

MAPA DE RUTA
PARA LA PREVENCIÓN Y LA ATENCIÓN
DE SITUACIONES DE MALTRATO Y ABUSO SEXUAL INFANTIL
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



Autoridades**Ministra de Salud Pública**

Dra. María Julia Muñoz

Subsecretario de Salud Pública

Dr. Miguel Fernández Galeano

Director General de la Salud

Dr. Jorge Basso

Director del Programa de Salud de la Niñez

Dr. Jorge Quian

Presidente de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)

Dr. Félix González

Responsable del Área Infancia y Adolescencia de ASSE

Dra. Cristina Lustemberg

Coordinadora del Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia (SIPIAV)

Sra. María Elena Mizrahi

Representante de UNICEF en Uruguay

Sr. Egidio Crotti

Equipo Técnico de elaboración del documento:

Dra. Graciela Palomino – CHPR – ASSE - MSP

Asistente Social. Marisabel Rama – CHPR – ASSE - MSP

Dra. Fernanda Lozano - Red de Atención Primaria - ASSE

Dr. Daniel Radío - Red de Atención Primaria – ASSE

Dra. Elvira Siscar – Red de Atención Primaria – ASSE

Part. Elena Viera – Red de Atención Primaria – ASSE

Asesoramiento técnico:

Lic. Alejandra Saravia – UNICEF

Lic. Mariela Solari – PNUD

Lectura y aportes:

Dr. Álvaro Arroyo – UNICEF

Dra. Jacqueline Cano - CHPR – ASSE – MSP

Dra. Susana Falca – UNICEF

Lic. Fernanda Methol – Programa Infamilia. MIDES

Diciembre 2009

Edición de texto: Margarita Michelini

Diseño y diagramación: Taller de Comunicación

Coordinación editorial: UNICEF Uruguay

Impresión: Gráfica Mosca

MSP, SIPIAV, UNICEF

Mapa de ruta para la prevención y la atención
de situaciones de maltrato y abuso sexual infantil
en el sector salud. -- Montevideo: MSP, SIPIAV,
UNICEF, dic. 2009. 56 p.

ISBN: 978-92-806-4489-0

MALTRATO INFANTIL / ABUSO SEXUAL / GUÍAS

ISBN: 978-92-806-4489-0

Primera edición diciembre 2009

UNICEF Uruguay
Bulevar Artigas 1659, piso 12
Montevideo, Uruguay
Tel (598 2) 403 0308
Fax (598 2) 400 6919
e-mail: montevideo@unicef.org
www.unicef.org/uruguay/spanish

CONTENIDO

5	Palabras preliminares
7	1. Introducción
11	2. Conceptos
11	2.1 Enfoque eco-sistémico
12	2.2 Definición y categorías de la violencia infantil
15	3. Lineamientos para la prevención y atención del maltrato y el abuso sexual infantil desde el sector salud
16	3.1 Prevención
17	3.2 Atención de situaciones
17	3.2.1 Detección
18	3.2.2 Diagnóstico y valoración del riesgo
20	a) indicadores y factores de riesgo
24	b) anamnesis
24	c) examen físico
25	3.2.3 Intervención
25	a) Definición de estrategias por niveles de riesgo
28	b) Orientaciones para los distintos niveles de atención
33	4. Seguimiento
34	Mapa del ámbito de la salud
35	5. Bibliografía
37	6. Anexos
37	• Anexo 1: Protocolo para toma de muestra a víctimas de agresión sexual (Dirección Nacional de Policía Técnica – Departamento de Laboratorio Biológico)
39	• Anexo 2: Marco normativo nacional: maltrato y abuso sexual infantil

Nota: Este documento se ocupa de la atención de situaciones de maltrato y abuso sexual de niños y adolescentes mujeres y varones hasta los 14 años 11 meses y 29 días. También se refiere a mujeres y varones cuando menciona a los adultos involucrados. El uso del masculino genérico obedece a un criterio de economía de lenguaje y procura una lectura más fluida, sin ninguna connotación discriminatoria.

PALABRAS PRELIMINARES

Cuando fui designado para ocupar este cargo en la administración, decidí que para poder llevar adelante los planes y los sueños que teníamos desde el Ministerio de Salud Pública y el gobierno para mejorar la calidad de vida de nuestros niños, era imprescindible pedir la colaboración de quienes más supieran de cada tema.

Hemos cumplido este propósito en todos los trabajos realizados desde el Programa.

Al presentarse el tema de la violencia contra niños y niñas y las medidas para prevenirlas surgió inmediatamente el nombre de la Dra. Graciela Palomino y su equipo, que desde hace muchos años trabajan denodadamente en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en el abordaje de este tema. Cuando les ofrecimos esta tarea, que consume tiempo y esfuerzo, sin dudarlos un instante aceptaron la tarea y se dedicaron a ella con entusiasmo y sin solicitar nada a cambio.

Con el mismo espíritu se sumaron a ella técnicos y responsables de la Red de Atención Primaria de la Salud, en el afán de elaborar una estrategia de intervención que involucrara articuladamente a los diferentes niveles de atención de la salud.

En mi nombre, en el nombre de las autoridades del Ministerio de Salud Pública y de todas las autoridades gubernamentales quiero agradecer a todas las compañeras y compañeros que dedicaron horas de sus vidas para plasmar este denominado **Mapa de ruta para la prevención y la atención de situaciones de maltrato y abuso sexual infantil en el sector salud**, sus conocimientos y su aporte desinteresado para tratar de mejorar la calidad de vida de nuestros niños y niñas.

Hace mucha falta gente comprometida como ustedes.
Gracias nuevamente.

Dr. Jorge Quian
Director
Programa de Salud de la Niñez
Ministerio de Salud Pública

1. INTRODUCCIÓN

La violencia como fenómeno social es una constante a lo largo de la historia de la humanidad. En el siglo XX, luego de las dos guerras mundiales, se comenzó a analizar con mayor profundidad el significado de los derechos individuales y las formas de las relaciones sociales. Es así que en 1948 se estableció por consenso internacional la Declaración Universal de los Derechos Humanos cuya esencia es que “todos los hombres nacen y permanecen libres e iguales en derechos”. Este fue el punto de partida de una serie de convenciones y acuerdos internacionales sobre los derechos de aquellas poblaciones con mayor vulnerabilidad: mujeres, niños, niñas y adolescentes, personas con capacidades diferentes y adultos mayores.

El maltrato infantil y el abuso sexual infantil son formas de violencia y, como tales, constituyen violaciones a los Derechos Humanos, en particular los derechos a la protección y el desarrollo de los niños y niñas contemplados en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN). Por lo tanto, dejan de ser asuntos privados y adquieren carácter público, representando problemas que competen y afectan a toda la sociedad.

La violencia implica siempre una relación vincular en la cual existe el abuso de poder. Muchas familias se relacionan de esta manera, ya que a lo largo de la historia se ha legitimado culturalmente el empleo del castigo físico como forma de resolver los conflictos y como sistema disciplinario. La paternidad se construye en términos de posesión, se admiten la dominación del adulto sobre

el niño y del hombre sobre la mujer, circunstancias que permiten y avalan la violencia. Asimismo, la existencia de desigualdades sociales y económicas, con su correlato de desempleo, necesidades básicas insatisfechas y aislamiento social, generan violencia. Por todo esto no es justo atribuir toda la responsabilidad a la familia o a la patología de alguno de sus integrantes, sino que se debe realizar un análisis más profundo, a partir de la certeza de que se trata de un problema complejo, multicausal que requiere una atención integral, interdisciplinaria e intersectorial.

Si bien las situaciones de violencia son responsabilidad de toda la sociedad, aquellas instituciones del Estado que tienen el mandato institucional de promover y garantizar los derechos de niños, niñas y adolescentes tienen a su cargo la responsabilidad de generar acciones en tal sentido. Es así, que en los últimos años desde el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), el Ministerio del Interior (MI) y el Ministerio de Salud Pública (MSP) se llevan adelante acciones que tienden a detectar, atender y prevenir en forma integral las situaciones de violencia que viven niños, niñas y adolescentes. En ese sentido, se han creado herramientas que ayudan a protocolizar estas acciones. En el campo de la salud, aunque se ha avanzado en la atención de la violencia doméstica, es necesario implementar acciones específicas que atiendan la problemática infantil.

Si bien es cierto que, desde hace varios años los servicios de salud trabajan en la temática, se hace imprescindible generar instrumentos que permitan unificar criterios para la atención en los distintos niveles de asistencia. El sector salud tiene un rol preponderante e ineludible en la detección, diagnóstico e intervención de estas situaciones y debe estar en condiciones de brindar una respuesta oportuna, eficaz e integral para enfrentar la indefensión en que se encuentran los niños víctimas de maltrato y/o abuso sexual.

Se entiende que la detección, diagnóstico, intervención, seguimiento y prevención del maltrato y el abuso sexual infantil deben introducirse en el sistema de salud como una práctica más de la atención que requieren todos los niños y niñas. Y estas son las razones para ello:

- *La Convención sobre los Derechos del Niño, ratificada por el Estado uruguayo en 1990, establece la obligación del Estado de proteger al niño contra toda forma de maltrato o abuso.*
- *En el año 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó el informe **Violencia y Salud en el Mundo**, que explicita los conceptos a partir de los cuales analiza el fenómeno de la violencia hacia la infancia y aporta evidencia y propuestas de relevancia para que el personal de salud los aplique.*
- *Lo exige la Ley de de Prevención, Detección Temprana, Atención y Erradicación de la Violencia Doméstica, ley 17 514, sancionada en el año 2002 en la República Oriental del Uruguay.*
- *El Código de la Niñez y Adolescencia, en el Capítulo III, en los Arts. 15 y 16 sobre Protección Especial 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.”*
- *El Programa Nacional de Salud de la Niñez del MSP, exhorta a los equipos de salud a detectar, en cada una de las intervenciones, situaciones de riesgo en el plano psicológico, problemas de apego, abuso sexual, maltrato infantil y violencia doméstica.*
- *Desde el año 2007, el MSP junto con otras instituciones con responsabilidad en la temática, integra el Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia (SIPIAV), que promueve la construcción de un sistema nacional de atención que responda a la problemática de la violencia contra los niños, niñas y adolescentes.*
- *En 2008 el Programa Infamilia del Ministerio de Desarrollo Social (Mides), publicó una encuesta respecto a las*

prácticas de crianza de los niños¹. El 79,8% de los adultos encuestados manifestó haber ejercido algún tipo de violencia (física o psicológica) hacia al menos uno de los niños a su cuidado. De estos, el 55,5% manifestó haber ejercido violencia física (moderada, severa o muy severa) hacia al menos uno de los niños a su cuidado durante el año anterior a la realización de la encuesta. De esta cifra, el 14% de los adultos propinó castigos violentos físicos severos y muy severos.

El presente mapa de ruta **es un recurso** que permite establecer estrategias generales para abordar la problemática del maltrato y/o abuso sexual infantil. Se presentan orientaciones al personal de salud que puedan ser útiles como herramientas para generar acciones de detección, prevención, diagnóstico y atención en las situaciones de violencia que viven niños y niñas en el ámbito familiar.

Los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), son un espacio privilegiado para el desarrollo de estas acciones. Resulta imprescindible unificar criterios y coordinar la actividad entre las instituciones y su personal para que puedan cumplir con ese rol.

Es importante señalar que el maltrato y el abuso sexual infantil, por ser una realidad compleja, impone un trata-

miento integral que no se restringe al sector de la salud. Por esa razón, es imprescindible fomentar y generar mecanismos de articulación interinstitucional entre las organizaciones del Estado y de este con las de la sociedad civil que aportan a la atención y prevención de estas situaciones desde sus responsabilidades específicas.

Este trabajo se propone contribuir para lograr ambos objetivos: la unificación de criterios entre los sectores involucrados y la coordinación y aprovechamiento de recursos.

El mapa plantea, en forma general, las distintas circunstancias en las que se presentan estas situaciones y las respuestas que deberían darse desde los diferentes niveles de atención, acordes al tipo de riesgo que representa para el niño.

Es importante destacar que **cada situación de violencia infantil es única**, ya que se trata de un problema relacional, de un estilo abusivo de los vínculos, donde alguien ubica al otro en el extremo de la obediencia y sometimiento de una relación. Por lo tanto, no es pertinente generalizar y es **esencial tener en cuenta las particularidades de cada caso para realizar el diagnóstico y definir las acciones tomando como marco general las recomendaciones establecidas en este documento.**

¹H. De los Campos, M. Solari, M. Tabarez, **Prácticas de crianza y resolución de conflictos familiares. Prevalencia de maltrato intrafamiliar contra niños, niñas y adolescentes.** Infamilia – MIDES. 2007.

2. CONCEPTOS

Como ya se mencionó en la introducción, la violencia ejercida hacia niños y niñas es un tema complejo y multicausal que se da en diversos ámbitos. En este documento se hace un corte conceptual importante para concentrarse en las estrategias de prevención y atención del problema en el sector de la salud.

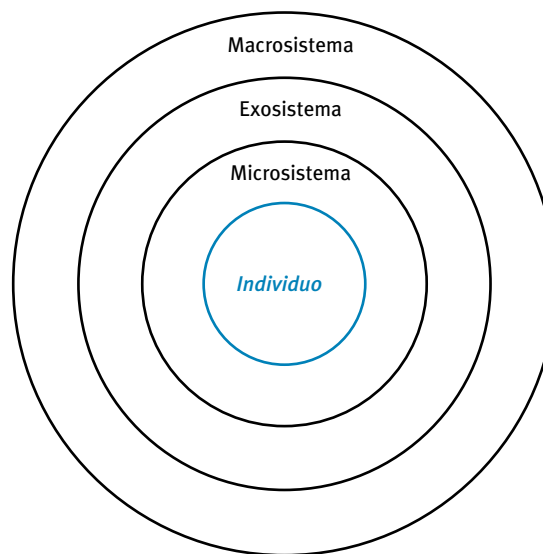
El enfoque del tema parte de las siguientes premisas:

- *La violencia ejercida sobre niños y niñas es una violación a los Derechos Humanos.*
- *Los servicios de salud son un ámbito privilegiado para la detección, prevención, detección y atención de las situaciones de violencia que viven los niños y niñas en la familia.*
- *Las situaciones de violencia que involucran a los niños y niñas son un problema relacional, producto de la interacción de dimensiones personales (de los individuos que viven la situación), familiares y comunitarias. Por ello, la comprensión de este fenómeno, así como el diseño de las estrategias de intervención, deben incluir estas dimensiones. Según el enfoque eco-sistémico,*

la comprensión de estas problemáticas implica entender la interacción particular que se produce entre los distintos sistemas en los que participa el individuo y entre los que forman parte de su entorno.

2.1 Enfoque eco-sistémico:

Este enfoque plantea que, para comprender la situación que vive una persona, es



necesario atender la particular interacción entre los distintos sistemas de los que forma parte, microsistema, exosistema, y macrosistema, en un momento histórico determinado. Si el análisis se limitara a los factores individuales o familiares no sería suficiente para comprenderla cabalmente y por ende diseñar las estrategias de intervención que permitan generar cambios.

Microsistema. *Es el nivel más próximo a la vida del individuo. Refiere a sus vínculos y ámbitos inmediatos de socialización, como la familia y los amigos, entre otros.*

Exosistema. *Este nivel refiere a los grupos u organizaciones sociales más amplios de la vida del individuo. Estas organizaciones, que comunican el nivel microsistémico con el macrosistémico, comprenden a la escuela, los servicios de salud, el lugar de trabajo, los medios de comunicación, etc.*

Macrosistema. *Refiere a los sistemas de creencias y las pautas culturales de una sociedad presentes en la vida de cada individuo.*

2.2 Definición y categorías de la violencia infantil

Violencia

“El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”¹

Maltrato infantil

El maltrato infantil se define como toda acción u omisión, no accidental y continuada en el tiempo, por parte de padres o cuidadores que comprometen la satisfacción de las necesidades básicas, físicas, sociales o emocionales del niño, niña y adolescente.

El maltrato infantil puede ser emocional o psicológico, por abandono o negligencia, físico y sexual.

¹ Definición de violencia de la OMS

1. **Maltrato emocional o psicológico.** Cualquier actitud que provoque en el niño sentimientos de descalificación o humillación. Se caracteriza generalmente por el uso de la palabra, pero también puede contemplar actitudes no verbales que lo expongan a situaciones humillantes o que coarten sus iniciativas, como encierros, aislamientos y exceso de responsabilidades, entre otras.

2. **Abandono y negligencia.** Falta de protección del niño ante eventuales riesgos y falta de atención de sus necesidades básicas cuando los padres o cuidadores están en condiciones de atenderlas. La negligencia puede ir desde no acompañar los procesos de desarrollo del niño hasta la privación de alimentos, abrigo, desatención de salud, que afecte su integridad física y desarrollo.

3. **Maltrato Físico.** Cualquier acción intencional producida por parte de los padres o persona encargada del cuidado del niño, niña o adolescente que cause daños físicos como pellizcos, quemaduras, golpes, golpes con consecuencia de fracturas, etc.

4. **Abuso sexual.** Ejercicio abusivo de poder de un adulto sobre un niño, para satisfacción sexual de quien lo ejerce, en detrimento y con desconocimiento de la voluntad del niño. El abuso sexual puede ser de tipo no comercial o comercial.

Abuso sexual no comercial. Cualquier relación o contacto entre un niño, niña o adolescente y un adulto provocada por el adulto a efectos de satisfacer sus deseos sexuales. El abuso puede consistir en la exhibición de los genitales del niño o el adulto, el manoseo y llegar hasta la violación. Para que el abuso sexual ocurra y se mantenga, existen por lo general mecanismos de extorsión y coerción por parte del adulto. En esta dinámica el niño es ubicado en una situación de extrema vulnerabilidad, pues, para que el abuso se mantenga y el abusador continúe impune, el niño o la niña son amenazados con las consecuencias de un eventual relato de la situación y culpabilizados por la relación de abuso.

Abuso sexual comercial. Modalidad de abuso sexual también conocida como “explotación sexual”. Se trata de la utilización de niños, niñas o adolescentes en actividades sexuales, eróticas o

pornográficas para la satisfacción de los intereses o deseos de una persona o grupo de personas a cambio de un pago o promesa de pago económico, en especie o de cualquier tipo, para el niño o para una tercera persona. Existen diferentes tipos de explotación sexual, como la prostitución infantil, el turismo sexual, la pornografía y la trata de niños con fines de prostitución.

5. Síndrome de Munchausen. *Forma de maltrato poco frecuente inducido por un familiar, generalmente la madre. Este presenta al niño o la niña al equipo de salud aduciendo que padece determinados síntomas que obligan a realizar múltiples exámenes, incluso invasivos, después de los cuales no se comprueba patología alguna. La persona que lo induce, que por lo general padece psicopatía grave, realiza múltiples consultas en los centros de salud o provoca internaciones prolongadas. Si no se establecen rápidamente la detección y tratamiento, el niño corre serios riesgos vitales y emocionales.*

6. Niños testigos de violencia. *Otra forma de someter a los niños a situaciones de violencia es cuando éstos son testigos de maltrato o abuso sexual hacia terceros. Se considera que las consecuencias son similares a las que experimentan los niños que viven la situación de violencia en forma directa.*

Es importante señalar que esta categorización puede ser útil para conocer los indicadores y los diferentes efectos que causan sobre los niños la violencia y el abuso sexual. Sin embargo, se corre el riesgo de simplificar la realidad, ya que en la mayoría de las situaciones coexisten más de una forma de maltrato hacia un mismo niño como sucede con la violencia doméstica en la cual a menudo coexisten el maltrato hacia los niños y hacia la mujer.

3. LINEAMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL MALTRATO Y EL ABUSO SEXUAL INFANTIL DESDE EL SECTOR DE LA SALUD

Para encarar las situaciones de violencia ejercida contra los niños es necesario desarrollar **estrategias en dos direcciones**.

En primer lugar, trabajar en la **prevención**, y en segundo lugar, prestar **atención a las situaciones** que se presentan en la consulta, tanto cuando hay una demanda explícita sobre una situación de violencia como cuando la consulta es indirecta.

Es necesario y conveniente que la intervención de los profesionales de la salud en situaciones de maltrato y abuso infantil tenga un encuadre institucional. Para eso, se considera pertinente diferenciar la acción en los tres **niveles de atención** del sector. Como cada uno presenta diferente grado de complejidad de asistencia, se podrán considerar estrategias diferenciales en el circuito de atención.

Primer Nivel de Atención de Salud

Es el nivel de asistencia que procura resolver la mayoría de las consultas, brindando promoción de la salud, prevención, asistencia y rehabilitación. Por su anclaje comunitario, está en contacto y coordinación con las redes sociales de la zona. Estas redes resultan fundamentales a la hora de definir estra-

tegias para la prevención, la detección y el seguimiento de situaciones de maltrato y abuso sexual infantil. En este primer nivel de atención de salud participan los centros de salud y las policlínicas, los médicos de área, los médicos de familia, los pediatras de zona y las emergencias móviles.

Segundo Nivel de Atención de Salud

Este nivel se caracteriza por ser de complejidad media respecto al primer y tercer nivel. Provee las cuatro especialidades básicas (pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y medicina), y permite la internación del paciente. Cuenta con laboratorio, diagnóstico por imágenes y quirófano. En este nivel se incluyen los centros hospitalarios de referencia en las 18 capitales departamentales.

En Montevideo el único que corresponde a este nivel es el Hospital Saint Bois.

Tercer Nivel de Atención de Salud

Es el nivel de asistencia cuya complejidad y especialización permiten el estudio y tratamiento de situaciones de enfermedad graves, con visión multidisciplinaria y acceso a métodos de estudios de alta complejidad.

3.1 Prevención

Se puede resumir el concepto prevención en la frase “llegar antes”. Incluye las acciones que permiten fortalecer los mecanismos para generar factores protectores y mitigar los factores de riesgo.

En el ámbito de salud es posible trabajar la prevención desde el nivel individual en el espacio de la consulta médica y en el trabajo con las familias y la comunidad.

En lo que refiere al nivel individual, a partir de la consulta, es posible generar y fortalecer factores protectores tanto en los niños como en los adultos que están a su cargo. Es un espacio privilegiado para lograr un vínculo empático con el paciente (niño y/o adulto) y transmitir la importancia del apego y el buen trato en el desarrollo de los niños.

En lo que refiere al nivel comunitario, desde los servicios de salud es posible abordar la prevención en el tema por medio de actividades grupales con las familias de la zona. Para ello es necesario que el servicio de salud pueda trabajar con otras instituciones del lugar a las que asisten las familias del barrio: Centros CAIF, Centros Educativos de primaria y secundaria, Organizaciones de la Sociedad Civil, INAU, entre otros.

El embarazo es una etapa privilegiada de la vida familiar para la promoción de buen trato y prevención del maltrato.

Tanto en el espacio de la consulta médica como en las actividades grupales con las familias y la comunidad el personal de salud podrá brindar:

- *Información sobre las diferentes etapas del desarrollo del niño, conductas esperadas y necesidades. Apoyo en la búsqueda de estrategias para que los adultos a cargo de los niños puedan hacer frente a las dificultades propias de cada etapa del desarrollo, como el llanto inconsolable, la negativa a alimentarse, la hiperactividad u otros.*
- *Información acerca de la violencia y abuso, y los indicadores, síntomas y consecuencias de sufrirlo. Esto permitirá una detección precoz y que las familias y los niños cuenten con elementos de protección frente a estas situaciones.*
- *Apoyar a los adultos de referencia de los niños y niñas para que desarrollen condiciones protectoras, así como fortalecer el apego y el buen trato en la familia. Brindar herramientas mediante el ejemplo para favorecer el apego y el buen trato en el vínculo con los niños y niñas, como mirar al niño, escucharlo, jugar con él, entre otros.*

Por otra parte, las acciones de seguimiento de las situaciones en la que se ha realizado algún tipo de intervención posibilitan la prevención de nuevos episodios.

3.2 Atención de situaciones

3.2.1 Detección

Para detectar situaciones de maltrato y/o abuso sexual en niños, niñas y adolescentes es necesario que los profesionales del equipo de salud, independientemente del nivel en el cual actúan, cuenten con una **alta sensibilidad en el tema y tengan la capacitación específica**. Esta favorece la visualización y reflexión de la problemática, ubica a la violencia como un factor de alteración de la salud, apoya al profesional y permite actuar adecuadamente.

Una forma de detección precoz del maltrato o abuso es incorporar en la consulta la investigación de la existencia de violencia con la ayuda de un breve cuestionario. Este aportará información acerca de la dinámica familiar, los roles, las formas de relacionamiento y en algunos casos, permitirá entender y comprender ciertos comportamientos y conductas tanto del niño como del adulto.

La protección del efector de salud

Cuando un efector de la salud detecta una situación de maltrato o abuso hacia un niño es posible que, además de los sentimientos que despierta la situación de violencia (hostilidad, impotencia, frustración), sienta inseguridad ante la reacción de los responsables. Por ello, es necesario actuar con calma y sin impulsividad, pero sobre todo es fundamental consultar con otros profesionales y buscar el apoyo de la dirección del centro de salud.

En el siguiente cuestionario se incluye una serie de preguntas que guían la entrevista con el adulto responsable del cuidado del niño o la niña:

Cuestionario orientador para la detección de situaciones de maltrato y/o abuso sexual en el sector de la salud

-¿El niño o la niña presenta trastornos del sueño, trastornos del aprendizaje, es muy inquieto, sufre enuresis, encopresis, trastornos de la alimentación?

- ¿Qué medidas ha implementado frente a estas dificultades?

- ¿Cómo se siente usted con respecto a la crianza y educación del niño?

-¿Qué mecanismos utiliza para poner límites?

3.2.2 Diagnóstico y valoración de riesgo

En el sector de la salud, el diagnóstico y la valoración del riesgo de las situaciones de violencia que viven niños y niñas se basan principalmente en la anamnesis y el examen físico.

El marco conceptual del modelo eco-sistémico permite comprender la complejidad del fenómeno del maltrato infantil, considerando los aspectos que se relacionan en los distintos ámbitos vinculados a la vida del niño. Este enfoque jerarquiza la relación entre las personas y sus contextos, considerando diferentes niveles de análisis: individual, familiar, comunitario y social. Valora en cada uno de ellos los factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad de las personas, así como los factores que actúan como protectores del individuo. Además, facilita el análisis de la relación particular que se da en cada situación entre estas diversas dimensiones. Esto contribuye a comprender que cada situación demanda un diagnóstico no sólo del hecho de violencia sino también de las circunstancias en la que ocurre ese hecho en el contexto familiar y comunitario. Para que la intervención que se realice sea efectiva es necesario contar con un diagnóstico que brinde elementos que den cuenta de esta complejidad.

El diagnóstico de maltrato y/o abuso sexual infantil puede surgir de:

- Las respuestas obtenidas a través de la aplicación del Cuestionario para la detección de situaciones de maltrato y/o abuso sexual infantil en la consulta pediátrica.
- La consulta específica por una situación de maltrato y/o abuso sexual. Puede ser cuando un niño es derivado por otra institución y llega acompañado por un adulto o cuando un niño o adolescente se presenta solo en la consulta.
- La presencia de lesiones en el examen médico compatibles con sospecha de maltrato y/o abuso sexual.

En cualquiera de las circunstancias el equipo de salud se orientará a obtener la mayor información de la situación planteada que permita establecer un diagnóstico de certeza o que descarte el hecho.

En el diagnóstico se debe tener en cuenta:

- El tipo de lesión.
- El relato acerca de cómo se produjo la lesión.

- Si corresponden la entidad y/o características de la lesión con el mecanismo que la originó.
- El tiempo transcurrido entre el hecho y la consulta.
- La relación vincular entre el presunto agresor y el niño o la niña.
- La frecuencia con la que aparecen las lesiones.
- Los antecedentes personales desde la concepción y post natales patológicos del niño.
- El comportamiento del niño o la niña.
- El comportamiento de los padres o responsables.

Siempre que un efector de salud se enfrenta a una situación diagnosticada como probable maltrato o abuso sexual, y en aquellos casos en los que hay indicios de maltrato pero no quedan claros los mecanismos de lesión o circunstancias del hecho, se impone el planteo de diagnósticos diferenciales.

El conocimiento del ámbito familiar y comunitario permitirá evaluar qué factores de riesgo son los que han actuado como coadyuvantes de la situación y a su vez evaluar que factores protectores ofrece la familia y/o la sociedad para definir las estrategias a seguir.

a) Indicadores y factores de riesgo

A continuación se describe una serie de indicadores de conducta y físicos que ayudan a detectar y diagnosticar las situaciones de maltrato y abuso sexual. Cabe aclarar que la sola presencia de uno o más indicadores no es razón suficiente para diagnosticar maltrato, pero sí son señales que advierten al personal de salud para que implemente acciones de prevención.

También se describen los factores de riesgo y protección referidos a los diferentes niveles de análisis en el contexto del niño, niña o adolescente.

■ Indicadores de maltrato

Físicos

- *Lesiones que reproducen la forma de un objeto.*
- *Lesiones en zonas posteriores: dorso de mano, espalda, glúteos, orejas; hematomas en diferentes estadios de evolución.*
- *Mordeduras, especialmente las recurrentes y que parezcan tener el tamaño de la mordida de un adulto.*

- *Hematomas en las axilas causadas por sacudimiento.*
- *Fracturas múltiples.*
- *Fracturas en varios estadios de curación.*
- *Fractura espiral de huesos largos.*
- *Alopecia.*
- *Quemadura por líquido en forma de guante o bota.*
- *Lesiones de forma redondeada que evocan quemaduras por cigarrillos.*
- *Marca de quemaduras con forma de objetos.*

Conductuales

- *Actitud defensiva y temerosa ante el ademán de contacto corporal.*
- *Aislamiento.*
- *Agresividad excesiva.*
- *Hiperactividad.*
- *Cambios bruscos en el rendimiento escolar.*
- *Dificultades en el lenguaje.*
- *Comportamiento regresivo.*
- *Miedo de ir a su casa o con los adultos responsables.*
- *Fugas del hogar.*
- *Pobre imagen de sí mismo.*
- *Dolencias sicosomáticas.*

■ Indicadores de abuso sexual

Físicos

- Lesiones en la zona genital y/o anal (desgarros recientes o cicatrizales del himen, desgarro de la mucosa vaginal).
- Sangrado por la vagina y/o por el ano.
- Infecciones genitales sin explicación aparente.
- Ropa interior manchada de sangre o secreciones.
- Dolor y /o picazón en la zona genital.
- Enfermedades transmitidas sexualmente, incluidas las infecciones orales.
- Enuresis y encopresis.
- Embarazo.
- Presencia de cuerpos extraños en la vagina o el recto.

Conductuales

- Agresividad.
- Tristeza extrema.
- Trastornos en el sueño.
- Conducta o conocimiento sexual sofisticado o inusual para la edad.
- Conductas insinuanes con adultos desconocidos.

- Resistencia o rechazo a estar solo con determinada persona.
- Juego sexual inapropiado para su edad, ya sea con sus pares o con juguetes.
- Miedo a que lo toquen.
- Dificultad para concentrarse.
- Permanencia excesiva en la escuela o institución de confianza.
- Cambios bruscos en el rendimiento escolar.

■ Factores de riesgo

Factores de riesgo en el niño

- Recién nacidos con malformaciones y/o prematurez.
- Alteraciones en el vínculo madre- hijo, madre-padre-hijo.
- Hospitalización precoz prolongada.
- Niño o niña portador de patología crónica y/o discapacidad física o psíquica.
- Niño o niña con conducta difícil.
- Niño o niña no escolarizado, bajo rendimiento escolar y /o fracaso escolar
- Llanto excesivo.
- Trastornos en el sueño.
- Trastornos en la alimentación.

Factores de riesgo durante el embarazo

- *Embarazo no deseado.*
- *Antecedentes maternos de interrupción del embarazo.*
- *Deficiente autocuidado de la madre.*
- *Escasos controles obstétricos.*
- *Embarazo de alto riesgo.*
- *Depresión post parto.*

Factores de riesgo en los padres

- *Padre o madre maltratados, abandonados o institucionalizados en su infancia.*
- *Madre sola sin redes familiares y sociales. Bajo nivel de instrucción.*
- *Patología psiquiátrica.*
- *Alcoholismo.*
- *Adicción.*
- *Baja tolerancia al estrés.*
- *Baja autoestima.*
- *Autoritarios, controladores.*
- *Dificultad para dominar los impulsos.*

Factores de riesgo en la familia

- *Carencia de vínculos con redes sociales o vínculos débiles.*
- *Familias con historia de conductas violentas.*
- *Discordancias entre las expectativas de la*

familia y las características del niño.

- *Confusión de roles.*
- *Gran número de hijos.*
- *Intervalos inter genésicos breves.*
- *Falta de habilidad para resolver los conflictos.*
- *Patrones de comunicación pobre entre sus miembros.*

Factores de riesgo de la comunidad

- *Naturalización de la violencia como forma de relacionamiento social.*
- *Ausencia o insuficiencia de redes sociales.*
- *Falta de cohesión y participación vecinal.*

Factores protectores

Factores protectores en el niño

- *Autoestima.*
- *Responsabilidad.*
- *Flexibilidad.*
- *Empatía.*
- *Autocuidado.*
- *Habilidad de comunicación.*
- *Sentido del humor.*
- *Autocontrol.*
- *Sentido de cooperación.*

- *Capacidad de pensar en abstracto y reflexivamente.*
- *Empoderamiento.*

Factores protectores de la familia

- *Familias con reglas consistentes.*
- *Familias afectuosas, comprensivas.*
- *Autonomía de sus integrantes.*
- *Adecuada comunicación entre sus integrantes.*
- *Familias pequeñas con espacio de dos o más años entre un hijo y otro.*
- *Estabilidad económica.*
- *Capacidad para el manejo de conflictos.*
- *Capacidad para el manejo del estrés.*

Factores protectores de la comunidad

- *Redes sociales de apoyo.*
- *Participación en sistemas informales de apoyo.*
- *Vínculos eficaces entre el sistema formal e informal.*
- *Cooperación y sentido de pertenencia.*
- *Presencia del sistema educativo.*
- *Diversidad social y cultural.*
- *Existencia de espacios de recreación en el barrio.*

b) Anamnesis

En esta etapa es importante no revictimizar al niño. Con ese fin es aconsejable que los profesionales realicen las entrevistas y exámenes estrictamente necesarios y sean muy prudentes con el manejo de la información dentro de la institución y con los familiares.

En las entrevistas es importante tener en cuenta:

- *Brindar privacidad y seguridad.*
- *Realizar preguntas abiertas, que no induzcan o sugieran respuestas.*
- *Escuchar atentamente, sin interrupciones.*
- *Crear el relato del niño, transmitirle que no es culpable por lo que sucedió.*
- *No utilizar estilo interrogativo o de confrontación.*
- *No emitir juicios de valor.*
 - *En caso de que el niño quiera manifestar sus emociones durante el relato, brindarle el espacio para que lo haga; que pueda llorar, demostrar vergüenza, permanecer en silencio.*
 - *Indagar si otra persona conoce la situación y si se realizó alguna intervención anterior.*

- *Explicar al niño claramente los pasos que se van a seguir para atender su situación.*

c) Examen físico

- *El examen físico debe ser completo, sistematizado y orientado a diagnosticar la situación de sospecha.*
- *Se complementa con exámenes de laboratorio y la consulta con especialistas según corresponda el caso.*
- *En las situaciones de probable abuso sexual, se debe ser sumamente cuidadoso explicando al niño o la niña de qué se trata.*
- *Registrar la información en la historia clínica.*
- *En la derivación a otro nivel de atención es indispensable explicitar claramente en la hoja de referencia la información obtenida y las acciones realizadas.*

El examen físico del niño o niña con sospecha de abuso sexual debe realizarlo el médico que recibe al paciente. En caso de dudas, consultará con el médico legista o ginecólogo.

3.2.3 Intervención

a) Definición de estrategias por niveles de riesgo

El equipo de salud, ante un diagnóstico de certeza o alta probabilidad de maltrato infantil o abuso sexual, deberá dar una respuesta inmediata, identificando el nivel de riesgo que afecta al niño con el fin de establecer acciones para su protección.

Para evaluar el riesgo, se deben considerar, al menos, los siguientes aspectos:

- *Tipo de violencia (emocional, física, sexual).*
- *Convivencia con el agresor.*
- *Tipo de vínculo con el agresor.*
- *Frecuencia con la que ocurre la situación de violencia.*
- *Características del núcleo familiar.*
- *Características del agresor.*
- *Tenencia de armas en el domicilio.*
- *Grado y alcance de las secuelas, emocionales y/o físicas, del maltrato o abuso.*
- *Antecedentes de la situación, intervenciones previas. Respuestas y evaluación de dichas intervenciones.*

- *Respuesta posible del entorno inmediato ante la revelación de la situación.*
- *Si se presenta depresión, desequilibrio emocional notorio, intentos de autoeliminación (IAE).*
- *Fuga del hogar por miedo a seguir conviviendo con el agresor.*
- *Existencia de amenaza de muerte reiterada.*
- *Violencia intrafamiliar: situaciones de violencia entre sus padres.*

Los tres niveles de riesgo son categorías que permiten ordenar la intervención y de ninguna manera, podrán manejarse como categorías estancas ya que no abarcan ni la totalidad ni la complejidad de las situaciones que se pueden presentar.

El agente de salud **siempre** debe:

- 1) *Consultar con otros profesionales (equipo multidisciplinario de referencia para maltrato y abuso sexual infantil) con respecto al diagnóstico y a las acciones a realizar. Si no se cuenta con equipo en el Centro se podrá consultar con otros equipos de organizaciones de la zona vinculados al Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Vio-*

lencia (SIPIAV) o en el servicio 08005050 del INAU. Para ello se debe conocer y tener registro de los recursos y servicios de atención a la infancia y familias que funcionan en la zona (escuelas, CAIF, servicios de INAU, organizaciones de la sociedad civil, clubes de niños, otros).

- 2) Generar un espacio de diálogo con el niño y su familia explicando los pasos a seguir una vez identificada la situación.
- 3) Identificar al menos un referente adulto del niño, que mantenga un vínculo de protección y que lo acompañe en todo el proceso.
- 4) Documentar en la historia clínica todas las acciones realizadas.
- 5) La derivación a los diferentes niveles de atención en salud deberá explicitar toda la información recabada en la anamnesis, y el examen físico.
- 6) Informar si se realizó denuncia policial o judicial.

Nivel de riesgo bajo

En este nivel se incluyen:

- Indicios y/o sospecha de maltrato (no existe evidencia clara).
- Situaciones de malos tratos producto de

desbordes de los adultos sobre pautas de crianza que no son una conducta habitual.

- Incumplimiento de indicaciones y controles pediátricos.
- Las situaciones de abuso sexual no se incluyen en este nivel.

Respuestas

1. Identificación de un adulto referente protector.
2. Trabajar con el niño y la familia reforzando comportamientos positivos de buen trato y pautas adecuadas de corrección.
3. Fijar consultas más frecuentes para valorar la evolución y realizar el seguimiento.
4. Coordinar con las instituciones a las cuales concurre el niño a los efectos de informar y establecer acciones conjuntas. En caso de no concurrir a ninguna, procurar la inserción del niño en la institución más adecuada de la red local para atención de la situación.
5. Si hay ausencia de redes sociales institucionales o personales que permitan hacer un seguimiento de la situación, comunicar a INAU servicio 08005050 que determinará estrategias.

Nivel de riesgo medio

En este nivel se incluyen:

- Lesiones traumáticas leves no reiteradas.
- Manifestaciones claras de maltrato físico, psicológico, negligencia o abuso sexual que no requieren intervención urgente. Esto significa que las lesiones físicas y/o emocionales no revisten la gravedad de las descritas en el ítem siguiente.

Respuestas

1. Coordinar las medidas a tomar con el equipo multidisciplinario de referencia para maltrato y abuso sexual infantil del centro de salud. En caso de que no se cuente con un equipo especializado en el centro de salud, se coordinará con alguno de los equipos multidisciplinarios vinculados al SIPIAV que trabajen con las familias en la comunidad, que permita atención integral de la situación y su contención.
2. Trabajar con el niño y la familia con el objetivo de profundizar el diagnóstico.
3. Realizar seguimiento del niño y visita domiciliaria.
4. El equipo tratante, luego de finalizado el diagnóstico, puede concluir que la situación del niño o la niña amerita establecer acciones para su protección.

Posibles acciones de protección, acordes al grado de gravedad de la situación:

- En todos los casos se deberá identificar un adulto referente protector que acompañe al niño en todo el proceso. Este adulto es alguien de confianza del niño y que está en condiciones de brindarle protección y cuidado.
- Derivación al segundo o tercer nivel de atención del sector salud o coordinación con el servicio de INAU 08005050.
- Denuncia al juzgado correspondiente (Juzgado de Familia especializado en Montevideo o Juzgado Letrado de 1ª Instancia o Juzgado de Paz en los otros departamentos).

Nivel de riesgo alto

En este nivel se incluyen:

- Lesiones graves de maltrato físico o abuso sexual que requieren asistencia médica inmediata.
- Abuso sexual reciente.
- Situación de abuso sexual con posibilidades de reiteración.

- *Situaciones de violencia intrafamiliar grave que requieren separar al niño del agresor como primera medida de protección.*

Respuestas

1. *Identificación de un adulto referente protector.*
2. *Derivación e ingreso a un segundo o tercer nivel de atención por la entidad de las lesiones que necesitan tratamiento.*
3. *Comunicación al Juzgado de Familia especializado en Montevideo, Juzgados Letrado de 1ª Instancia o Juzgado de Paz en los demás departamentos.*
4. *En las situaciones que representen riesgo vital para el niño y no se constaten lesiones que requieran tratamiento médico, se dispondrá:*
 - *La internación hospitalaria transitoria como forma de protección.*
 - *Información al juez competente de la situación.*
 - *Coordinación con el servicio de INAU 08005050.*

Más allá de la singularidad de cada situación que se deba abordar, es imprescindible que cada servicio de salud confeccione un mapa de recursos que permita al operador tener conocimiento de las organizaciones con las que podrá contar al momento de establecer una estrategia, sea ésta de intervención de apoyo, sensibilización o terapéutica. El mapa de recursos será actualizado cada año.

b) Orientaciones para los distintos niveles de atención

Primer Nivel de Atención

El **primer nivel del sistema de salud** constituye un lugar clave para atender la problemática en forma integral. Este nivel es fundamental en la prevención, detección, atención y seguimiento de casos por la relación que mantiene con redes y organizaciones locales, y su capacidad de coordinación interinstitucional e intersectorial.

El centro de salud de primer nivel realizará las siguientes actividades:

- a) Promoción del buen trato y prevención de la violencia.*
- b) Brindar atención a niños, niñas y adolescentes que viven situaciones de violencia.*

Segundo y Tercer Nivel de Atención

En la capital, el Centro Hospitalario Pereira Rossell, centro pediátrico de referencia nacional, es el que atiende las situaciones de maltrato y abuso sexual dentro de la red pública.

En el interior del país, los hospitales departamentales son los que deben contar con la estructura y los recursos necesarios para atender estas situaciones.

Los centros de salud privados deben adecuar su estructura, formando equipos multidisciplinarios de prevención y atención.

Los niños, niñas y adolescentes ingresan a los centros del segundo y tercer nivel de atención por distintas vías:

1. *Servicios del primer nivel de atención (centros de salud, emergencias móviles, policlínicas).*
2. *Centros educativos (Mapa de ruta de ANEP).*
3. *Ministerio del Interior (seccional policial donde se radicó la denuncia).*
4. *Poder Judicial, por orden de internación para que el niño sea valorado por un equipo multidisciplinario de referencia de maltrato y abuso sexual infantil.*
5. *INAU (Línea Azul, hogares de internación, casamigas, otros).*
6. *Consulta directa (acompañado/a por familiares o vecinos o solo).*
7. *Médico que encuentra en la consulta*

evidencias signos y/o síntomas de maltrato o abuso.

Cuando la situación ha sido valorada en el primer nivel de atención el paciente llegará al centro de salud con una *referencia* a la que se le prestará la máxima atención, complementando ese informe con otras instancias que se estimen necesarias.

El pediatra del equipo multidisciplinario de referencia de maltrato y abuso sexual infantil evaluará las condiciones sanitarias del paciente. Si establece un diagnóstico presuntivo de maltrato infantil convocará de inmediato a los demás integrantes del equipo, trabajador social, psicólogo o psiquiatra, quienes aportarán elementos diagnósticos desde su especialidad.

La consulta a otros especialistas como ginecólogo, imagenólogo, traumatólogo y cirujano plástico, estará determinada por la situación clínica del paciente, para complementar el diagnóstico o instituir el tratamiento necesario. El médico legista será convocado cuando existan discrepancias en el relato entre el tipo de lesión y el mecanismo de producción invocado. También su opinión es importante para

*Es necesario que en cada servicio se conforme un **equipo multidisciplinario de referencia para maltrato y abuso sexual infantil**. Estará integrado al menos por un pediatra y/o médico especialista en medicina familiar y comunitaria, un licenciado/a en trabajo social, un técnico en salud mental y personal de enfermería. El equipo será referente en el tema, complementará diagnósticos y orientará acciones respecto a situaciones complejas. Además, tendrá a su cargo la capacitación del personal del centro de salud.*

evaluar el tiempo de evolución de determinadas lesiones por ejemplo hematomas, equimosis.

Si la situación ha sido denunciada en la órbita judicial, es el médico forense, convocado por el juez actuante quien realizará la pericia al paciente.

En los casos de **abuso sexual**, que requieren tomas de muestras y cuidado de las prendas del niño, los exámenes se efectuarán según lo indicado en el anexo 1.

Otro punto relevante es detectar si la víctima ha contraído, o no, VIH.

Si el agresor es identificado, se le realiza un test rápido para detectar VIH. Si no es posible su identificación, se le hace a la víctima un tratamiento preventivo antiretroviral con triple plan durante un mes. Este tratamiento corresponde a lo establecido en las **Guías para el Diagnóstico y Tratamiento del VIH en Adultos y Embarazadas¹** del Programa Prioritario ITS SIDA del Ministerio de Salud Pública y en las **Guías para la Profilaxis Post**

¹ **Guías para diagnóstico, tratamiento antiretroviral y monitorización adultos y embarazadas: infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH-SIDA)**. Dirección Programa Prioritario de ITS/SIDA. Ministerio de Salud Pública. Montevideo, MSP, 2006.

exposición Accidental al VIH² también del Programa Prioritario ITS/ SIDA del Ministerio de Salud Pública.

Asimismo, cuando es una niña en la adolescencia se debe realizar test de detección de embarazo (BetaHCG) y tomar las medidas pertinentes a la situación de la adolescente.

De acuerdo a la **Guías en Salud Sexual y Reproductiva del Programa Nacional de la Mujer y Género³** la conducta a seguir es la anticoncepción de emergencia con fórmula anticonceptiva combinada tradicional. Es un método efectivo, aunque se practique varios días después del coito. Se realiza en base a tres días de anticonceptivos combinados y Levonorgestrel⁴ durante los cinco días siguientes.

² **Guías para la profilaxis post exposición (PPE) accidental ocupacional a sangre y fluidos corporales en trabajadores de la salud**. Dirección Programa Prioritario de ITS/SIDA. Ministerio de Salud Pública.

³ **Guías en Salud Sexual y Reproductiva**. Programa Nacional de la Salud y Género. Dirección General de la Salud. Ministerio de Salud Pública, s/f.

⁴ Este método ha sido aprobado por la Organización Mundial de la Salud, la Federación Internacional de Planificación de la Familia y las agencias reguladoras de la mayoría de los países incluyendo EEUU (FDA - Administración de Alimentos y Medicamentos).

¿En qué casos se ordena el ingreso de un niño, niña o adolescente a un centro de segundo o tercer nivel de atención?

1. *Cuando las lesiones que presenta el niño determinan la necesidad de tratamiento a nivel hospitalario en una unidad de terapia intensiva.*
2. *Cuando se requiere la realización de exámenes complementarios de alta complejidad para evaluar la extensión de las lesiones.*
3. *Cuando el agresor convive con el niño o la niña y se supone un riesgo vital o social.*
4. *Cuando la familia y su entorno social no ofrecen un mínimo de contención y protección para el niño.*
5. *Cuando la complejidad de la situación requiere una evaluación más profunda.*

Una vez que el niño, la niña o el adolescente es admitido en el área de internación se continúa el tratamiento de las lesiones y se profundiza el diagnóstico preliminar por parte del equipo multidisciplinario de maltrato y abuso sexual infantil. Si el diagnóstico se confirma, se realiza

denuncia judicial, que implica elevar un informe al Juzgado de Familia Especializado o Juzgado de Paz. El paciente egresa del ámbito sanitario por resolución judicial.

En los ítems 3, 4 y 5, si el paciente no presenta lesiones que deban ser tratadas se dispone el ingreso transitorio al centro de salud como medida de protección del niño hasta que el juez resuelva. Otra alternativa es establecer contacto con INAU para definir la estrategia de intervención.

¿En qué ocasiones no se dispone el ingreso de un niño, niña o adolescente al ámbito hospitalario?

Una vez evaluada la situación clínica y social del niño se toma la decisión de no internarlo porque:

- *No corresponde el diagnóstico específico de maltrato y/o abuso sexual.*
- *El agresor no convive con el niño.*
- *Existen factores protectores en el ámbito familiar y social.*
- *Las redes comunitarias, con las que se establece contacto, permiten el seguimiento y tratamiento de la situación en forma ambulatoria.*

En estas situaciones se deberá realizar una coordinación con el equipo de primer nivel que dará seguimiento a la situación desde el ámbito comunitario.

El efector de salud que detectó la situación de maltrato o abuso sexual deberá dar seguimiento, desde el ámbito sanitario, al niño, niña o adolescente y su familia. Este seguimiento se hará en coordinación con las instituciones y organizaciones civiles que forman parte de la red del niño y con comunicación al servicio 08005050 de INAU.

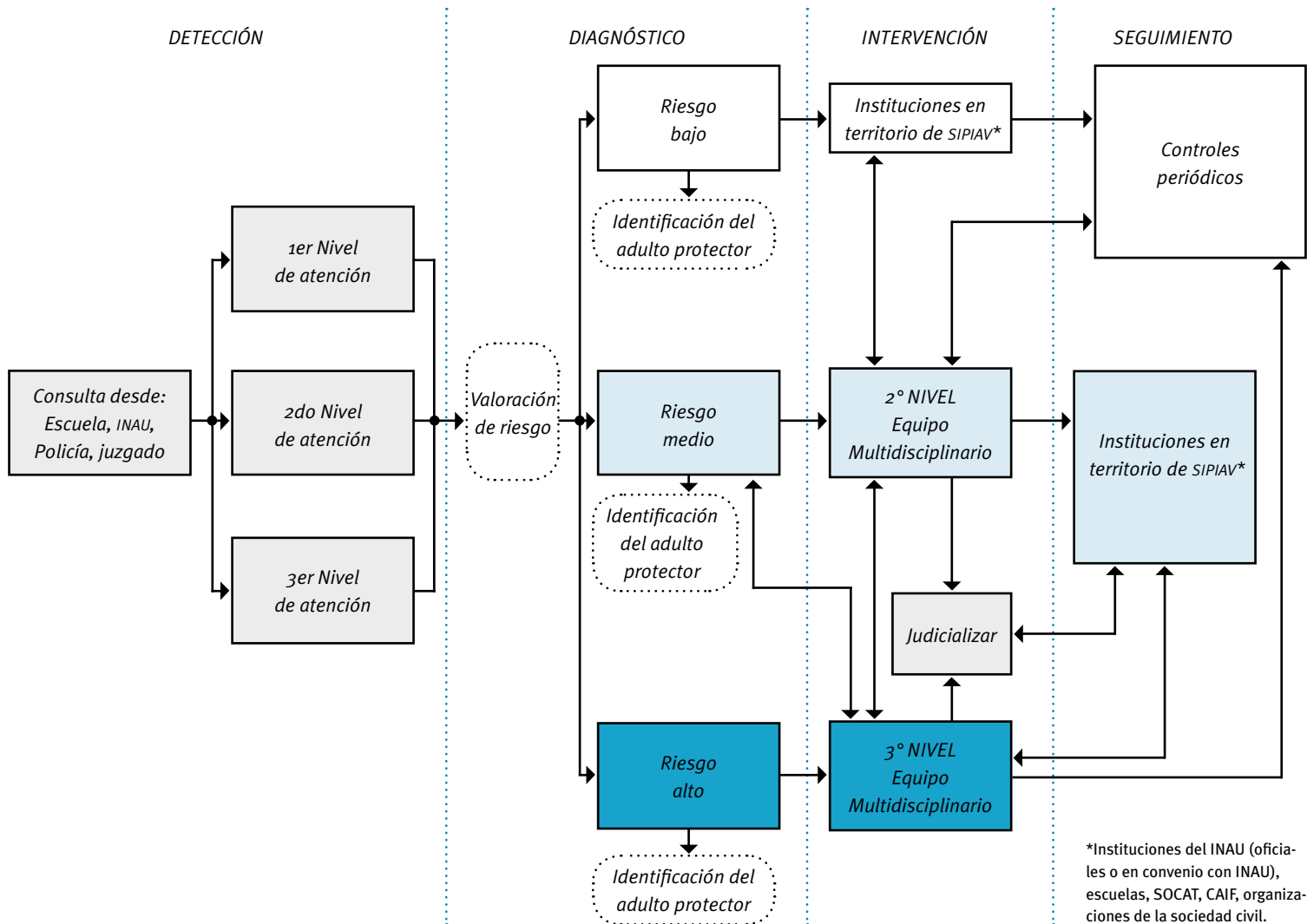
4. SEGUIMIENTO

4

SEGUIMIENTO

El trabajador o la trabajadora social del equipo de salud establecerá contacto con las redes familiares, sociales o comunitarias, transmitiendo los antecedentes y coordinando acciones tendientes a la protección y tratamiento del niño y la familia.

MAPA DEL ÁMBITO DE LA SALUD



*Instituciones del INAU (oficiales o en convenio con INAU), escuelas, SOCAT, CAIF, organizaciones de la sociedad civil.

5. BIBLIOGRAFÍA

Lecturas y Aportes

- ANEP. CONSEJO DE EDUCACIÓN PRIMARIA. *Mapa de ruta en el ámbito escolar para las situaciones de maltrato y abuso sexual que viven niños, niñas y adolescentes*, Montevideo, UNICEF, PNUD, 2007.
 - BRINGIOTTI, María Inés. *La escuela ante los niños maltratados*. Buenos Aires, Paidós, 2000.
 - BRONFENBRENNER, U. *Marco ecológico del desarrollo humano*. Buenos Aires, Paidós, 1979.
- CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA DE LA REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY. Ley N° 17 823 de 7 de setiembre de 2004, Montevideo, Fundación de Cultura Universitaria, 2004.
- CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY, Montevideo, Poder Legislativo, 2001.
- CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, Montevideo, UNICEF, 2004.
- CONVENCIÓN INTERAMERICANA PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER (Convención de Belém do Pará), Montevideo, UNICEF, 2004.
- DE LOS CAMPOS, H.; SOLARI, M.; TABAREZ, M. *Prácticas de crianza y resolución de conflictos familiares. Prevalencia de Maltrato y intrafamiliar contra niños, niñas y adolescentes*, Montevideo, Infamilia – MIDES. 2007.
 - IINTEBI, IRENE. *Abuso sexual infantil en las mejores familias*. Granica. 1998.
 - INAU. SIPIAV. *Protocolo de Intervención para situaciones de violencia hacia niños, niñas y adolescentes*, Montevideo, INAU, nov. 2007.
- Ley 16 707, Ley de Seguridad Ciudadana*, Montevideo: Poder Legislativo, 1995.
- Ley 17 514, Ley de de Prevención, Detección Temprana, Atención y Erradicación de la Violencia Doméstica*, Montevideo, Poder Legislativo, 2002.

Ley N° 17 815, Ley de Violencia Sexual Comercial o no Comercial Cometida contra Niños, Adolescentes o Incapaces, Montevideo, Poder Legislativo, 2004.

- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD. PROGRAMA NACIONAL DE LA SALUD Y GÉNERO. *Guías en Salud Sexual y Reproductiva, Montevideo, MSP, [s.f.]*
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. DIRECCIÓN PROGRAMA PRIORITARIO DE ITS/SIDA. *Guías para diagnóstico, tratamiento anti-retroviral y monitorización adultos y embarazadas: infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH-SIDA). Montevideo, MSP, 2006.*
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. DIRECCIÓN PROGRAMA PRIORITARIO DE ITS/SIDA. *Guías para la profilaxis post exposición (PPE) accidental ocupacional a sangre y fluidos corporales en trabajadores de la salud, Montevideo, MSP, [s.f.].*
- ROZANSKI, CARLOS ALBERTO. *Abuso Sexual Infantil ¿denunciar o silenciar?, Buenos Aires, Ediciones B, 2003.*

- VANISTENDAEL, S. *La felicidad es posible. El despertar en niños maltratados la confianza en sí mismos: construcción de la resiliencia, Barcelona, Gedisa. 1994.*

6. ANEXOS

Anexo 1

Protocolo para toma de muestra a víctimas de agresión sexual.¹

- *Realizar las tomas con tapaboca y guantes.*
- *Se recomienda no higienizar a la víctima antes de la toma de la muestra, evitando también lavados vaginales y/o aspirados.*
- *Las muestras deben ser tomadas a la víctima mediante un hisopo seco guardado en tubo estéril, previamente rotulado (puede usarse un cotonete en caso de no contar con hisopos)*
- *Es conveniente que se realice una toma profunda rotando el hisopo para que la muestra sea homogénea en toda su superficie, numerándolos según el orden en que se toman si es que se extrae más de uno.*
- *Una vez tomada la(s) muestra(s) colocar en la heladera hasta que la Seccional actuante o dependencia que investiga el hecho las retire. En caso de no contar con una heladera pueden ser secados, protegidos de la luz y el calor hasta su envío al Laboratorio.*
- *Bajo ningún concepto debe colocarse el o los hisopos en medios de cultivo, ya que estos promueven la proliferación de bacterias que degradan a los espermatozoides.*
- *Las prendas deben ser protegidas en bolsa de papel.*

¹ “Tomado del Protocolo para toma de muestra a víctimas de agresión sexual elaborado por el Departamento de Laboratorio Biológico de la Dirección Nacional de Policía Técnica – Ministerio del Interior”.

Anexo 2

Marco normativo nacional: maltrato y abuso sexual infantil

El marco de protección de los derechos humanos de las niñas, los niños y adolescentes está conformado por todas las disposiciones constitucionales, convencionales y legales vigentes en el país.

La **Constitución de la República Oriental del Uruguay** contiene normas jurídicas que protegen el derecho a la vida, a la integridad física, al honor y a la dignidad de todos los habitantes del país.

Artículo 7: Los habitantes de la República tienen derecho a ser protegidos en el goce de su vida, honor, libertad, seguridad, trabajo y propiedad. Nadie puede ser privado de estos derechos sino conforme a las leyes que se establecieron por razones de interés general.

El Estado uruguayo ha suscrito tratados de derechos humanos del sistema universal de protección (ONU) y del sistema interamericano (OEA) que rigen en esta materia.

La **Convención sobre los Derechos del Niño** fue ratificada por Uruguay en setiembre de 1990, por ley 16 137. El país asumió entonces el compromiso de adaptar su legislación y sus instituciones para garantizar los derechos de los niños y niñas que en la Convención se enumeran.

La **Convención sobre los Derechos del Niño** establece el deber de los Estados de proteger a los niños, niñas y adolescentes contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación sexual. Asimismo, subraya la necesidad de crear medidas y programas de protección específicos a la problemática, en sintonía con el espíritu de la Convención, en orden a fomentar la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño.

Artículo 19: 1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante

legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.

2. Esas medidas de protección deberán comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial.

Artículo 34: Los Estados Partes se comprometen a proteger al niño contra todas las formas de explotación y abuso sexuales. Con este fin, los Estados Partes tomarán, en particular, todas las medidas de carácter nacional, bilateral o multilateral que sean necesarias para impedir:

- a. *La incitación o la coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal;*
- b. *La explotación del niño en la prostitución u otras prácticas sexuales ilegales;*
- c. *La explotación del niño en espectáculos o materiales pornográficos.*

Artículo 39: Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño víctima

de: cualquier forma de abandono explotación o abuso; tortura u otra forma de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; o conflictos armados. Esa recuperación y reintegración se llevarán a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño.

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará) fue ratificada por Uruguay por ley 16 735, el 13 de diciembre de 1995. La Convención reconoce el derecho de la mujer a gozar de una vida libre de violencia, e incluye en este concepto la violencia de carácter psicológico, sexual o físico.

Artículo 2: Se entenderá que violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica:

- a. *que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual;*
- b. *que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona, y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como*

en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar;

- c. que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, donde quiera que ocurra.*

Artículo 3: Toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado.

Artículo 4: Toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos. Estos derechos comprenden, entre otros:

- f. el derecho a igualdad de protección ante la ley y de la ley;*
- g. el derecho a un recurso sencillo y rápido ante los tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos.*

El Código de la Niñez y la Adolescencia, ley 17 823, entró en vigencia en Uruguay en setiembre del 2004. Define las situaciones en las cuales un niño o adolescente es víctima de maltrato o abuso sexual. Establece que la autoridad que reciba denuncia de estas situaciones deberá comunicársela de inmediato al juez competente, evitando en todo momento la revictimización del niño (artículos 130 y 131).

Artículo 130 (definición): A los efectos de este título entiéndanse por maltrato y abuso del niño o adolescente las siguientes situaciones, no necesariamente taxativas: maltrato físico, maltrato psíquico emocional, prostitución infantil, pornografía, abuso sexual y abuso psíquico o físico.

Artículo 131 (denuncia): Ante denuncia escrita o verbal por la realización de cualquiera de las conductas mencionadas en el artículo anterior, la autoridad receptora deberá comunicar el hecho de forma fehaciente e inmediatamente al Juzgado Competente. En todo caso el principio orientador será prevenir la victimización secundaria.

Asimismo, se establece un proceso judicial que debe seguirse a partir de la denuncia, en el que a la víctima se le designa abogado defensor y se toman las medidas de protección imprescindibles para eliminar la vulneración del derecho y/o impedir que la amenaza de vulneración se concrete. Una vez tomadas las medidas de protección urgentes, debe proseguirse el proceso en otra sede judicial de familia, que se asegurará del resultado de la medida de protección.

Si el juez de familia actuante recaba elementos suficientes para sospechar de una conducta delictiva, dará de inmediato aviso al juzgado penal competente (artículo 127).

Artículo 127 (responsabilidad penal): Si se configuran elementos de convicción suficientes como para atribuir responsabilidad penal a los padres, responsables o terceros, se pasarán los antecedentes al Juzgado Letrado de Primera Instancia en lo Penal o al Juzgado Letrado de Primera Instancia del Interior, que corresponda.

Por su parte, la **Ley de de Prevención, Detección Temprana, Atención y Erradicación de la Violencia Doméstica**, ley 17 514, establece una serie de medidas cautelares para la protección de las víctimas de cualquier forma de violencia doméstica, que define como:

Toda acción u omisión, directa o indirecta, que por cualquier medio menoscabe, limitando ilegítimamente, el libre ejercicio o goce de los derechos humanos de una persona, causada por otra con la cual tenga o haya tenido una relación afectiva basada en la cohabitación u originada por parentesco o unión de hecho (artículo 2).

La ley 17 514 prevé, además de las medidas cautelares, la realización de informes técnicos sobre las situaciones de violencia doméstica para que el juez los considere en las respectivas audiencias.

Tanto los juzgados penales como los especializados en violencia doméstica en Montevideo y los juzgados letrados de primera instancia en el interior del país

tienen competencia para los casos de maltrato y abuso sexual infantil.

Las consecuencias de la denuncia de una situación de maltrato o abuso afectan el entorno inmediato de la vida del niño (núcleo de convivencia familiar, rendimiento e inserción escolar, intereses, esparcimiento, autoestima, entre otros). Por ello, las denuncias de estas situaciones deben realizarse responsablemente, y disponer de una estrategia de seguimiento del caso para orientar eventuales ajustes sobre la marcha.

Los niños deben ser los primeros en estar informados de lo que está sucediendo, y su opinión tiene que tomarse en cuenta en cada uno de los pasos que se decidan.

En materia civil, la Ley de Violencia Doméstica prevé las siguientes medidas cautelares:

Artículo 10:

- 1. Disponer el retiro del agresor de la residencia común y la entrega inmediata de sus efectos personales en presencia del alguacil. Asimismo, se labrará inventario judicial de los muebles que se retiren y de los que permanezcan en el lugar, pudiéndose expedir testimonio a solicitud de partes.*
- 2. Disponer el reintegro al domicilio o la residencia de la víctima que hubiere salido de allí por razones de seguridad personal, en presencia del alguacil.*
- 3. Prohibir, restringir o limitar la presencia*

- del agresor en el domicilio o la residencia, los lugares de trabajo, de estudio u otros que la víctima frecuente.*
4. *Prohibir al agresor comunicarse, relacionarse, entrevistarse o desarrollar cualquier conducta similar en relación con la víctima, las demás personas afectadas, los testigos o denunciantes del hecho.*
 5. *Incautar las armas que el agresor tuviere en su poder, las que permanecerán en custodia de la sede, en la forma en que ésta lo estime pertinente. Prohibir al agresor la posesión y el uso de armas de fuego, y oficiar a la autoridad competente a tales efectos.*
 6. *Fijar una obligación alimentaria provisional a favor de la víctima.*
 7. *Disponer la asistencia obligatoria del agresor a programas de rehabilitación.*
 8. *Si corresponde, resolver provisoriamente todo lo relativo a las pensiones alimenticias y, en su caso, a la guarda, la tenencia y las visitas.*

El Código de la Niñez y la Adolescencia del Uruguay dispone de las siguientes medidas de protección:

Artículo 14 (principio general): El Estado protegerá los derechos de los niños y adolescentes sujetos a su jurisdicción, independientemente del origen étnico, nacional o social, el sexo, el idioma,

la religión, la opinión política o de otra índole, la posición económica, los impedimentos psíquicos o físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño o de sus representantes legales.

Artículo 15 (protección especial): El Estado tiene la obligación de proteger especialmente a los niños y adolescentes respecto a toda forma de:

- a. *abandono, abuso sexual o explotación de la prostitución;*
- b. *trato discriminatorio, hostigamiento, segregación o exclusión en los lugares de estudio, esparcimiento o trabajo;*
- c. *explotación económica o cualquier trabajo nocivo para su salud, educación o para su desarrollo físico, espiritual o moral;*
- d. *tratos crueles, inhumanos o degradantes;*
- e. *estímulo al consumo de tabaco, alcohol, inhalantes y otras drogas;*
- f. *situaciones que pongan en riesgo su vida o inciten a la violencia, como el uso y el comercio de armas;*
- g. *situaciones que pongan en peligro su seguridad, como detenciones y traslados ilegítimos;*
- h. *situaciones que pongan en peligro su identidad, como adopciones ilegítimas y ventas;*
- i. *incumplimiento de los progenitores o responsables de alimentarlos, cuidar su salud y velar por su educación.*

Además, el artículo 119 establece un elenco de medidas de protección que el juez actuante podrá tomar. Éstas deben interpretarse a la luz del cambio de paradigma que significa la Convención sobre los Derechos del Niño, especialmente en cuanto a aquellas medidas que tienden a responsabilizar exclusivamente a la familia cuando ésta no puede cumplir con su obligación principal, que es la de cuidar y proteger a sus hijos. El Estado debe asegurar a la familia los mínimos recursos y apoyos necesarios para que esté en condiciones de hacerse responsable.

Artículo 119 (medidas para los padres y responsables):

- a. *Llamada de atención para corregir o evitar la amenaza o la violación de los derechos de los hijos a su cuidado, y exigir el cumplimiento de las obligaciones que les corresponden en la protección de los derechos del niño.*
- b. *Orientación, apoyo y seguimiento temporario sociofamiliar prestado por programas públicos y privados reconocidos.*
- c. *Obligación de inscribir al niño o adolescente en un centro de enseñanza o programas educativos o de capacitación y observar su asistencia o aprendizaje.*
- d. *Derivación a un programa público o privado de protección a la familia.*

Artículo 120 (medidas ambulatorias para niños y adolescentes):

- a. *Que el INAU otorgue protección a sus derechos a través del sistema de atención integral diurno. Al mismo servicio podrá recurrirse en los institutos privados especializados que así lo acepten.*
- b. *Solicitud de tratamiento ambulatorio médico, psicológico o psiquiátrico a instituciones públicas o privadas. El INAU podrá solicitar o aplicar directamente estas medidas cuando su intervención haya sido requerida por el niño, sus padres o responsables o terceros interesados.*

Artículo 121 (medidas en régimen de internación sin conformidad del niño o adolescente):

El juez solamente podrá ordenar la internación compulsiva en los siguientes casos:

- a. *Niño o adolescente con patología psiquiátrica.*
- b. *Niño o adolescente que curse episodios agudos vinculados al consumo de drogas.*
- c. *Niño o adolescente necesitado de urgente tratamiento médico destinado a protegerlo de grave riesgo para su vida o su salud.*

En todos los casos se requiere prescripción médica. El plazo máximo de la internación será de treinta días, prorrogables por períodos de igual duración por indicación médica, hasta el alta de internación.

Deben priorizarse las medidas de protección que mantengan a la víctima en el seno familiar y comunitario, con la asistencia de programas públicos y/o privados de orientación, asesoramiento y apoyo específicos adecuados al tipo de vulneración o amenaza. Se tomará en cuenta el derecho al disfrute de sus padres y de su familia, y a no ser separado de ella por razones económicas, y cuando esa separación deba producirse, por circunstancias especiales, se respetará el derecho a mantener los vínculos afectivos y el contacto directo con la familia. Las alternativas familiares serán la regla, y la institucionalización, el último recurso y con carácter provisorio.

Maltrato y abuso sexual infantil

En el año 2007 se aprobó la ley 18 214, que prohíbe el castigo físico y humillante hacia los niños por parte de sus padres o cuidadores. Esta ley además de prohibir el castigo físico o tipo de trato humillante como forma de corrección o disciplina de niños, niñas y adolescentes; exhorta al Estado a “ejecutar programas de sensibilización y educación dirigidos a padres, responsables, así como a toda persona encargada del cuidado, tratamiento, educación o vigilancia de las personas menores de edad; y a promover formas positivas, participativas, no violentas de disciplina que sean alternativas al castigo físico y otras formas de trato humillante.”

La ley 16 707, conocida como **de Seguridad Ciudadana**, fue incorporada al Código Penal en 1996, creando el delito de violencia doméstica:

*Artículo 18, 321 bis (violencia doméstica):
El que, por medio de violencias o amenazas prolongadas en el tiempo, causare una o varias lesiones personales a persona con la cual tenga o haya tenido una relación afectiva o de parentesco, con independencia de la existencia del vínculo legal, será castigado con una pena de seis a veinticuatro meses de prisión.*

*La pena será incrementada de un tercio a la mitad cuando la víctima fuere una mujer o mediaren las mismas circunstancias y condiciones establecidas en el inciso anterior.
El mismo agravante se aplicará si la víctima fuere un menor de dieciséis años o una persona que, por su edad u otras circunstancias, tuviera su capacidad física o psíquica disminuida y que tenga con el agente relación de parentesco o cohabite con él.*

Esta ley redefine, además, el delito de violación, estableciendo la presunción de la violencia sobre personas menores de quince años de edad. Sin embargo, esta presunción es relativa —es decir, admite prueba en contrario— en la franja etaria de doce a quince.

Por su parte, el **Código Penal** tipifica delitos vinculables a la libertad sexual de las personas, como atentado violento al

pudor, incesto, corrupción y estupro, entre otros. Ninguno de ellos es específico a abuso sexual infantil.

Artículo 273 (atentado violento al pudor): Comete atentado violento al pudor, el que, por los medios establecidos en el artículo anterior, o aprovechándose de las circunstancias enunciadas, realiza sobre persona de diferente sexo, actos obscenos diversos de la conjunción carnal, u obtuviera que ésta realizare dichos actos sobre sí mismo o sobre la persona culpable o de un tercero. Este delito se castiga con la pena de seis meses de prisión a seis años de penitenciaría. Si el sujeto pasivo del delito fuese un menor de doce años, la pena será de dos a seis años de penitenciaría.

Artículo 274 (corrupción): Comete corrupción, el que, para servir su propia lascivia, con actos libidinosos, corrompiere a persona mayor de doce años y menor de dieciocho. Este delito se castiga con pena que puede oscilar entre seis meses de prisión y tres años de penitenciaría. Comete delito de proxenetismo y se halla sujeto a las penas respectivas el que ejecutare alguno de los hechos previstos por la Ley Especial de 27 de mayo de 1927.

Artículo 275 (estupro): Comete estupro el que, mediante promesa de matrimonio, efectuare la conjunción

con una persona doncella menor de veinte años y mayor de quince. Comete estupro igualmente el que, mediante simulación de matrimonio, efectuare dichos actos con mujer doncella mayor de veinte años. El estupro se castiga con pena que puede oscilar desde seis meses de prisión a tres años de penitenciaría.

Artículo 276 (incesto): Cometen incesto los que con escándalo público mantienen relaciones sexuales con los ascendientes legítimos y los padres naturales reconocidos o declarados tales, con los descendientes legítimos y los hijos naturales reconocidos o declarados tales, y con los hermanos legítimos. Este delito será castigado con seis meses de prisión a cinco años de penitenciaría.

Artículo 277 (ultraje público al pudor): Comete ultraje al pudor el que, en lugar público o expuesto al público, ejecutare actos obscenos o pronunciare discursos de análogo carácter. Este delito será castigado con tres meses de prisión a tres años de penitenciaría.

Asimismo, el Código Penal define una serie de delitos de lesiones contra las personas, que tipifica como graves y gravísimas. Establece también las penas para cada tipo.

En el mes de setiembre del año 2004 se aprobó la ley 17 815, **sobre Violencia**

Sexual comercial o no comercial cometida contra niños, adolescentes o personas incapaces. En ella se tipifican los delitos de pornografía, prostitución y tráfico, con especial énfasis en el cliente de la prostitución y en la producción de este tipo de materiales.

