto a la formación específica sobre maltrato, 6 de los entrevistados refirieron no haber tenido formación específica en maltrato **durante su formación de pregrado**, inclusive la entrevistada que se formó fuera del país. Dos de ellos, los de menor edad, sí tuvieron, una de ellas bajo el Nuevo Plan 2008 y el otro en el Plan de Estudio 1968, aunque refieren que fue básica e insuficiente para abordar una situación de malos tratos. La entrevistada 1, explicita la importancia de la mejor formación como pregrado y no solamente en el posgrado de pediatría

porque no es solamente para nosotros que estamos en pediatría y los niños son maltratados...porque el adulto también es maltratado, el adulto mayor es maltratado y hay que estar preparado, no es cosa de llamar a la asistente social y punto
(Entrevistada 1)

En la formación del posgrado los tres entrevistados más jóvenes han recibido formación específica en maltrato durante su formación curricular, los tres cursaron su posgrado en el Hospital Las Piedras, lo cual podría constituirse en un sesgo para esta investigación, ya que la responsable de la Unidad Docente Asistencial Pediátrica de Las Piedras es la autora de esta investigación: “creo que nosotros estamos más sensibilizados con el maltrato porque te tenemos a vos en el equipo trabajando... el resto de la gente no tiene mucha idea...”

(Entrevistada 5);

En el mismo sentido se agregan los siguientes comentarios: “...nosotros lo tenemos muy arraigado porque estamos contigo” (Entrevistada 3); “...en Las Piedras tenemos la ventaja de tener referentes en el tema y siempre podemos preguntar las dudas” (Entrevistado 2);

...fuiste vos la que trajiste los protocolos...el otro día me mandaron por un grupo de whatsapp los protocolos como si fuesen una novedad (en relación a los protocolos que habían sido publicados, uno 6 meses antes de la entrevista y el otro 9 meses antes) (Entrevistada 5).

La entrevistada 3, recibió además formación específica no curricular durante su posgrado de manera voluntaria y no gratuita en un Curso de Formación Médica Continua. La entrevistada número 5 reconoce que hubo cambios en la formación del posgrado de pediatría: “ahora en las pruebas de pediatría aparecen preguntas sobre maltrato” (Entrevistada 5).

La entrevistada 8 tuvo como profesora a la Dra. Irma Gentile y cuenta que aprendió de ella conceptos sobre el respeto a la dignidad de los niños, sobre todo haciendo hincapié en los niños institucionalizados: “que cada uno tuviera su ropa, su mochila, que todos fueran distintos, que no fueran “los niños del INAU”, sino tal niño o tal otro, por su nombre” (Entrevistada 8).

Los 4 entrevistados restantes no recibieron formación específica en violencia durante su posgrado, al igual que no habían tenido formación durante sus cursos regulares de pregrado; sin embargo algunos refieren haber tenido durante su posgrado contacto con situaciones de maltrato de las que han aprendido algunos conceptos. Una de las entrevistadas refiere haber recibido formación en algunos temas de medicina legal en la carrera que se vinculan con el maltrato: “las clásicas quemaduras de cigarro, las lesiones por arrancamiento de pelo que nos resaltaban que teníamos que mirar...pero creo que fuimos autodidactas” (Entrevistada 5).

Respecto a **actualizaciones recientes**, seis de los entrevistados han participado de actualizaciones recientemente, cabe acotar que dichas actualizaciones han sido dictadas en el Hospital Las Piedras; les han parecido de utilidad, aunque la mayoría refiere que faltaría mayor formación. Dos de las entrevistadas hacen énfasis en que la actualización debería ser

permanente; respecto a los protocolos de actuación, la entrevistada 1 aclara: “hay que seguir machacando así uno lo va internalizando...como cuando uno lee lo mismo 20 veces, cada vez que lo lees descubris cosas nuevas” (Entrevistada 1).

Estos aportes llevan a pensar que la formación curricular tanto en el pregrado, como en el posgrado en temas de violencia, no dependen exclusivamente de la presencia o no del tema en el plan de estudios y que la experticia en el tema, se logra también en la práctica mediante el abordaje de las situaciones, en conjunto con otros, con experiencia en el tema. Asimismo queda en evidencia cómo la permanencia del tema en las discusiones clínicas periódicas, hace a la mejoría de las capacidades sobre el mismo; en definitiva, cómo las prácticas y la puesta del foco en estas situaciones hacen a los logros en las habilidades de los pediatras en MI.

Los dos entrevistados que no han tenido actualizaciones recientes son los de mayor edad. Uno de ellos refiere no tener la necesidad de recibir las, ya que manifiesta discrepancias con el rol del pediatra en el abordaje a las situaciones de maltrato, posicionamiento que se ampliará más adelante.

4.3.2. Conocimiento y valoración de los protocolos

Respecto al **conocimiento de protocolos**, la mayoría refiere conocer los nuevos protocolos de abordaje a las situaciones de violencia, algunos saben que hubo protocolos previos, pero no todos los conocían ni los usaban.

Los que conocen los protocolos los describen como claros, de gran utilidad, no manifiestan vacíos en los contenidos, sin embargo, la entrevistada 3 realiza aportes respecto a la complejidad de las situaciones: “hay situaciones que desbordan los flujogramas, sobre todo cuando la población es muy carenciada” (Entrevistada 3).

Por otro lado, la entrevistada número 4 reconoce que a la hora de realizar el seguimiento, no cuenta con herramientas que la ayuden; parecería que los protocolos no dan respuestas a largo plazo:

al principio está bastante estipulada la toma de decisiones ...una vez que está todo encaminado, a veces te das cuenta que el rumbo que se tomó no está favoreciendo al niño... y ahí: adiós protocolo...te quedaste con el problemón (Entrevistada 4).

Como se refirió anteriormente, los protocolos son de carácter nacional, pero el Ministerio de Salud Pública exigió oportunamente que los mismos fueran adaptados a cada una de las instituciones. En ese sentido la entrevistada 4 refirió que en la institución privada donde trabaja, el flujograma es muy diferente a lo previsto a nivel nacional, dado que, frente a la sospecha de un maltrato, el pediatra debe comunicarse directamente con la abogada de dicha institución. Ella es quién se encarga de coordinarle salud mental, e indica si es necesario la realización de la denuncia: “todo pasa por la abogada” (Entrevistada 4).

La entrevistada número 8 tiene una mirada muy diferente del rol de los pediatras frente a las situaciones de MI, de las competencias que deben lograr en su formación y del lugar que ocupa el pediatra en el equipo de salud.

Considero indispensable el trabajo transdisciplinario ... los pediatras tenemos que trabajar con gente que sepa de maltrato y nosotros tenemos que saber los signos de alarma, los puntos rojos y muchas cosas más; tenemos que saber reconocer el maltrato, pero no tratarlo (Entrevistada 8).

La misma entrevistada aporta también otra mirada del maltrato, introduciendo el tema del maltrato institucional o del rol pasivo del pediatra frente al maltrato que se da en el consultorio “falta hablar más con la familia, hacer puericultura” (Entrevistada 8). En ese

sentido, el pediatra que no interviene frente a una situación de menosprecio o que ignora al niño en su atención, no cumple con su rol de ser garante de los derechos de los niños:

yo creo que al niño no lo valoran: hablan mal de él o no le piden permiso para hablar de cosas que a él le importan, lo ridiculizan lo disfrazan de cualquier cosa....los pediatras lo desvalorizan también, le hablan a quién acompaña al niño, no al niño....debería haber pautas de respeto hacia el niño como paciente (Entrevistada 8).

La violencia institucional que se ejerce desde el sector salud, puede verse en diferentes dimensiones y va en el mismo sentido de la violencia ejercida por el sector educación, de donde surgen los “niños excluidos” que plantea Narodowski, o como en palabras de Duschatzky los niños en situación de “expulsión social”, ya no porque están por fuera del sistema, sino porque hay una intencionalidad institucional de que estén afuera, es decir, son “expulsados”.

4.3.3. Formas de abordaje

Como se introdujo previamente, la entrevistada 8 cuestiona las competencias del pediatra en cuanto al abordaje del maltrato y de los demás integrantes del sistema de salud

yo creo que nosotros tenemos que hacer la pediatría y detectar el maltrato, alguien tiene que acompañarnos, muy cerca y muy pronto, alguien que sepa tratar eso. No somos Superman, no podemos tratar todo. El pediatra tiene muchas cosas que aprender ahora, enfermedades genéticas, enfermedades autoinmunes, cosas que tiene que saber muy bien. Necesita saber las banderas rojas para el maltrato y que lo trate en conjunto con otras personas. No somos dioses. Si hacemos todo, hacemos todo superficial (Entrevistada 8).

Esta mirada no se reitera en los demás entrevistados, si bien la mayoría está conforme con su formación respecto al abordaje de las situaciones de MI, muchos creen que deben profundizar y/o mantenerse actualizados, así como mejorar sus habilidades para el trabajo interdisciplinario e intersectorial. En el mismo sentido se encuentran las Políticas Públicas hoy en Uruguay que están dirigidas a la mejor formación de los recursos humanos de la salud en el conocimiento de los protocolos, en su aplicación y en el abordaje adecuado de las situaciones de violencia hacia NNA. De alguna manera existe la percepción de que hay un aumento de las situaciones de MI y que los pediatras deben estar capacitados para atender este problema prevalente.

Cuando empecé pediatría, allá por 1999, no había tantos maltratos como hay ahora, no se si aumentó o es que veíamos la punta del iceberg y ahora estamos viendo el iceberg entero, o también porque cambió la definición de maltrato, porque antes en nuestra niñez, todos nuestros padres hubiesen ido en cana (Entrevistado 7).

Respecto a la forma de **diagnosticar el maltrato y su abordaje** surgen los primeros comentarios en cuanto a las primeras diferencias, ya que las situaciones son muy dependientes, tanto del **tipo de maltrato**: desde las pautas de crianza inadecuadas, hasta las situaciones de violencia sexual, como del **ámbito donde es asistido** el niño: no es lo mismo la intervención cuando se está en el domicilio del paciente donde el pediatra no conoce al niño ni a su familia, que cuando se encuentra en el consultorio donde conoce al niño y podrá hacer un seguimiento de la situación a largo plazo.

Desde el punto de vista del **tipo de maltrato**, las **pautas de crianza inadecuadas** pueden ser de fácil diagnóstico si se dan en el centro de salud o mismo durante la consulta, sin embargo puede haber dificultad en el abordaje; la entrevistada 3 expresa la complejidad de la intervención cuando se presenta en la sala de espera: “escuchás que lo están maltratando y es

complejo intervenir, podés decirle: *hay que hablarle de otra manera*, pero también es una forma de captarlo” (en referencia al seguimiento de cerca) (Entrevistada 3).

Es importante este concepto de seguir trabajando con la familia a largo plazo, en el entendido de la profesora Gentile-Ramos, que “los padres catigadores pueden necesitar tanta ayuda como sus hijos” (Gentile-Ramos, 1988, p. 496).

La entrevistada 1 destaca la oportunidad de detección de puesta de límites violentos durante la consulta en puerta de emergencia, con la dificultad de que son niños normalmente no conocidos por el pediatra: “a los niños no les gusta venir a la emergencia, gritan y lloran y ahí la madre lo zamarrea o le dice: cuando lleguemos a casa vas a ver” (Entrevistada 1).

Sin embargo aclara que tiene dudas en la forma de intervención, “porque le decís: *señora no le pegue* y no sabés, capaz que se lo llevan a la casa y lo agarran a trompadas” (Entrevistada 1).

En el mismo sentido plantea la entrevistada 3 la dificultad en la intervención frente a pautas de crianza violentas en el primer nivel de atención

Una madre me decía, yo no quiero vivir más acá, los vecinos de al lado están todo el tiempo maltratando a los niños, es difícil, porque es su forma de criar, es la forma de trato habitual, entonces se trabaja con el CAIF, tratás de que se incerte en otro ambiente, son pequeñas intervenciones, no es fácil (Entrevistada 3).

Este aporte recuerda el concepto de “enfermedad pública” que acuña Enrique Saforcada, reconociendo a la pobreza como un determinante social de la salud, en tanto que la misma “obstaculiza el desarrollo pleno del potencial humano genético y espiritual” (Saforcada, 2014, párr. 31).

Asimismo, estas formas de relacionamiento violento entre adultos y de los adultos con los niños, genera un aprendizaje de una manera de vincularse que se perpetúa, que se apoya en la teoría del Aprendizaje Social de Bandura. Albert Bandura basa su teoría, en el aprendizaje mediante la observación, a partir de un modelo, que puede ser de la vida cotidiana del niño (Bandura, 1974). De esta manera las relaciones sociales, las formas de resolver conflictos, las formas de poner límites, son observadas por el niño, como un modelo, desde el cual construyen una forma de vincularse en el futuro.

En conclusión, la puesta de límites violentos son fácilmente detectadas, es posible verlas incluso frente al pediatra durante la atención, sin embargo, la intervención dependerá del lugar donde se esté realizando la asistencia. Esto va de la mano del vínculo generado de la familia con el pediatra y que permitirá o no, el seguimiento a largo plazo de la intervención. Sin embargo, en muchas situaciones, excederá a las habilidades individuales del pediatra y requerirá de un abordaje más integral, incluyendo a otras disciplinas, como la salud mental, pero también a otros sectores, como el sector educación, por ejemplo, o requerirá de Políticas Públicas que logren un abordaje más integral de los problemas.

Respecto al **maltrato psicológico** la entrevistada 8 lo caracteriza de la siguiente manera:

es el más frecuente, no valorarlo, hablar mal delante de él, humillarlo, ridiculizarlo, el maltrato psicológico es el peor, le hace perder la autoestima al niño, lo hace sentir disminuido. No es difícil de diagnosticar. Lo ves en el consultorio, el golpe también lo ves, pero el maltrato psicológico es el peor, eso no lo tolero (Entrevistada 8).

Estas conductas de humillación, descalificaciones, desprecios, recuerdan aquellas “pequeñas violencias cotidianas” que describe Georgina Rodríguez López y que aclara que no son pequeñas por ser de menor gravedad, sino por ser menos perceptibles (Rodríguez, 2007).

Las formas de relacionamiento violento que no son percibidas, también recuerdan a la violencia simbólica de Bourdieu, “aquellas violencias que arrancan sumisiones”, por lo que se perpetúan y no son cuestionadas (Bourdieu, 1997).

El maltrato psicológico también puede ser visibilizado en el consultorio, aunque quizás se requiera de mayor experticia para su detección, sin embargo, la intervención, tiene las mismas dificultades que las pautas de crianza, ya que dependerá de la cercanía del pediatra con la familia y de las posibilidades de los señalamientos reiterados, durante el seguimiento a lo largo del tiempo.

Respecto al **maltrato físico**, el golpe como motivo de consulta es más frecuente en la emergencia; en este sentido, el entrevistado 7 aclara:

uno ve muchísimo traumatismo y tiene que correlacionar el daño con la cinética, también está la actitud del niño, a veces te cuenta cómo fue, otras veces tienen un relato incoherente o no quieren hablar, o ves el vínculo con el padre...(Entrevistado 7).

El mismo entrevistado, en relación a dicho abordaje desde la puerta de emergencia o desde la emergencia pre hospitalaria, agrega la necesidad de buscar una excusa, que de tiempo al equipo de salud para poder ahondar más en las condiciones en que se provocó un daño, dado que muchas veces se generan dudas diagnósticas razonables: “bueno madre, vamos a tener que trasladarlo para hacer estudios, o vamos a tener que ingresarlo para discutir con otros colegas, porque no me queda claro...es decir, busco una excusa” (Entrevistado 7).

El golpe es motivo de sospecha frecuente y los más clásicos síntomas como forma de maltrato, el primero descrito, ya desde 1860 por Tardieu a partir de autopsias o en la primera descripción como síndrome pediátrico “Battered Child Syndrome” por parte de los Kempe en 1959 (Intebi, 1998).

En cuanto a la **prevención o la búsqueda sistemática**, con el objetivo de detectar oportunamente las situaciones de MI, la entrevistada 3 describe las estrategias de trabajo a las que apela: “preguntás sobre la forma de poner límites; incorporé más a las preguntas de siempre: ...cómo comió, cómo pone los límites, qué hace usted cuándo se enoja” (Entrevistada 3).

El concepto de prevención secundaria en MI, parte de la concepción de factores de riesgo y factores protectores, que están bien establecidos para los diferentes tipos de maltrato, haciendo foco en las características del NNA, en las características de la familia y en factores comunitarios (MSP, 2019).

Puede pensarse que los factores de riesgo y por qué no los protectores, se encuentran enmarcados en el contexto del microsistema que Bronfenbrenner recoge como el círculo más cercano al individuo, pero que a su vez será influenciado por el exosistema, como el sistema de salud o el sistema educativo, y que se ve atrevesado por el macrosistema, donde interviene los valores culturales, las creencias, etc. (Bronfenbrenner, 1987).

El **ámbito donde se realiza la asistencia** determina características propias en el abordaje de las situaciones de violencia; las mismas se encuentran consideradas en los protocolos. En la puerta de emergencia, así como en la emergencia pre-hospitalaria, no existe habitualmente un conocimiento previo médico-paciente-familia, por lo que no se ha construido un vínculo de confianza; también existen especificidades en cuanto a las posibilidades de confidencialidad en los diferentes escenarios: domicilio, puerta de emergencia. Al respecto el entrevistado 2 aporta que:

en la emergencia es más difícil indagar de forma profunda en determinados aspectos, en la policlínica es más sencillo por la privacidad, por tener un lugar adecuado para generar un entorno de confianza con los cuidadores..., a veces es difícil indagar en

domicilio, si hay muchos familiares o si no podés separar al paciente del cuidador (Entrevistado 2).

Otra limitación para indagar violencia, que recoge el mismo entrevistado, en las consultas en puerta de emergencia o incluso en la atención en el domicilio por la emergencia pre hospitalaria, es el hecho de que habitualmente hay una inquietud puntual que motivó dicha consulta y es lo que la familia espera que se resuelva; de esta manera se torna difícil la evaluación de otros aspectos del cuidado del niño. Se trata de un paciente y su familia que el equipo de salud no conocen previamente y que no está previsto que se vuelvan a ver, además, que no se ha construido una relación de confianza entre ellos; en general se suma a esto, la falta de un entorno de privacidad para la consulta. “Es difícil indagar si no es el motivo de consulta o si no surge algo evidente, también está el factor tiempo, muchas veces por la cantidad de pacientes” (Entrevistado 2).

Queda claro entonces, que los ámbitos de atención y las posibilidades que cada lugar permite, condicionan los diferentes tipos de abordaje. La entrevistada 4 aporta en el mismo sentido:

si estoy en puerta [de emergencia], donde no conozco al paciente y no lo voy a volver a ver, si realmente sospecho, uso la estrategia de tratar de que no se vaya, hasta que me saque la duda; ahora, si es en policlínica, alguien conocido, lo cito más seguido, empiezo a hablar, me tomo más tiempo (Entrevistada 4).

De esta manera se refuerza el concepto de la importancia de conocer al niño y a la familia para poder detectar a tiempo y abordar de la mejor manera el MI; en ese sentido, cobra relevancia la figura del pediatra que atiende al crecimiento y al desarrollo de NNA a lo largo de los años, como destaca el Programa de Formación de Especialistas en Pediatría. En ese sentido Mouesca reconoce que el pediatra tiene el rol de “Fortalecer vínculos familiares

saludables, acompañar la crianza y promocionar la prevención del maltrato” (Mouesca, 2015, p.64).

Es primordial el rol del primer nivel de salud y desde ese lugar, el rol del pediatra, en las acciones de prevención en salud, en relación a diferentes aspectos, pero especialmente a las situaciones de MI, en pautas de crianza violentas, o en otras formas de maltrato, así como también las visitas domiciliarias realizadas por personal de enfermería, sin embargo, es difícil medir el impacto de las intervenciones preventivas que se realizan (Soriano, 2015). Para Mouesca “la prevención es una parte constitutiva del rol del pediatra” (Mouesca, 2015, p.64).

Respecto a **cambios en la forma de abordar el maltrato**, en general todos refieren haber adquirido nuevas herramientas y creen haber mejorado sus habilidades en los últimos años, a partir de los nuevos protocolos de abordaje a la violencia y de la mayor disponibilidad para la capacitación en el tema. Los protocolos sistematizan el abordaje, brindan herramientas para la asistencia y aportan protocolos que facilitan la atención de NNA. En este sentido, las intervenciones parecen ser más asertivas.

La entrevistada 4 nota un gran cambio en su mirada por haber tenido su formación y primeros años de ejercicio de su carrera fuera del país; donde residía, si sospechaba una situación de maltrato, no realizaba un abordaje desde el sector salud, sino que daba conocimiento al juez para su resolución, habitualmente implicando una desvinculación familiar, por lo menos temporaria. En Uruguay tuvo que aprender cómo abordar de la mejor manera posible, una situación de MI desde el sector salud. “Seguramente he cambiado mi forma de abordarlo, en Xxxxx es muy distinto, a la menor sospecha se llama al juez, se le retira al niño y después se habla”.

Al respecto de los cambios de su forma de abordaje de las situaciones de maltrato, considerando el rol del pediatra que introduce Mouesca (2015) de “fortalecer vínculos

familiares saludables”, la entrevistada 3 reflexiona: “creo que he cambiado porque me parece que se un poco más que antes, trato de intervenir más en las pautas de crianza” (Entrevistada 3).

La entrevistada 1 agrega “antes me enojaba, ahora se que tengo que ir, sentarme y hablar” (Entrevistada 1).

Por su parte el entrevistado 2 manifiesta un cambio a nivel del equipo asistencial, destacando la mayor capacidad de sus integrantes para detectar y atender las situaciones de MI: “Creo que se le presta más atención al tema y todo el equipo asistencial está mejor preparado para detectar determinadas situaciones que pasaban inadvertidas antes” (Entrevista 2).

De la entrevista 7 se destaca la importancia que tiene el alto nivel de sospecha para mejorar la capacidad de detección del MI por parte del equipo de salud, a los efectos de permitir una respuesta protectora.

yo siempre estoy alerta, tengo la luz prendida de maltrato siempre y una vez que detecto y es posible que sea un maltrato, lo llevo” (haciendo referencia a la conducta desde la atención prehospitalaria y el traslado hacia el segundo o tercer nivel de atención) (Entrevistado 7).

La entrevistada 6 aporta como estrategia de abordaje para las situaciones de negligencia, la presencia cercana del equipo de salud, mediante visitas domiciliarias: “hacemos visitas domiciliarias con la nurse, en casos de niños en que hay negligencia, que no los llevan a la consulta, que no los vacunan” (Entrevistada 6).

Se destaca la posibilidad de intervenir sobre pautas de crianza que se ven como violentas, como forma de prevención secundaria;

capaz que situaciones cotidianas que nos pasan acá, que vienen y les hablan mal, o los zamarrean y vos le decís, *no hagas eso* y les explicás y capaz que esa gente se va con la idea rondando en la cabeza y capaz que evitás otro tipo de maltrato, eso no lo se (Entrevistada 1).

En este sentido la prevención terciaria, parece corresponder en MI, a la detección de indicadores de maltrato, tanto sea maltrato físico, maltrato psicológico, maltrato por negligencia o indicadores de abuso sexual. De alguna manera, conocer los indicadores, facilita la detección “a tiempo”, para que la violencia no se perpetúe o incremente (MSP, 2019).

A lo largo de las entrevistas, surgieron cuestionamientos a colegas, como en la entrevista 3, cuando se señala la falta de formación de algunos pediatras; “gente que no ha hecho mucha actualización”. Se observa también, lo que podría calificarse como la falta de compromiso con la atención a la infancia: “hay como un lavado de manos, porque es un tema feo” (Entrevistada 3).

De esta forma, es posible ver, que el conocimiento de los diferentes aspectos vinculados al MI: ya sea la prevención, la detección de indicadores de maltrato, o la constatación de situaciones evidentes, no son los únicos factores en juego para el logro de un adecuado abordaje a las situaciones de violencia; quizás, factores como la motivación personal, la importancia histórica y cultural del tema, reflejada por ejemplo en actividades académicas periódicas, en cambios institucionales o en Políticas Públicas específicas, podrían ser factores que favorecieran la detección oportuna del MI.

En la entrevista 3 también surge el tema de la interdisciplina y la intersectorialidad como herramienta para abordar el maltrato: “ese día que participamos de esa reunión, teníamos la mirada de la policía, la mirada de la escuela, eso enriquece” (Entrevista 3).

La estrategia de la interdisciplina y la intersectorialidad en el abordaje de las situaciones de maltrato, ya sea desde la detección hasta la intervención, es un recurso reiterado en los diferentes protocolos, tanto en los nacionales, como en el argentino y el mejicano que fueron descriptos previamente.

Sobre los **efectos que se visualizan** en los niños que sufren maltrato, todos los entrevistados contestan que notan clínicamente los efectos del maltrato en los niños; en sus respuestas se reconocen los indicadores inespecíficos clásicamente descriptos y que recojen los Protocolos para el Abordaje de las Situaciones de Maltrato Infantil y Abuso Sexual Infantil en el Marco del SNIS: tristeza, soledad, desamparo, angustia, depresión, frustración, problemas para dormir, problemas de vínculo en la escuela, baja autoestima, problemas de rendimiento escolar.

La entrevistada 4 reflexiona: “te das cuenta bastante de lejos del niño que fue maltratado...si sabés mirarlo” y agrega: “va a tener problemas probablemente para toda la vida, a veces hasta cuando se soluciona” (Entrevistada 4).

Dichos efectos se relacionan también con el tipo de maltrato. **En relación al MI**, los trastornos del estado de ánimo, especialmente la tristeza y las dificultades escolares, sobretodo en relación a los vínculos con sus pares en la escuela, son los efectos que más se destacan y reiteran de los entrevistados.

De la entrevista 5 se recaba “veo tristeza, soledad, angustia, depresión, frustración, estragos”. En el mismo sentido el entrevistado 7 agrega: “la primera cosa que veo es la tristeza, mirada al piso, poco vínculo y me acerco a través del afecto, esos 20 minutos que estoy, le regalo afecto” (Entrevistado 5).

La entrevistada 3 pone sobre la mesa síntomas de los niños, secundarios a situaciones de violencia, que generan conductas visibles también en la escuela y que son motivo de solicitud

de medicar al niño para evitar desajustes comportamentales. Esto ha determinado cuestionamientos a la medicalización de los niños desde distintos actores sociales y en 2020 fue tema de debate público; ejemplo de ello fue el “ciclo virtual sobre medicalización y patologización de infancias y adolescencias en Uruguay”, organizado por la Facultad de Ciencias Sociales, la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo y el Comité de los Derechos del Niño.

son niños muy medicalizados, eso me pone mal; tienen problemas para dormir o tienen grandes problemas de vínculo en la escuela, la maestra no puede con la situación y terminan medicalizados; también a veces las madres te cuentan que lloran más, que están muy angustiados (Entrevistada 3).

En el mismo sentido la entrevistada 1 agrega:

son niños que pegan en la escuela, bien revoltosos, que no se quedan quietos un minuto... quizás les pegan o no les pegan pero los ignoran, es lo mismo si el niño está, que si no está y después es señalado como “el niño que es el insoportable” (Entrevistada 1).

Y la entrevistada 8, reafirma los elementos que dificultan la socialización del niño en la escuela, así como su rendimiento académico:

son niños muy apocados, la autoestima es muy baja, tienen problemas con los compañeros, con el rendimiento escolar, así veo niños muy muy tristes, como veo otros que lamentablemente viven siempre así, no lo perciben como un maltrato (Entrevistada 8).

La entrevistada 1 incorpora el concepto de las conductas aprendidas, a través del aprendizaje en el contexto social en que viven.

Hay niños que pegan porque son conductas aprendidas, no sabe otra cosa que pegar, se enoja y pega; o insulta, hay niños chiquitos que tienen 2 años, que dicen tremendas palabrotas y vos decís: ¿de dónde lo escucharon?, porque no todos los niños de 2 años dicen palabrotas, el que lo dice en algún lado lo escuchó. Yo creo que influye en el ahora y cuando son grandes, porque hay mucha gente que golpea porque de chico pasaba lo mismo y se criaron en eso (Entrevistada 1).

La reiteración de la violencia vivida por la familia en los diferentes integrantes y a lo largo de las generaciones, recuerda el concepto de Guemureman (1998), de una forma de relacionamiento en la que no se genera una crisis, se perpetúa, se invisibiliza.

No perciben las situaciones como un maltrato, es lo que viven siempre, lamentablemente. Cuando era chica tenía amigos que tenían padres alcohólicos y nada... “mi padre vino borracho, se acostó y chau, o nos pegó”, lo evidencian como una mancha de toda la familia (Entrevistada 8).

Este aporte refuerza el hecho de que la naturalización de la violencia interfiere en su visibilización, esto es lo que les pasa a muchos niños, ejemplo de ello es el trabajo de investigación de UNICEF en Chile en el año 2012, en el que el 79,3% de los niños que eran maltratados por sus madres, referían que el vínculo con ellas era bueno o muy bueno (Larrain, 2012). De esta manera es posible comprender que si bien viven situaciones de violencia, la naturalizan y pierden la capacidad de visualizarla.

Por otro lado las historias de familias con vínculos violentos, recuerdan el aporte de Belsky a las teorías que intentan explicar las causas de la violencia, con el concepto de que la interacción del desarrollo ontogénico de los padres, es decir las variables relativas a sus propias historias de crianza, favorecerán su replicación (Capano, 2014).

Si bien los **síntomas** de violencia son habitualmente inespecíficos, se describen síntomas que son más **característicos de ASI**. Sin embargo, la presencia de tristeza y las dificultades en los vínculos con los pares son compartidos para ambas situaciones. Apoya este concepto la entrevistada 4: “un niño divino de 12 años que abusaron de él...es el niño más triste que he visto en años” (Entrevistada 4).

Asimismo, hay indicadores que son específicos para el ASI, en ese sentido el entrevistado 2 refiere a signos más característicos como el lenguaje inapropiado para la edad: “niños que tienen un lenguaje inapropiado, con temas no acordes a la edad, por ejemplo, temas sexuales” (Entrevistado 2).

En muchas entrevistas surge la percepción del maltrato como una enfermedad que se propaga en la familia y de generación en generación;

el otro día me llegó un chiquito de 11 años violado por su hermano de 15; el niño lloraba y lloraba, la madre lloraba y decía: *le está pasando lo mismo que le pasó al de 15 por parte de su padrastro...*siempre hay una cadena de sucesos en las infancias de los cuidadores (Entrevistado 7).

En cuanto a la **ejemplificación de situaciones** en las que el pediatra tenga la percepción de haber intervenido en **forma precoz**: en forma unánime, todos los entrevistados creen que llegan tarde en las situaciones de maltrato; al respecto la entrevistada 5 ejemplifica: “creo que temprano tal vez no llegamos...llegamos antes de que los maten” (Entrevistada 5).

Se trasmite en varias entrevistadas que se detallan a continuación, el concepto de que se puede intentar intervenir para evitar que la violencia se perpetúe o que empeore, o sea, romper con la “escalada de la violencia”(MSP, 2007, p. 62), pero no evitar que suceda. Muestra de esta percepción lo verbaliza la entrevistada 3 “...debemos llegar tarde muchas veces...”. La entrevistada 8 en el mismo sentido expresa: “precoz?... no se qué entendemos por precoz...

nunca es muy precoz, porque habría que poner una cámara en todas las casas” (Entrevistada 8).

El entrevistado 2 reflexiona sobre una posible intervención precoz: “¿precoz?...tuvimos el ingreso de un paciente por otro motivo y se terminó detectando durante la internación un abuso intrafamiliar...entonces igual era tardío” (Entrevistado 2).

Todos recuerdan situaciones en las que creen que llegaron **tarde**; “me acuerdo de una niña que ingresó a un centro hospitalario y nadie sabía lo que tenía...tenía una rotura de viscera abdominal. Yo me senté a hablar con la madre y me dijo que había sido ella” (Entrevistada 8).

La entrevistada 5 recuerda otra situación: “aquel lactante de 9 meses que llegó irritable, le hicimos incluso una punción lumbar (pensando en una meningitis) y tenía una fractura de fémur y le hicimos placas y estaba todo fracturado” (Entrevistada 5).

La tolerancia social a las diferentes formas de violencia que se introduce en el marco teórico de la herramienta INSPIRE (OMS, 2016), así como en muchos otros documentos, favorecerían la demora en la captación precoz de la violencia hacia NNA; parte de la asimetría en las relaciones interpersonales, desde una situación de inferioridad de NNA, en la que son toleradas pautas de relacionamiento violento y en ese contexto, se admiten pautas de crianza no saludables.

En cuanto a la **conformidad personal** de los pediatras respecto a su desempeño con el tema MI y sobre la necesidad de fortalecer las prácticas, casi la totalidad de los entrevistados coinciden en estar bastante conformes con su desempeño, habiendo mejorado su forma de abordaje, aunque creen que deberían tener mayor formación. La discrepancia está en el planteo de la Entrevistada 8 que entiende que el rol del pediatra en relación al MI, debería ser aquel que fuera capaz de detectarlo, dejando en manos de otros profesionales su abordaje.

4.4. Reflexiones sobre el cuidado del cuidador

Todos los entrevistados creen que la asistencia al niño víctima de maltrato repercute sobre la **salud emocional de los pediatras** y algunos mencionaban **estrategias para contrarrestarlos**, varios reconocen la necesidad de un espacio común de reflexión asistido por salud mental para los equipos. De la entrevista 4 surge el aporte “a mi me deja un gusto amargo” (Entrevistada 4); en la entrevista 3 se menciona la repercusión de la vida profesional en la salud mental de los médicos:

ayer leí un artículo de por qué los médicos se suicidan...necesitamos tener terapia de grupo o manejo de emociones...tengo el problema de no separar mucho lo laboral de lo emocional...tengo mucho problema con la ansiedad (Entrevistada 3).

La entrevistada 5 refuerza esta idea, con una reflexión que demuestra la importante repercusión emocional que conlleva la actividad clínica con exposición a situaciones que generan impotencia como son las vinculadas a la violencia.

me genera mucha frustración, mucha rabia, hace muchos años, a raíz de la muerte de una niña por maltrato, una pediatra vieja nos enseñó: “ustedes no son jueces, ustedes decidieron estar de este lado, tratarán de llevar lo mejor posible ese dolor que tienen dentro y aportar para que se haga justicia” y se pregunta: ¿por qué hay tanta gente que se deprime en la medicina?, ¿por qué tantos se matan?, es necesario un psicólogo porque con el correr de los años nos hace mella en nuestra salud, porque esas cosas van repercutiendo, si no las podemos verbalizar (Entrevistada 5).

La entrevistada 1, en el mismo sentido, reconoce la repercusión emocional que tuvo la vivencia sufrida en su práctica profesional:

eso de la niña me pegó mal y me puse a llorar porque no podía creer. En un lado lloraba la madre y yo me tuve que ir porque lloraba yo también...yo tengo una sobrina de 2 años, entendés, es como que uno hace una transferencia a la propia vida (Entrevistada 1).

La repercusión, que los temas vinculados al maltrato hacia la infancia, generan en la salud mental de quienes los asisten, no es exclusivo de la temática violencia; muchas otras patologías y problemas de salud, no escapan a la misma afectación de los integrantes del equipo de salud.

Algunos entrevistados reconocen herramientas personales que utilizan para sobreponerse a la repercusión emocional de la actividad clínica. La entrevistada 4 lo resuelve de la siguiente manera: “uso la misma estrategia que para los cuidados paliativos, salgo de mi lugar de trabajo, cierro la cortina y ya paso a otra cosa. Creo que es algo de mi personalidad, que tengo todo muy compartimentado” (Entrevistada 4).

Otros piensan que conversar de las situaciones con los colegas los alivia, como estrategia de cuidado personal: “hablarlo con la gente que uno quiere, hablarlo en la sala con otros” (Entrevistada 1). “Yo en cierta forma tengo una personalidad en la que logro bastante abstraerme y saber mi rol como médico y el rol del paciente, pero inevitablemente me afecta, sobre todo muchas veces me da tristeza e impotencia” (Entrevistado 2).

Las situaciones de maltrato, al igual que otras situaciones de enfermedad grave y de muerte de niños, generan en el equipo de salud, estrés emocional que deberá ser analizado y abordado por el sistema de salud, sin embargo, hasta ahora sigue siendo un debe. Si bien recientemente existen prestaciones de salud mental, obligatorias para todo el Sistema Nacional Integrado de Salud, con las que se prioriza al personal de salud, como la psicoterapia, son prestaciones que se deben solicitar frente al sufrimiento.

Desde la Universidad de la República y desde la Facultad de Medicina, existe desde hace años la preocupación por la salud mental de sus funcionarios docentes y no docentes y así como la de los estudiantes. La Facultad de Medicina ha incluido la salud mental en la formación de sus pregrados como otra de las herramientas para el abordaje de la labor profesional.

En Uruguay desde el año 2019, existe el Programa de Bienestar Profesional, del Colegio Médico del Uruguay (BIENPRO), cuyo principal promotor es el Dr. Daputo; el mismo está destinado a mejorar la atención en salud mental de los médicos a través de la coordinación de servicios de alta calidad, con respeto absoluto a la confidencialidad. (OMC, 2021)

Los recursos mencionados previamente, se refieren a la atención individual de la salud mental de los médicos. Existen, asimismo, estrategias grupales desde hace muchos años, como los grupos Balint, con apoyo a la tarea específica y cotidiana del personal de salud, que tienen como beneficios para los médicos que participan, el hecho de evitar el burnout, aumentar el compromiso y la resiliencia de los participantes. (Dohms, 2017)

Es de esperar que existan estrategias previstas y sistematizadas, pensadas como una política pública de estado, para prevenir y contrarrestar la repercusión emocional que acompaña al equipo de salud que vive de cerca la muerte y el sufrimiento.

Cap. 5. Conclusiones

Este capítulo pretende ordenar algunas reflexiones que surgen del presente trabajo que podrían dar respuesta a la pregunta de esta investigación, cuáles serían las dificultades que tienen los pediatras en el ejercicio de su profesión para poder detectar precozmente el maltrato infantil.

Antes de comenzar con las conclusiones es necesario realizar un par de consideraciones generales. Por un lado, reconocer un sesgo en cuanto a la elección del lugar donde se realizó la investigación. La misma fue pensada y desarrollada con criterio de accesibilidad, lo cual supone una influencia sobre los resultados, dado el involucramiento que se tiene en el lugar y la impronta que se le ha aportado al trabajo que allí se realiza. Se rescata de varias de las entrevistas el reconocimiento de que el avance en la formación y la calidad de la atención a las situaciones de violencia en Las Piedras, fue más marcada porque es un lugar, donde el tema cobra mayor relevancia en comparación con otros lugares de trabajo de los entrevistados, ya que es el lugar de trabajo de la autora de esta investigación. Parecería ser entonces que el hecho de mantener el tema presente en forma permanente integrado a la atención, con discusión de los casos clínicos que se asisten en el hospital y con formación periódica en actualizaciones, daría mejores resultados a los aprendizajes respecto al tema violencia. En ese mismo sentido, de las entrevistas se desprende la necesidad de formación permanente en el tema.

Por otro lado, es necesario destacar que se trata de un estudio cualitativo, lo cual supone tratar de introducir líneas comprensivas, sobre un fenómeno de carácter general, como es la dificultad que tienen los pediatras para la detección del MI, aportando a la problematización de dicho problema, pensando en las dimensiones que el trabajo propone analizar. Sin

embargo, este estudio no permite concluir con generalizaciones acerca de que, en todos los lugares la respuesta ante esta llegada tardía en el diagnóstico tenga que ver con los elementos que aquí particularmente se señalan. Aporta elementos para pensar, que pueden darse o no, en diferentes ámbitos. De esta manera, a partir de este estudio, es posible valorar la posibilidad de comprensión, de explicación sobre el problema, pero sin embargo esto no permite la generalización. Es un estudio de carácter exploratorio que deja líneas abiertas para otras investigaciones.

5.1 Influencia de la formación del pediatra y de las políticas públicas

La inclusión del tema de la violencia hacia NNA en las prácticas asistenciales de los pediatras, parece no estar directamente relacionada con el plan de estudio bajo el cual se formaron, sino más bien con un cambio gradual de inclusión del tema violencia a nivel de la sociedad en su conjunto, de la formación y actualización específica de los pediatras en el tema, también influenciado a nivel asistencial por Políticas Públicas destinadas a la inclusión del tema violencia en la atención a la salud (Presidencia de la República, 2017). Los dos entrevistados más jóvenes que tuvieron formación curricular sobre violencia, tanto en el grado como en el posgrado, sin embargo, se formaron bajo diferentes planes de estudio. Es probable que este proceso de inclusión del tema a nivel académico continúe, ya que es reciente que el tema violencia está integrado también en la evaluación de los posgrados de pediatría, dándole relevancia al mismo.

En cuanto a la importancia de la formación, surge también la percepción en algunos entrevistados, que el hecho de hacer atención pre-hospitalaria y tener menor contacto con los equipos de salud, tanto con los del primer nivel de atención, como con los del hospital, harían

más dificultosa la actualización permanente del tema, reconociéndolo como un problema para abordar mejor las situaciones de MI.

En opinión de la autora, si bien el proceso de cambio no parece darse a partir de los planes de estudio, que el tema violencia, asistencia a la violencia y el concepto de violencia como parte de la salud integral, esté presente en la curricula del posgrado de pediatría, reafirma estos conceptos y les da un marco teórico relevante.

La entrevistada 1 pone sobre la mesa, un debe en la formación de los médicos, del tema violencia hacia los adultos mayores, en la atención a la salud. Esto parece ir en consonancia con el proceso de inclusión del tema violencia en la agenda de salud a nivel nacional, de la mano de políticas públicas específicas; en este sentido se comenzó incorporando la violencia hacia la mujer, en el contexto de violencia doméstica en el año 2006-2007 y luego se hizo foco en la violencia hacia NNA. Es mucho más reciente la inclusión del abordaje a la violencia a las otras generaciones, como fue explicitado a partir de Petit 2017, con el reperfilamiento de los equipos de referencia en violencia de género y generaciones, por lo que parece no haberse reflejado aún en la asistencia a la salud, la asistencia de los adultos mayores y mucho menos en la formación académica al respecto. Aunque esto debería ser tema de una investigación específica.

La investigación parece concluir en relación al tema formación de los pediatras, que el hecho de conocer los nuevos protocolos, que incluyen los factores de riesgo y los indicadores de las diferentes formas de MI, mejora la experticia de los pediatras para la prevención y la detección oportuna de las situaciones de violencia infantil. Esta formación no se da solamente por la presencia de los temas en la curricula, sino por su incorporación en las prácticas asistenciales. Se destaca la importancia de las actualizaciones frecuentes en el tema como forma de mejorar la capacidad de los profesionales. Paralelamente, se puede concluir que las

Políticas Públicas en relación al tema, favoreciendo su inclusión en la agenda pública, ha permitido poner el foco en el abordaje a las situaciones de violencia, mejorando la calidad del mismo.

Por último, la investigación sugiere que la motivación personal del profesional, importa a la hora de abordar las situaciones de MI y de llegar a tiempo a la misma; sin embargo esa motivación, parecería estar influenciada no sólo por las características individuales del pediatra, sino por esta presencia del tema tanto a nivel académico, como a nivel de las exigencias institucionales, favorecidas por las políticas públicas.

5.2 Discusión sobre el rol del pediatra

Surge de las entrevistas, una discusión en cuanto a las competencias que debería tener el pediatra para el abordaje a las situaciones de violencia y el cuestionamiento del rol del pediatra en la asistencia a las mismas. La discusión se da a partir de la opinión de la pediatra de mayor trayectoria. Ella pone sobre la mesa el planteo de que el pediatra debería tener herramientas para la detección de las situaciones, pero otros actores deberían tener las competencias para dicho abordaje. Conocer los “signos de alarma, los puntos rojos” sobre MI, pero no su abordaje, de tal manera que el pediatra debería tener tiempo para profundizar en otros temas en los que no es posible delegar su tarea, “no tenemos superpoderes” (Entrevistada 8). Este planteo no se ve reflejado en las demás entrevistas en las que las respuestas denotan que la mayoría de los pediatras creen que no solo es su competencia, sino que deberían potenciar su experticia en el tema, así como trabajar con otras disciplinas y otras instituciones, para un mejor abordaje de los temas vinculados a la violencia.

Se cree importante, que si bien el conocimiento sobre las enfermedades viene en aumento y que se requieren especialistas para cada uno de los temas, es necesario que el pediatra tenga

una base sólida para el abordaje primario de todos los problemas que competen a la salud de los niños y que solamente utilice el recurso de los especialistas, frente a situaciones de mayor complejidad dentro de cada tema, donde puede compartir con el especialistas la asistencia al niño, sin dejar de ser el referente responsable de su salud.

Asimismo, se entiende que es importante el rol del pediatra en cuanto a la prevención y la promoción de hábitos saludables de crianza y de relacionamiento, al igual que el rol de otras disciplinas, y que en la promoción y prevención de la violencia, se centraría una parte importante de una intervención asertiva, rol que se desprende de los objetivos de la formación del pediatra, explicitados en el Programa de Formación de Especialistas en Pediatría de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (2003). Esto se ve reflejado en algunos entrevistados que reconocen como un logro en sus prácticas asistenciales el hecho de haber incorporado la violencia, dentro de la mirada integral de la atención a la salud del niño, que AIEPI lo promovía ya desde el año 1996, como una estrategia de abordaje.

En cuanto al rol del pediatra, surge de esta investigación que el conocimiento de los pacientes y sus familias, mantenido a lo largo del tiempo, permitiendo un seguimiento de las intervenciones que realice, benefician una adecuada atención de las situaciones de MI, partiendo desde la prevención, hasta el diagnóstico y el tratamiento. En este mismo sentido cobra especial importancia el primer nivel de atención, donde es posible esa cercanía del pediatra con el niño y con la familia a lo largo del tiempo, así como el contacto del pediatra con el barrio y sus particularidades, además del vínculo con las otras instituciones que operan en la misma zona, en pos de lograr mejores resultados para un abordaje integral de las situaciones complejas como la violencia intrafamiliar.

Es interesante reconocer que surge en la entrevistada 8, el tema del maltrato institucional que involucra a todo el sistema de salud, que, si bien no es tema central de esta investigación, pone en juego el lugar del pediatra. Se trata de una relación asimétrica, con asimetría en el conocimiento, que lleva a una relación de poder, como lo es la relación médico-paciente. Si retomamos la definición de maltrato, debemos recordar que el mismo puede darse en cualquier relación de “responsabilidad, confianza o poder” (OMS, 2014), así que el pediatra no está libre de generar violencia hacia NNA y sus familias, por lo que es importante el cuestionamiento de su rol de ser garante de los derechos de los niños.

5.3 Dificultades logísticas

De las dificultades que se reconocen para la mejor asistencia a las situaciones complejas, surgió de las entrevistas, el tiempo limitado que se le asigna en policlínica a cada atención médica. Está previsto el mismo tiempo para la atención de todos los niños, sin considerar la distinta complejidad de los motivos por los cuales se consulta, como es el caso de las situaciones de violencia, entre otros. En las instituciones privadas se cuenta con 15 minutos por paciente, mientras que en algunos lugares públicos en forma gradual el tiempo está aumentando a 20 minutos por consulta. Este cambio en el tiempo de atención, que fue una reivindicación de los médicos en general y de los pediatras y otros especialistas en particular, está siendo tenida en cuenta e implementada paulatinamente, empezando por el subsistema público de salud. De esta manera una Política Pública, va en la línea de mejorar la atención de todos los niños, pero más aún en los que presentan problemas de salud complejos, como son las situaciones de violencia.

El número de horas de trabajo que tienen los integrantes del equipo de salud, incluyendo a los pediatras, de la mano del multiempleo que viven, podría ir en contra de una atención

adecuada. El cansancio, las dificultades para generar equipos de trabajo, el compromiso con las instituciones, podrían influir incluso sobre la motivación personal de los pediatras para una atención de calidad.

La historia clínica electrónica fue reivindicada como un factor favorecedor para mejorar la asistencia; la posibilidad de ver los antecedentes, otras intervenciones realizadas, la opinión de otros profesionales actuantes, incluso el cumplimiento de intervenciones propuestas, como derivaciones, estudios paraclínicos, etc., podrían favorecer una atención más asertiva.

Por otro lado, surge de una de las entrevistadas, con mucha fuerza, la dificultad en el seguimiento de las situaciones de violencia, luego de un primer abordaje, donde es necesario, re-evaluar las decisiones tomadas; en ese momento el pediatra se percibe con pocas herramientas y probablemente solo, para decisiones futuras. Parecería entonces necesario cuestionarse si los protocolos de abordaje no requieren ser revisados, si bien son de reciente publicación, para dar respuestas de más largo plazo.

5.4 Detección precoz o detección a tiempo

Es unánime la percepción en todos los entrevistados de que se llega tarde a las situaciones de violencia, cuando ya hay indicios de la misma, o cuando ya hay daño visible, que seguramente corresponde a que la situación lleva tiempo presentándose.

Se hace necesaria la pregunta ¿qué es entonces visibilizar precozmente el maltrato? ¿O es entonces más acertado hablar de prevenir el maltrato, es decir, percibir la posibilidad de un riesgo y adelantarse a los hechos para evitar que ocurran? Es lógico pensar que no es posible cuantificar el impacto que tienen, tanto la prevención primaria, universal, entendida como la promoción de pautas de crianza saludables, como incluso la prevención secundaria, entendida

como la intervención sobre los factores de riesgo para que no se genere un daño, mediante una situación de violencia. De cualquier manera, no es concebible pensar que las tareas de promoción y prevención, como estrategia de prevención primaria y secundaria, no sean eficaces, por el hecho de que no sea posible mensurar sus efectos. “No existe un consenso de qué programas o servicios deben ofrecerse para prevenir el abuso en la infancia. En parte es así por la complejidad del problema y la dificultad de medir e interpretar este fenómeno” (Soriano, 2015, p.24).

Cabría preguntarse también, ¿será que el objetivo del pediatra en relación a la violencia pase, además de las tareas de promoción y prevención, por la prevención terciaria que explica Vignolo, (2011)? Es decir, si bien ya hay señales de malos tratos en mayor o menor medida, desde la visualización de una pauta de crianza violenta en el consultorio, a la detección de una fractura, siempre es posible hacer prevención terciaria y evitar que la situación se perpetúe o que se incremente. Entonces, desde esa mirada, ¿se estaría llegando a tiempo?...a tiempo de daños mayores.

En esto de adelantarse a situaciones de mayor daño, la entrevistada 3 reconoce la dificultad de intervenir en normas familiares y barriales de relacionamiento violento, desde el rol del pediatra del primer nivel de atención. En estos casos es posible ver claramente la violencia, pero la intervención, es muy compleja; claramente no es sólo desde el sector salud, pero probablemente tampoco lo sea desde la intersectorialidad de la zona, sino más bien serían necesarias respuestas desde políticas públicas vinculadas a educación, vivienda y trabajo, entre otras. El hacinamiento en que viven algunas familias, la precariedad laboral, la deserción del sistema educativo, que se ven en algunas familias que se asisten, repercuten sobre las intervenciones positivas. De esta manera se reconocen los “determinantes sociales de la salud”, los cuales generarán “Enfermedad Pública”, en palabras de Saforcada (2012), que requerirán de la generación de políticas públicas adecuadas a dichas realidades. “En

general las estrategias de prevención requieren de la intervención de todos los recursos de la sociedad y no solo de los sanitarios” (Soriano, 2015, p.24).

5.5 Algunos aspectos para seguir trabajando

Es importante reconocer que la asistencia a las situaciones de violencia, al igual que a otras situaciones como la enfermedad grave o la muerte, tienen un importante impacto sobre la salud mental de los integrantes de los equipo de salud. En ese sentido, las consecuencias deberían ser consideradas, en función de la planificación de políticas públicas, con el objetivo del cuidado a los cuidadores.

Por último, recordamos la pregunta de investigación que intentaba aportar a una mejor comprensión, de las razones por las cuales los pediatras presentan dificultades para visualizar precozmente el maltrato infantil en la actividad asistencial. A través del presente trabajo, fue posible conocer la capacitación de los pediatras en el tema de la violencia hacia las infancias y adolescencias, las herramientas de abordaje, el manejo de los protocolos y sus prácticas profesionales, desde los diferentes escenarios de atención; asimismo pudo realizarse una aproximación a los factores personales de los pediatras, como la motivación y la repercusión emocional que genera la asistencia a estos temas; por otro lado, se pudieron reconocer algunos beneficios y limitaciones en relación al tema, de acuerdo a las características de las instituciones donde se desempeñan los entrevistados. Con este objetivo, fue necesario profundizar teóricamente en los temas que vinculan este trabajo: la formación de los pediatras, la salud, la violencia como un problema de salud, las políticas de salud vinculadas a violencia, la evolución del concepto infancia y su historia en relación a los malos tratos y el marco jurídico que da sustento a los diferentes tópicos.

A modo de sugerencias:

Luego de finalizada esta investigación, surgen algunas inquietudes de las que se desea dejar registro, en función de posibles profundizaciones o nuevas indagaciones a desarrollar.

- En cuanto a la formación de los recursos humanos en salud, parece importante profundizar en el rol de la extensión universitaria, como una herramienta para la puesta en práctica de los aprendizajes y para facilitar la práctica interdisciplinaria.
- El cuidado del cuidador, es un terreno del que hay mucho por avanzar, desde diferentes ángulos: la formación de los recursos humanos, la promoción y prevención en salud mental, la intervención frente al sufrimiento y el seguimiento, entre otros.
- Parece interesante evaluar el rol de las familias y de las diferentes infancias y adolescencias, en la detección del MI y su vínculo con el sistema de salud.
- Dado que los protocolos de abordaje a las situaciones de MI y ASI son de reciente implementación, parece oportuno profundizar en aspectos referidos a la evaluación de los mismos desde las prácticas clínicas, con el fin de realizar aportes significativos para nuevas versiones.

Referencias bibliográficas

Acosta, M.L. (2016). *De la Doctrina de la Situación Irregular a la Protección Integral: una aproximación crítica a los cambios en la orientación de la atención pública a la infancia y la adolescencia en Uruguay* (Tesis de grado). Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales. Montevideo, Uruguay.

AGNU. (1959). Declaración Universal de los Derechos del Niño. Recuperado de <https://www.oas.org/dil/esp/Declaración%20de%20los%20Derechos%20del%20Niño%20Republica%20Dominicana.pdf>

AGNU. (1989). Convención sobre los derechos del niño. Recuperado de https://www.unicef.org/ecuador/convencion_2.pdf

AGNU. (2015). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Res de la Asamblea General del 25 de septiembre de 2015*. Recuperado de http://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1_es.pdf

Ariès, P. (1987). *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen*. Madrid, España:

Taurus.

Arredondo, V., Saavedra, C., Troncoso, C., y Guerra, C. (2016). Develación del abuso sexual en niños y niñas atendidos en la Corporación Paicabi. *Revsta Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(1), pp. 385-399.

Bandura, A., y Walters, R. (1974). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid, España: Alianza

Barudy, J., y Dantagnan, M. (2005). Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia. Barcelona, España: Gedisa

Barrán, J.P. (1989). *Historia de la sensibilidad en el Uruguay. La cultura "barbara"*. Montevideo, Uruguay: Banda Oriental

Bourdieu, P. (1997) *Razones prácticas Sobre la teoría de la acción*. Barcelona, España: Anagrama

Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona, España: Paidós.

Capano, A., y Pacheco, A. (2014). *Poética Discontinua. Aportes sobre la ecología y la*

violencia: educación familiar, malos tratos y abusos. Montevideo, Uruguay: Asociación Civil SOMOS.

Carli, S. (2006). *La cuestión de la infancia. Entre la escuela, la calle y el shopping*. Buenos Aires, Paidós.

Carmona, M.R. (2012). Las obligaciones derivadas de la Convención sobre los Derechos del Niño hacia los Estados Partes: el enfoque en derechos en las políticas de infancia en España. *Educatio Siglo XXI*, 30 (2), 69-88.

CEIP, SIPIAV, UNICEF. (2013). *Mapa de ruta para las situaciones de maltrato y abuso sexual en niños, niñas y adolescentes detectadas en el ámbito escolar*. Montevideo, Uruguay: UNICEF.

Cuba, M.F., y Morera, L. (2016). Reformando la salud desde la prevención cuaternaria. *Acta médica peruana*, 33(1).

Cunningham, H. (2010). Los hijos de los pobres. La imagen de la infancia desde el siglo XVII. Recuperado de

http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Los_hijos_de_los_pobres.pdf Consultado el

20/8/20

deMause, Ll. (1974). *La evolución de la infancia*. Nueva York, Estados Unidos:

Psicohistory

deMause, Ll. (1982). *La historia de la infancia*. Madrid, España: Alianza Universidad.

Dohms, M. (2017). Curso: El cuidado de la Salud mental en el primer nivel de atención.

Grupos Balint. Recuperado de <https://redemc.net/campus/wp-content/uploads/2017/08/SM-M5-Resumo-Grupos-Balint-Marcela-ES-PUBL.pdf?x18977>

Dolto, F. (1993). *La casa de los niños*. Barcelona, España: Paidós.

Duchatzky, S., y Corea, C. (2002). *Chicos en banda. Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Dufau, V. (2020). ¿Cómo prevenir el abuso sexual infantil? [entrevista televisiva]. En Telenoche 4. Uruguay: Canal 4.

Fernández, JM. (2005). La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bourdieu:

una aproximación crítica. *Cuadernos de Trabajo Social*,18, 7-31

Fernández, A.M. (1993). *La invención de la niña*, Buenos Aires, UNICEF.

Figueroa de López, S. (2012). Introducción a la Salud Pública. Recuperado de

<https://saludpublicayepi.files.wordpress.com/2012/06/documento-3er-parcial-compilacion-4-documentos.pdf>

Fridman, N., Saldías, M., Massera, G., y Zagalsky, P. (2017). Abuso sexual infantil: Una modalidad de abordaje interdisciplinario. *Medicina Infantil*. XXIV(2), 149-154.

García Méndez, E. (s.f). La legislación de menores en América Latina: una doctrina en situación irregular. [página web]. Recuperado de

http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/La_legislacion_de_menores.pdf Consultado el 22/8/20

Garrido, G. (2012). Diferentes formas de violencia en niños y adolescentes. Una mirada desde

la interdisciplina médica. *III Coloquio de Emergencia Social: “Fragmentación –*

Integración” Exclusión social. Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Montevideo,

Uruguay.

Garrone, N. (2018). *Maltrato Infantil. Aportes para una detección, abordaje y prevención*.

Buenos Aires, Argentina: Journal

Gentile-Ramos, I. (1988). *Puericultura y pediatría social*. Montevideo, Uruguay: Edilimed

Giménez-Pando, J., Pérez-Arjona, E., Dujovny, M. y Díaz, F.G. (2007). Secuelas neurológicas del maltrato infantil. Revisión bibliográfica. *Neurocirugía*, 18 (2). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-14732007000200002

Guemureman, S., Gugliotta, A. (1998). Aportes para una reflexión acerca de la violencia perpetrada sobre los niños, niñas y adolescentes. En I. Izaguirre. (Eudeba), *Violencia social y derechos humanos*. Argentina.

IDISU. (2012). *Guía: Los derechos de los niños, niñas y adolescentes en el área de salud*. Montevideo, Uruguay: Unicef

INE. (2016). *Salud, nutrición y desarrollo en la primera infancia en Uruguay. Primeros resultados de la ENDIS*. Recuperado de

<http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35704/SALUD,+NUTRICI%C3%93N+Y+DESARROLLO+EN+LA+PRIMERA+INFANCIA+EN+URUGUAY+PRIMEROS+RESULTADOS+DE+LA+ENDIS/7be3f504-ebb9-4427-bb5d-cb4d9f242a7b>

INFAMILIA. MIDES. (2008). *Prácticas de crianza y resolución de conflictos*

familiares. Prevalencia de maltrato intrafamiliar en niñas niños y adolescentes.

Recuperado de

<http://resourcecentre.savethechildren.se/sites/default/files/documents/3653.pdf>

Intebi, I. (2013). *Abuso sexual infantil en las mejores familias*. Buenos Aires, Argentina:

Granica.

Lachica, E. (2010). Síndrome del niño maltratado: aspectos médico-legales. *Cuadernos de*

medicina forense, 16(1), p. 2.

Larrain, S., Bascuñan, C. (2012). 4º Estudio sobre maltrato infantil. UNICEF.

Recuperado de https://www.unicef.org/lac/Cuarto_estudio_maltrato_infantil_unicef.pdf

Leopold, S. (2014). *Los laberintos de la infancia. Discursos, representaciones y crítica*.

Montevideo, Uruguay: Ediciones Universitarias.

Ley 9.342. Código del Niño. 6 de abril de 1934. Recuperado de

http://biblioteca.cejamericas.org/bitstream/handle/2015/4166/ur_cod_nino.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ley N° 17823. Código de la Niñez y la Adolescencia. Diario Oficial ROU, Montevideo,

Uruguay, 4 de setiembre 2004.

Ley N° 18214. Integridad personal de niños, niñas y adolescentes. Diario Oficial ROU,

Montevideo, Uruguay, 9 de diciembre 2007.

Ley N° 18335. Derechos y Obligaciones de los Paciente y Usuarios de los Servicios de

Salud. IMPO. Montevideo, Uruguay, 15 de agosto 2008

Ley N° 18426. Ley sobre Salud Sexual y Reproductiva. Diario Oficial ROU, Montevideo,

Uruguay, 1 de diciembre 2008.

Ley N° 19580. Ley de violencia hacia las mujeres basada en genero. Diario Oficial ROU,

Montevideo, Uruguay, 22 de diciembre 2017.

Ley N° 19747. Modificación del capítulo XI de la ley 17.823, código de la Niñez y la Adolescencia. Diario Oficial ROU, Montevideo, Uruguay, 19 de abril 2019.

Loredo-Abdalá, A., Trejo-Hernandez, J., García-Pina, C., López-Navarrete, G., Perea-Martínez, A., Gómez-Jiménez, M.,...Martín-Martín, V. (2009). La Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado: Implementación de una estrategia de aplicación nacional en investigación, docencia y asistencia. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 66, 283-292. Recuperado de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462009000300010

Luna, F. (2008). Vulnerabilidad: la metáfora de las capas. *Jurisprudencia Argentina*, (IV), 60-67.

Organización Médica Colegial de España (OMC). (26 de marzo 2021). *VIII Congreso Nacional PAIME*. Médicos y pacientes.com.

<http://www.medicosypacientes.com/articulo/dr-juan-dapuetto-vimos-en-el-paime-un-referente-para-proponer-y-organizar-nuestro-programa>

Mesa-Gresa, P., y Moya-Albiol, L. (2011). Neurobiology of child abuse: the 'cycle of violence'. *Revista de Neurología*, 52(8), 489-503.

Ministerio de Salud de la Nación. (2010). Marco de Referencia para la formación en Residencias Médicas. Especialidad Pediatría. Argentina. Recuperado de https://www.sap.org.ar/docs/caef/marco_residencia_pediatria.pdf

Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Cultura. (1996). Guía de formación de especialistas. Pediatría y sus áreas específicas. España. Recuperado de https://www.aeped.es/sites/default/files/Pediatria_y_sus_Areas_especificas.pdf

Mouesca, J.P. (2015). *Prevención del maltrato infantil: función del pediatra. 2ª parte. Prevención antes de que ocurre, ante la sospecha y con la confirmación del maltrato. Archivos Argentinos de Pediatría. 114(1), 64-74.*

MSP. (2007). Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer. Guía de Procedimientos en el Primer Nivel de Atención de Salud. Recuperado de <https://www.sguruguay.org/documentos/msp-pnpsmg-abordaje-situaciones-violencia->

[domestica-mujer.pdf](#)

MSP. (2017). *Reperfilamiento de los Equipos de Referencia en Violencia Doméstica*.

Recuperado de https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Reperfilamiento%20de%20los%20equipos%20VD%20y%20VS_1.pdf

MSP. (2018). *Protocolo para el abordaje de situaciones de violencia sexual hacia niños, niñas*

y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo,

Uruguay: UNICEF

MSP. (2019). *Protocolo para el abordaje de situaciones de maltrato hacia niñas, niños y*

adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo, Uruguay:

UNICEF

MSP. (2019). Guías. Instructivo. Meta 1.X5. Recuperado de

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/tematica/metas-asistenciales>

MSP, SIPIAV, UNICEF. (2009). *Mapa de ruta para la prevención y la atención de*

[Escriba aquí]

situaciones de maltrato y abuso sexual infantil en el sector salud. Montevideo, Uruguay:

UNICEF

Museu d'Art Contemporani de Barcelona. (2008). *Archivo Universal. La condición del documento y la utopía fotográfica moderna.*

Narodowski, M. (2013). Hacia un mundo sin adultos. Infancias hiper y desrealizadas en la era de los derechos del niño. *Actualidades pedagógicas* (62), 15-36

OMS. (2016). INSPIRE. *Estrategias para poner fin a la violencia.* Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/33876?show=full>

OMS. (2019). Recuperado de <https://www.who.int/topics/violence/es/>

ONU. (1959). *Declaración de los Derechos del Niño.* Recuperado de <https://www.oas.org/dil/esp/Declaración%20de%20los%20Derechos%20del%20Niño%20Republica%20Dominicana.pdf>

Osta Vázquez, M.L. (2016). Niños y Niñas, expósitos y huérfanos en Montevideo del siglo

XIX. *Revista de la Facultad de Derecho*, 41, 155-189.

<http://dx.doi.org/10.22187/rfd201627>

Perdomo, V., Rubinstein, M., y Gutiérrez, S. (2019). Epidemiología de los pacientes derivados a un equipo de violencia doméstica. CASMU-IAMPP, 2016. *Archivos de Pediatría*, 90(6), 305-311

Pérez, I., Percovich, M., y Supervielle, T. (22 de junio de 2020). Infancia y cuidados en tiempos de pandemia y después. *La Diaria*. Recuperado de <https://ladiaria.com.uy/opinion/articulo/2020/6/infancia-y-cuidados-en-tiempos-de-pandemia-y-despues/> Consultado el 18/8/20

Peroni, G., y Prato, G. (2012). *Aportes para la intervención en maltrato y abuso sexual infantil y adolescente*. Montevideo, Uruguay: UNICEF. ANDENES

Perrone, R., y Nannini, M. (2010). *Violencia y abusos sexuales en la familia: una visión sistémica de las conductas sociales violentas*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Presidencia de la República. (2017). *Sistema Nacional Integrado de Salud*. Recuperado de

<https://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/snis/snis.pdf>

Rivera de Ramones, E. (2019). Camino salutogénico: estilos de vida saludables. *Revista Digital de Posgrado*, 8(1), p.159

Rodríguez, G. (2007). La cara sutil de las violencias cotidianas: la madre como generadora del maltrato. *CIJ Informa*, 12 (39), pp. 19-21.

Saforcada, E. (2012, ene./abr.). Salud comunitaria, gestión de salud positiva y determinantes sociales de la salud y la enfermedad. *Aletheia*, 37, 7-22. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n37/n37a02.pdf>

Saforcada, E., y Moreira, M. (2014). La enfermedad pública. *Salud y Sociedad*, 5(1).

Recuperado de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-74752014000100002

Santana, R., Sánchez, R., y Herrera, E. (1998). *El maltrato infantil: un problema mundial*.

Salud Pública de México [on line]. Recuperado de

<http://www.redalyc.org/pdf/106/10640109.pdf>

Sarli, E. (2007). *Consideraciones sobre la evolución del derecho de familia uruguayo.*

Posterior a 1868. Montevideo, Uruguay: Trilce

Setaro, M., y Koolhaas. (2008). *Cuadernos de ENIA. Políticas de Salud.* Recuperado de

http://www.iin.oea.org/boletines/boletin2/building%20pdf/Políticas_de_salud.pdf

Shonkoff, J.P., y Garner, A.S. (2012). The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and

Toxic Stress. *Pediatrics*, 129(1), e236.

SIPIAV. (2012). *Modelo de Atención Integral. Violencia hacia niños, niñas y*

adolescentes. Recuperado de

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj1zNTksq3kAhVTHLkGHVeHDVUQFjAAegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Fwww.inau.gub.uy%2Fdocumentacion%2Fdownload%2F2593%2F1496%2F16&usg=AOvVaw1J2lmbPP31XFR3aZoFpG5a>

SIPIAV. (2013). *Informe de gestión 2013.* recuperado de

<https://www.inau.gub.uy/documentacion/item/1494-informes-de-gestion-sipiav>

SIPIAV. (2018). *Informe de gestión 2018*. Recuperado de

<https://www.inau.gub.uy/documentacion/item/1494-informes-de-gestion-sipiav>

SIPIAV. (2019). *Informe de gestión 2019*. Recuperado de

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=2ahUKewjDrYX-1JLpAhU4HbkGHQVYC6QQFjADegQIAhAB&url=http%3A%2F%2Fwww.inau.gub.uy%2Fsipiav%2Fdownload%2F6383%2F978%2F16&usg=AOvVaw06eUI0Ud5ndFfiFnQGk3U_

SIPIAV. (2019). *Guía para la atención de niñas y niños de 0 a 3 años en situación de violencia*. Recuperado de <http://www.inau.gub.uy/sipiav>

SIPIAV. (2020). *Informe de gestión 2020*. Recuperado de

<https://www.inau.gub.uy/novedades/noticias/item/3088-sipiav-en-cifras-se-presento-el-informe-de-gestion-2020>

Soriano, F. (2015). Promoción de buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de salud. *PrevInfad*. Recuperado de

<http://previnfad.aepap.org/monografia/maltrato-infantil> Consultado el 27/8/20

UNICEF. (2017). Panorama de la violencia hacia la infancia en Uruguay 2017. Recuperado

de https://www.bibliotecaunicef.uy/doc_num.php?explnum_id=182 Consultado el

18/8/20

Veirano, C., Zunino, C., Pandolfo, S., Vomero, A., Guerrero, J., Gurin, L.,...Pérez, W.

(2017). Admisión hospitalaria por abuso sexual infantil. Centro Hospitalario Pereira

Rossell 2010-2014. *Archivos de pediatría*, 88(5), 246-253.

Vignolo, J., Vacarezza, M., Alvarez, C., y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de

prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, XXXIII(1), 11-

14.

Zubieta-Méndez, X., Montiel, I. (2016). Factores inhibidores de la revelación de abuso sexual

infantil. *Revista de Victimología*, 4, 53-81. DOI 10.12827-RVJV-4-03 | N. 4/2016 | P. 53-

81

Anexo

Guía para la entrevista semiestructurada

- Módulo “ficha patronímica”/Identificación
 - personal: edad, género
 - académico:
 - En qué año ingresó a Facultad (plan de estudio) y en qué año egresó?
 - Ejerce la docencia,? En caso afirmativo, especifique antigüedad, área y función
 - Tiene formación específica en maltrato? En caso afirmativo dónde la adquirió y cuándo? Le ha sido de utilidad? O qué contenidos sí, y cuáles son?
 - Ha realizado alguna actualización en relación al maltrato recientemente?
 - Qué valoración tiene acerca de la formación recibida en el grado, actualizaciones, etc., con respecto al MTI?
 - Considera que requiere mayor formación sobre maltrato para poder abordar el tema? Qué contenidos requeriría?
 - Conoce protocolos y herramientas de abordaje del maltrato? Cómo adquirió este conocimiento?
 - Qué valoración tiene de estos protocolos? Los utiliza? Le resultan útiles? Identifica algún vacío que no está comprendido en el protocolo?
 - laboral:
 - En qué nivel ejerce profesionalmente (1er, 2º nivel)?
 - Qué tipo de tarea desarrolla (poli, sala, emergencia)?

- En qué sectores de trabajo (público solo/también privado)?
- Qué carga horaria total y dedicada a la tardea tiene?
- Que antigüedad tiene en la institución?
- Qué características tiene la población con la que trabaja? Qué información tiene de ella?
- Hay un equipo de trabajo o trabaja sólo? En caso de que cuente con un equipo de trabajo, qué disciplinas la integran? ¿Cómo se desarrolla el trabajo en equipo?
- ¿Cuál es su valoración sobre el sistema de salud en general (funcionamiento, recursos) y sobre sus condiciones de trabajo en particular?

- Módulo Prácticas:

- ¿Cuál es el o los propósitos de su práctica médica pediátrica? Tiene prioridades definidas acerca de hacia dónde debe orientar la atención de cada niño/a? En caso afirmativo , indique cuáles. Son preestablecidas o las define ante cada situación?
- Han cambiado sus prioridades y las de su entorno?
- Cómo diagnostica una situación de MTI?
- Qué estrategias de atención usa frente al MTI?Cuál es la estrategia en relación al niño o niña y en relación a los adultos involucrados?
- Han cambiado las formas de trabajar con el MTI?
- Qué efectos visualiza en los niños y niñas que sufren MTI?
- ¿Puede ejemplificar un caso de MTI en el que haya intervenido

tempranamente y otra en la que la situación de MTI se haya diagnosticado tardíamente y por ende la intervención llegó cuando la situación ya se venía produciendo hacía tiempo?

- La actual historia clínica electrónica le parece que facilita su tarea en cuanto al registro de las situaciones de MTI?
- ¿Está conforme con su desempeño en torno al MTI? Entiende que sería necesario fortalecer su práctica? Qué se requeriría para ello?
- ¿Qué reflexión final le merece el MTI?
- ¿Considera que se producen efectos sobre la salud emocional de los pediatras frente a la aproximación al tema del maltrato infantil? En caso afirmativo, indique que estrategia emplea para contrarrestarlo

Agradezco a mis tutoras por la motivación y el acompañamiento a lo largo de todo el proceso de trabajo, con dedicación y compromiso.