

La tolerancia: ¿otra cara del control social penal? El abordaje del Maltrato Infantil desde la perspectiva médica*

Silvia Guemureman

Instituto de Investigaciones "Gino Germani", Fac. de Ciencias Sociales-UBA.

I. Generalidades

Es el objetivo de este "avance de investigación" hacer una descripción de los modos en que el maltrato infantil es abordado por profesionales del ámbito de salud con inserción en instituciones hospitalarias (públicas y privadas) de la Capital Federal. Tal abordaje, reconoce entre sus dimensiones, la desagregación de los motivos que conducen a una consulta por Maltrato Infantil, las formas que asumen demandas de atención "ajenas" a la práctica de un maltrato explicitado, a cuyo develamiento el profesional médico contribuirá o no a realizar, las respuestas adoptadas en unos y otros casos, y la pertinencia de los recursos existentes (legales, institucionales, sociales, humanos) para afrontar la problemática.

En el diseño del Proyecto de investigación en el cual se inscribe este trabajo, habíamos elaborado las siguientes hipótesis:

* El primer avance de este relevo, fue presentado en forma de ponencia en las Segundas Jornadas de la Carrera de Sociología, "1976-1996: Veinte años después" realizadas entre el 11 y el 13 de noviembre de 1996 en Buenos Aires. Taller sobre *Control Social y Nuevas Prácticas de exclusión. Encierro y Cooptación*. Ponencia: "Castigos y tolerancias: el maltrato hacia los niños".

- El maltrato infantil, en todas sus formas, no es un fenómeno excepcional localizado en determinados sectores sociales, sino que se encuentra distribuido en todos los sectores sociales.

- El tratamiento que recibe el maltrato infantil en tanto ilegalismo, expresa y refleja una gestión diferencial de los ilegalismos.

- La "gestión diferencial" de este ilegalismo se traduciría en una reacción social selectiva.

- La tolerancia, la complicidad y el encubrimiento, y la represión del maltrato infantil como polos de la política penal del no-castigo y no denuncia, y castigo-denuncia respectivamente, expresan las diferentes modalidades que asume la solución a la contradicción entre supuestos explícitos e implícitos de la sociedad respecto a la crianza de los hijos.

- La reacción social selectiva se traduciría en la sanción y condena de la escala más baja social y en la tolerancia y encubrimiento en la escala más alta.

- Esta correspondencia guarda estrecha correlación con las "agencias públicas" (hospitales, escuelas públicas) que atienden a sectores sociales más bajos, y las agencias privadas (sistemas de medicina prepaga, colegios privados) cuya clientela está constituida por los sectores medios/altos.

- En tanto las agencias públicas actuarían como instancias develadoras de conductas privadas, las agencias privadas actuarían como instancias encubridoras.

- La complicidad como modalidad de reacción ante el fenómeno del maltrato infantil está generalizada en to-

dos los sectores sociales.¹

En esta presentación, nos limitaremos a relatar los resultados circunscriptos a las agencias de salud. Tal presentación nos permitirá esbozar algunas reflexiones en la dirección de la comprobación de las hipótesis propuestas.

Vale recordar que para el abordaje de los objetivos tendientes a elucidar las diferentes modalidades de abordaje, preveíamos en el diseño del proyecto de investigación, la siguiente secuencia, que fue cumplida:

Recorrimos las instituciones hospitalarias oficiales de Capital Federal (esto es Hospitales Nacionales y Municipales) a fin de documentar la existencia o no de *Servicios Especiales para atención de casos de maltrato*. Entre aquellas instituciones que sí lo poseían, seleccionamos tres priorizando para su elección las instituciones pediátricas.

La estrategia metodológica para este objetivo fue la consulta de los registros que llevaba la institución. Este registro estuvo constituido por las fichas de los casos que ingresan, en donde, entre otros datos figuraba información acerca de quienes eran detectados como "maltratadores" (relación de parentesco, datos biográficos y sociodemográficos, etc.) y por las historias clínicas de los niños víctimas de abusos.

Entre aquellas instituciones carentes de Servicios Especiales, preguntamos en los Servicios de Pediatría, Traumatolo-

1. Hipótesis planteadas en el Proyecto de Investigación: "La tolerancia: ¿otra cara del control social-penal? Los adultos y el maltrato infantil", Silvia Guemureman, UBACyT, 1994-1997.

gía y Psicopatología, cuando no en la oficina del Servicio Social, cuál era la modalidad de respuesta ante la detección de casos de maltrato: denuncia con derivación; denuncia sin derivación; no denuncia; prestación médica puntual; prestación médica con seguimiento; derivación al Servicio de Psicopatología de los niños maltratados; derivación de sus padres o presuntos autores del maltrato; derivación de ambas partes (“víctimas” y “victimarios”); etc.

La estrategia fue primero el abordaje de la institución a través de “informantes claves” para conocer la lógica institucional de respuesta, es decir, el conocimiento de los mecanismos institucionales que se ponían en marcha cuando se detectaba un caso de maltrato.²

El paso siguiente, para bajar de la institución a sus prestadores, y por lo tanto aquellos que personifican la institución con su práctica, escogimos prestadores médicos -pediatras, traumatólogos, ginecólogos infanto-juveniles y psicólogos/psiquiatras infantiles- de todas las instituciones clínicas donde pudimos acceder (públicas y privadas) con radio de acción en la Capital Federal, a quienes se les suministró un cuestionario que interrogaba sobre aspectos básicos del abordaje del fenómeno del Maltrato Infantil. Con el instrumento *encuesta*, el objetivo fue la *captación de la mayor información* posible acerca de modalidades y expresiones en que

el fenómeno del maltrato se manifiesta. Finalmente nos propusimos la realización de entrevistas semi-estructuradas con guía de pautas a los profesionales/funcionarios/de las instituciones elegidas. Las entrevistas estuvieron orientadas a la profundización de las dimensiones relevantes para nosotros, como por ejemplo el atravesamiento público-privado en la vida de un mismo profesional. En efecto, muchas veces un mismo profesional tiene doble inserción (pública y privada) y nos puede documentar acerca de la modalidad de reacción y/o tratamiento utilizada en cada caso. Asimismo, concedimos vital importancia a las entrevistas con Psicólogos que atendían en forma privada, porque esto tenía al menos dos implicancias relevantes para nosotros: recorte de la población usuaria del servicio (clase media/media alta/alta) y espacio de “confesión” donde el amparo del “secreto profesional” habilita al descubrimiento de la “transgresión”. En el devenir del proceso, también conferimos gran importancia a las entrevistas en profundidad a los ginecólogos infanto-juveniles, ya que al ser ésta una especialidad de derivación, es decir, mediada por una intervención médica preliminar, en el cuestionario suministrado -de carácter genérico- las respuestas aparecían filtradas. Por otra parte, la misma especificidad de la especialidad, hacía que ningún profesional pudiera alegar ignorancia sobre el fenómeno: la mera llegada de un caso para la atención de un ginecólogo infanto-juvenil, despierta sospechas de abuso sexual. De allí, que el tratamiento de este subuniverso poblacional, no en lo cuantitativo, pero sí en lo cualitativo, tuvo que ser abordado en forma diferente.

2. Hasta aquí, los resultados fueron presentados en el Informe de Avance N° 2, abril 1996.

II. Resultados obtenidos

Cabe entonces, comenzar con la descripción de los resultados obtenidos.

A la fecha del primer procesamiento de datos, llevábamos recibidos 60 cuestionarios,³ relevados en 7 hospitales públicos -dos de ellos pediátricos- y un hospital privado de Capital Federal, a un promedio de 7,5 cuestionarios por institución. Al reunir varios cuestionarios de las mismas sedes, intentamos buscar connotaciones institucionales impresas dentro de las respuestas, esto es, buscamos cierto control a la enorme casuística que puede deparar la devolución institucional. Más adelante, al analizar las respuestas, nos detendremos en este tema.

Del universo de 60 prestadores que respondieron la encuesta, nos cabe decir que 35 (58,3%) eran mujeres, en tanto, 25 eran varones (41,7%).

Respecto a las especialidades, la mayoría de los profesionales entrevistados son pediatras (68%), algunos con una segunda especialidad agregada como neonatología o medicina legal. La prioridad por los pediatras no fue arbitraria, estuvo anclada en que son la especialidad filtro: teóricamente, los niños pasan en primera instancia por un pediatra, o sea por un médico de carácter general especializado en infancia, quien sólo a posteriori de la revisión-prestación médica, evalúa la necesidad de una derivación más espe-

cífica. Los profesionales del resto de las especialidades seleccionadas no ven a todos los chicos, sino a algunos con malestares o problemáticas afines a las mismas, de allí que estén subrepresentados en la muestra. De los traumatólogos infantiles, sólo se recuperaron 4 cuestionarios, así como de ginecólogos infanto-juveniles, que en esa proporción aparecen en la muestra (6,7 para cada caso). Los psicólogos junto con los psiquiatras especializados en infancia, concentraron un 15% de la muestra. El resto lo constituyen médicos generales con orientación familiar.

Respecto a la antigüedad en el ejercicio de la profesión, el rango varía entre 1 y 34 años de ejercicio, siendo el promedio de ejercicio profesional, 16 años. Esta amplitud nos da la pauta de que en nuestra muestra, coexisten profesionales de diferentes generaciones, diferentes formaciones y disímiles experiencias. Esta heterogeneidad va a añadir riqueza a las respuestas.

Hubo criterios repartidos acerca de la existencia de capacitación profesional para la detección de casos de maltrato infantil que llegan encubiertos. Si bien la mayoría se inclinó por la respuesta afirmativa (54,4), no deja de llamar la atención el alto porcentaje que se pronunció por la negativa (45,6% restante). Una distribución de las respuestas, cruzada con los años de ejercicio en la profesión, arroja que:

3. En el transcurso de los meses posteriores, nos fueron devueltos algunos más, pero por lo escaso del número (cuatro), nos pareció trivial volver a abrir la base de datos. La recolección de 60 se hizo sobre un suministro de 100 cuestionarios.

Cuadro N° 2.1: Elaboración propia en base a relevo en agencias de salud sobre MI

Años de ejercicio	Capacitación = sí	Capacitación = no
Hasta 5 años	3	7
De 6 a 10	3	3
De 11 a 15	7	4
De 16 a 20	8	5
De 21 a 25	2	5
De 26 a 30	5	2
+ de 30 años	4	-
Total	32	26

Casos perdidos: 2 (ns/nc).

Es la generación más joven la que reniega más acerca de la capacitación

profesional. Esto no deja de resultar significativo ya que la relevancia que ha adquirido la problemática del Maltrato Infantil, ha sensibilizado a la sociedad sobre este tema, y según la información proporcionada en las entrevistas en profundidad a los responsables de Servicios especiales, dicha sensibilización se hallaba traducida en un énfasis puesto en la formación profesional de quienes se iniciaban en la práctica pediátrica. Los resultados, no parecerían corroborarlo. Recién en los intervalos tercero y cuarto (de 11 a 15 años y de 16 a 20 respectivamente), las respuestas se inclinan decididamente por la afirmativa (15 a 9), y la tendencia se confunde en los dos intervalos siguientes. Los más veteranos opinan unánimemente que sí existe capacitación, no sabiendo si atribuir

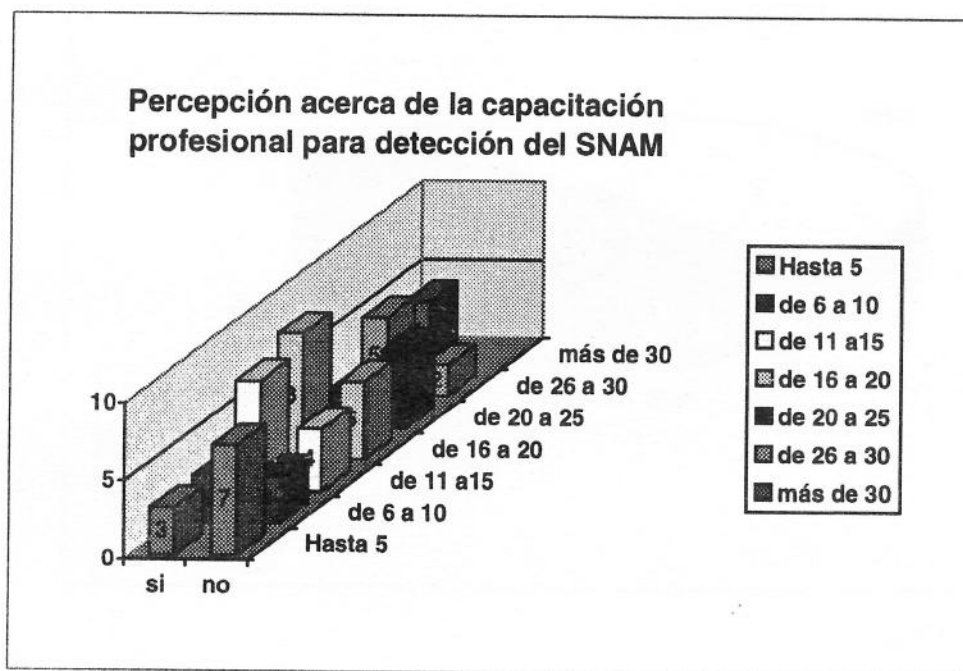


Gráfico N° 1

la respuesta a la formación de su generación o a la experiencia acumulada. El sexo en esta distribución, no marca diferencias significativas, como con respecto a las profesiones. Si bien las mujeres nominalmente son más, conservan la misma proporción que los hombres dentro de su subuniverso respecto a la capacitación, y replican por ende la distribución general (54% a 45%).

La pertenencia institucional de los prestadores entrevistados, fue clasificada según estuvieran insertos en el ámbito público en forma exclusiva, en el ámbito privado de igual modo, o simultáneamente en ambos ámbitos. Así, obtuvimos la siguiente distribución:

Cuadro N° 2.2: Elaboración propia en base a relevé en agencias de salud sobre MI

Pertenencia	N=	%
Ambito Público	20	33,3
Ambito Privado	9	15
Mixto	31	51,7
Total	60	100

Nuestra suposición acerca de la doble inserción de los profesionales, se vio confirmada plenamente, si bien queda

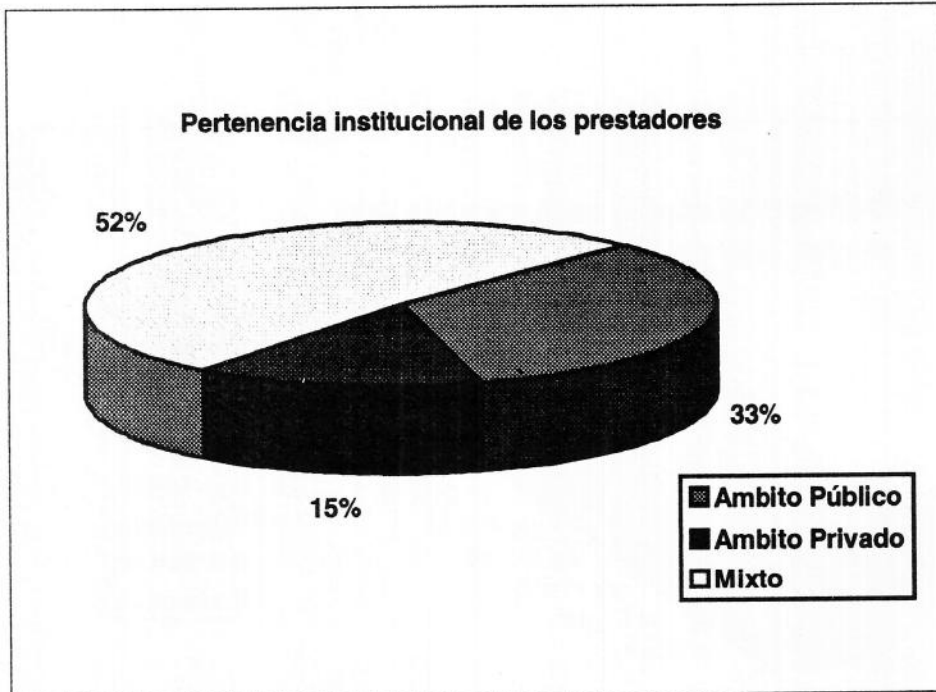


Gráfico N° 2

por elucidar si este atravesamiento incide en las formas de abordaje.

Es de resaltar la gran proporción de profesionales insertos sólo en el ámbito público, y cabe agregar que en general, esta pertenencia exclusiva se corresponde con la mayor cantidad de años de ejercicio en la profesión: son los que se conocen como la “tradicción de médicos de hospital público”.

Siguiendo con el orden del cuestionario, en la pregunta 1, “¿En su carácter de prestador ha recibido la demanda de atención de casos explicitados como de MI?”, la respuesta se desdobra en dos: en su carácter de *prestador público*, por un lado, y en su carácter de *prestador privado*, por otro. Ambas preguntas re-

conocen los mismos valores como respuesta: afirmativo, negativo, y no corresponde (según la exclusividad de la pertenencia).

Antes de pasar a los resultados, nótese que en esta pregunta se interroga acerca de los casos explicitados como de maltrato infantil, es decir, aquellos que ya le llegan al prestador bajo alguna modalidad característica. Esto marca una diferencia con una pregunta posterior, en que se los interroga acerca de casos que llegaran *encubiertos*, es decir, donde tienen que poner a prueba su capacitación/sensibilidad profesional para “descubrirlos”. Vale de todos modos componer un cuadro con ambas preguntas. Veamos:

Cuadro N° 2.3: Elaboración propia en base a relevo en agencias de salud sobre MI

Casos	Demanda sí	Pública no	ns/nc	T.D.PU	Demanda sí	Privada no	ns/nc	T.D.PR
Explicitados	46	5	9	60	19	21	20	60
Encubiertos	48	2	10	60	26	14	20	40

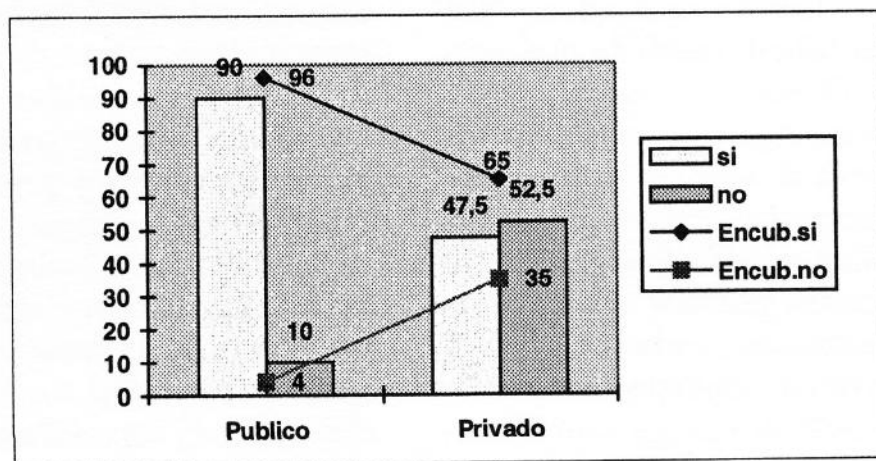


Gráfico N° 3

Demanda de atención en casos explicitados de MI, según el carácter que revestía el prestador.

Gráfico Secundario: Demanda de atención en casos encubiertos, según idéntica desagregación:

Se puede visualizar, que oficiando como prestadores públicos, de un universo potencial de 51 prestadores, 46 atendieron casos explicitados como de maltrato infantil, o sea que un 90% (eliminando los casos perdidos) de los prestadores no puede alegar ignorancia del fenómeno. Sin embargo, en carácter de prestadores privados, se reparten en forma casi similar (47,5% a 52,5%) los que han recibido casos de MI y los que no han enfrentado esa circunstancia. La pregunta era desde el vamos, explorar si al ámbito privado no llegan esos casos. Pareciera que al menos, no llegaran explicitados; sin embargo, parece que tampoco llegaron encubiertos, a juzgar por el 35% de los prestadores que nunca los han recibido, contrastado con el ínfimo 4% que no ha recibido casos ejerciendo en ámbitos públicos. Es cierto que 61% de los prestadores admite haber recibido casos encubiertos de maltrato infantil, no obstante, pareciera poco significativo a lado del contundente 96% que reconoce haberlos recibido en el espacio público. Desde ya que todavía no podemos apresurar hipótesis, aunque nos vemos más cerca de avanzar en la suposición que esbozamos acerca de que las instancias públicas tienden develar, en tanto que las instancias privadas tienden a encubrir. Las respuestas tendientes a la profundización de este supuesto, fueron relevadas en ocasión de la realización de entrevistas semi-estructuradas en profundidad a los profesionales, en las cua-

les manifestaron una conducta recurrente en el ámbito privado: dejar pasar, y recurrir sólo a la prestación médica, en parte por la falta de recursos y también por la falta de cobertura e infraestructura que siente el profesional en la privacidad y aislamiento de un consultorio. Cuando de lo que se trata es de Clínicas o Sanatorios u Hospitales Privados, la respuesta va a depender de la infraestructura de la Institución de referencia, de allí que deviniera pertinente la pregunta 11, acerca de si "Cree que la institución a la que está adscripto ofrece instrumentos para dar respuesta a estos casos", rematada con un pedido de explicitación de la respuesta. En esta pregunta tuvimos una respuesta afirmativa del 75%, o sea que 3 de 4 profesionales anclados en su institución de referencia, creen que efectivamente poseen recursos para hacer frente a la problemática. La desagregación de las respuestas positivas, será un indicador muy interesante para ver la disímil modalidad de apropiación de la institución por parte de los prestadores de los recursos institucionales.

Debe remarcarse que los profesionales contestaron de acuerdo a su pertenencia institucional, donde los recursos o instrumentos en su carácter de prestadores privados quedaron desdibujados. En las entrevistas, se retomó la pregunta y es notable destacar que los profesionales de la Salud Mental (fueran psicólogos o psiquiatras) manifestaron casi unánimemente que su toma de posición se expresaba en derivar a los mayores (autores o cercanos al episodio de maltrato) a un Servicio de Atención Público y Especializado. Las respuestas más radicales, expresaban que no transgredían su ética profesional al rom-

per el "secreto profesional", siendo que la misma situación de un menor en riesgo, - y en virtud de la Ley de Protección contra la Violencia Familiar- los relevaba de dicho secreto.

Para los profesionales que efectivamente habían detectado en el devenir de su trabajo casos de Maltrato Infantil, el cuestionario, seguía de la siguiente manera:

Pregunta 2: "¿Quién solicita la atención?", hemos elaborado un código, tratando de asignar un valor a cada respuesta simple o combinatoria; así, estas fueron las posibilidades con sus combinaciones: 1) el autor, 2) su cónyuge;⁴ 3) la víctima; 4) otro familiar (tía/o, abuelo/a, hermana/o); 5) Otros-Servicio Social; 6) Otros-Pediatría; 7) Ser-

4. Hemos detectado que generalmente, este valor asimila la figura de "la madre".

vicios de guardia-otros servicios; 8) Otros-Maestra-Escuela; 9) los padres; 10) vecinos; 11) policía.

Dado que los prestadores contestaban teniendo presente en su representación los casos de maltrato en que habían intervenido, las respuestas rara vez reconocían una sola opción. La existencia de respuestas múltiples era inherente a la pregunta. De modo tal que para la contabilización, individualizamos los actores aparecidos, dando como resultado la elevación de las respuestas por encima del universo.

En esta pregunta, nuestro universo potencial estaba constituido por 52 prestadores (los otros 8 se habían autoexcluido al no haber atendido ninguno de maltrato explícito), sin embargo arribamos a 100 respuestas debido a respuestas múltiples, a razón de casi dos respuestas por prestador. Así:

Cuadro N° 2.4: Elaboración propia en base a relevo en agencias de salud sobre MI

Denunciante	Resp única.	Resp. Combinada	Total
autor	2	6	8
cónyuge	11	21	32
víctima	1	16	17
otro familiar	5	19	24
Serv. Social	1	2	3
Pediatría	1	2	3
Otros Serv.-guardia	1	4	5
Maestros-Escuela		3	3
Vecinos		2	2
padres	1		1
policía		2	2
Total	23	77	100

La figura de autor, remite a la persona que efectivamente cometió el acto en perjuicio del menor, las más de las veces, se corporiza en la madre o el padre. La figura del cónyuge es asimilable a la de la madre, pero una madre no autora, sino portavoz de la denuncia, y por ende, rompiendo la complicidad con el hecho de maltrato. El 32% de los casos, llegan por parte de la madre (puede ser más alto, discriminando entre los autores a la madre), seguido de un 24% en que el niño llega de la mano de otro familiar, que puede ser abuela/o, tía/o o hermana/o entre los más usuales. La propia víctima cumple un papel destacado en la denuncia de los casos de maltrato, y también los otros servicios hospitalarios (servicio social, guardias, pediatras) que sumado reúnen el 11%. Este filtro es especialmente importante ya que las derivaciones específicas necesitan de una atención y detección preliminar. La escuela, si bien es señalada como institución develadora de la problemática, aparece muy subrepresentada en la muestra.⁵

La pregunta 3 apuntaba a conocer “¿En qué términos se realizan las consultas?”. Otorgamos cuatro opciones precodificadas, y una opción abierta, que terminó desdoblándose en nueve opciones diferentes, que al igual que en la pregunta anterior, aparecieron mezcladas en las más disímiles combinatorias. Una distribución de frecuencias nos informa que:

5. Una probabilidad sería la de suponer que el prestador no necesariamente tiene que enterarse de la vía de llegada. Al médico muchas veces la derivación le llega del Serv. Social, es decir es una derivación intrahospitalaria en la cual desaparece la escuela o la policía como mediadora de la demanda de atención.

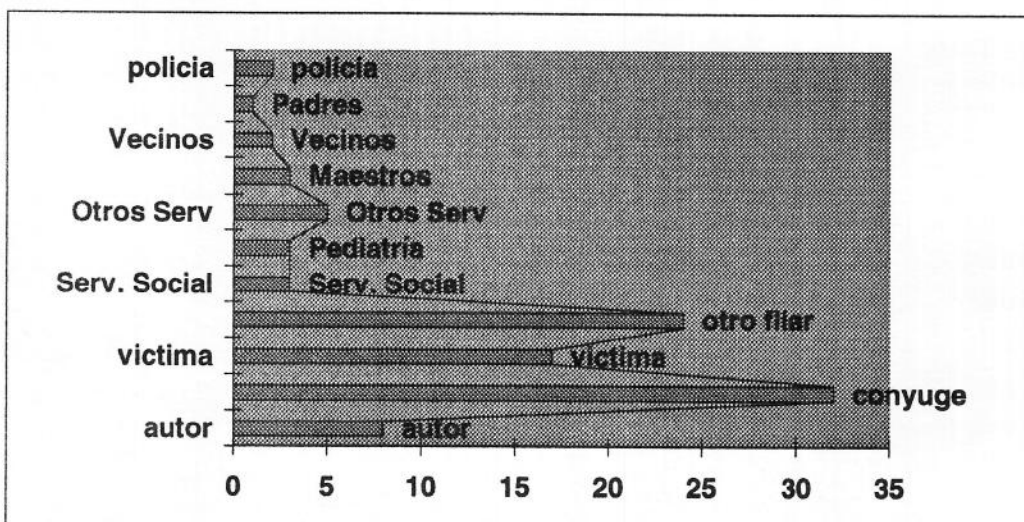
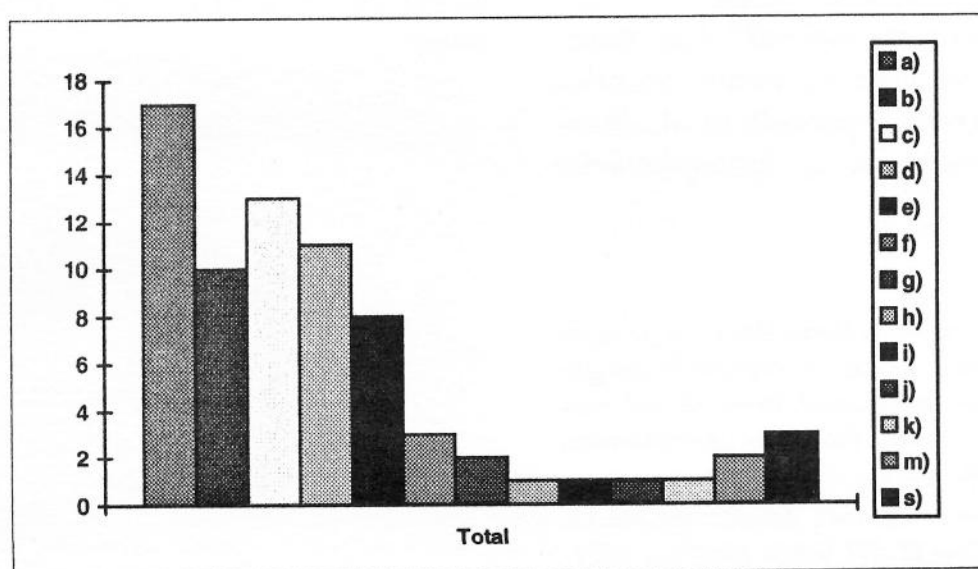


Gráfico N° 4

Cuadro N° 2.5: Elaboración propia en base a relevo en agencias de salud sobre MI

Consulta	Resp. Unica	Resp. Comb.	Total
a) como MI	11	6	17
b) como exceso	4	6	10
c) como paliza	7	6	13
d) como ataque de nervios	4	7	11
e) otras formas-accidente-causas accidentales	4	4	8
f) otras formas-síntomas indirectos (fracturas, dolores abdominales)-sit. clínicas poco definidas	2	1	3
g) lesiones inexplicables	1	1	2
h) trastornos de conducta	-	1	1
i) sospecha médica	-	1	1
j) enuresis-encopresis	-	1	1
k) descuido-abandono	-	1	1
m) abuso sexual	2	-	2
s) otras formas sin especificar	1	2	3
Total	36	37	73

*Gráfico N° 5*

Las formas que asumieron los casos perdidos fueron:

y) no corresponde respuesta por ser especialidad de derivación

z) no corresponde respuesta por no haber detectado casos de MI

Total de casos perdidos: 8.

Siguiendo este cuadro, parecería que la consulta médica obedeciendo explícitamente a la causa de un maltrato,⁶ es el tipo modal de consulta por parte de los denunciantes. Las opciones b), c) y d) también aluden a modalidades de maltrato infantil pero nombradas en forma más elíptica: todas llevaban tras de sí un atenuante: "me/se salí/salió de las casillas"; "se me/le fue la mano", "el hermano le pegó". Estas 4 opciones concentran el 70% de las respuestas, que se elevaría a 74% si incorporamos las otras dos modalidades de maltrato reconocida en cualquier definición: abuso sexual, y descuido-abandono, asimilable a la categoría de "negligencia".⁷ Nos sorprende la baja presencia de las respuestas que hacen referencia a este tipo de maltrato, y lo atribuimos no a su inexistencia, sino a su inobservabilidad en tanto "maltrato infantil". Las representaciones sociales no tienen asimilada la negligencia, expresada en el abandono, la desnutrición, el incumplimiento

de un cronograma de vacunación, o el mero descuido como maltrato infantil. Esta dimensión evidentemente hay que construirla.

Las "causas accidentales, o accidentes" ("se cayó de la escalera", "cayó de la cuna", "se quemó"), nos hacen pensar más en un maltrato que no llega explícito sino encubierto y que la connotación de "maltrato infantil" se la confiere el prestador que interviene. El caso más nítido de esto, es la "sospecha médica". Igual ocurre con las lesiones inexplicables, o los síntomas indirectos, donde primero, hay una objetivación y alienación del hecho por parte del autor o de la persona que lleva al niño a la consulta, y luego una reconversión: accidente, fractura, enuresis o encopresis y trastorno de conducta.

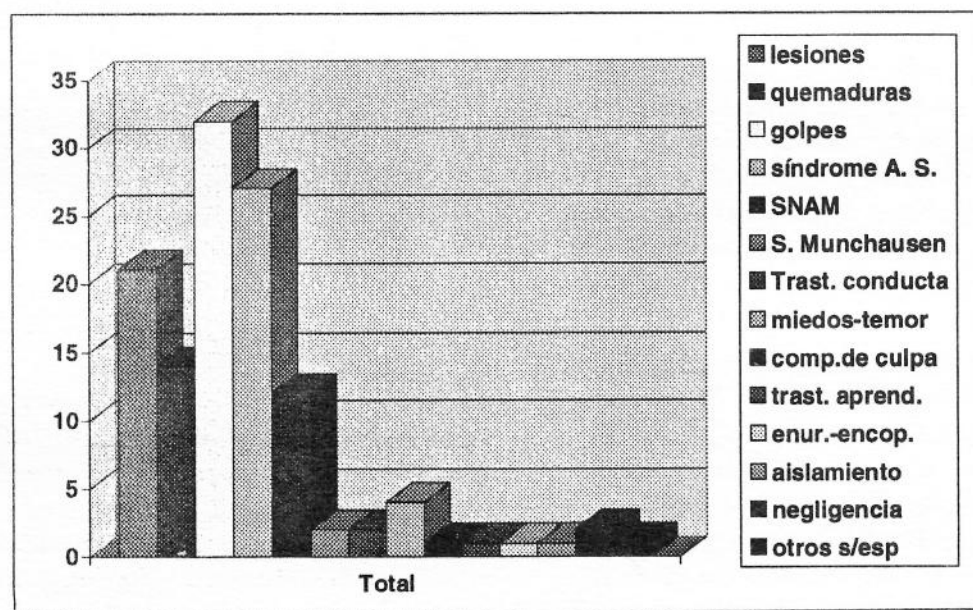
La siguiente pregunta, más específica, tendía a establecer las manifestaciones del daño, o sea los síntomas más frecuentes que observaban los médicos. En efecto, al igual que en la pregunta anterior, se dieron opciones pre-establecidas, y una opción abierta que esta vez se dobló en 10 alternativas diferentes, a saber:

6. Abuso físico: uso de la fuerza física por parte de los padres o cuidadores con el objetivo de castigo. Es un daño físico intencional, no accidental, que ocasiona hematomas, fracturas, quemaduras, mordeduras, etc.

7. Consiste en la falta de satisfacción de las necesidades básicas del niño: comida, ropa, albergue, asistencia médica-odontológica, recreación, etc.

Cuadro N° 2.6: Elaboración propia en base a relevo en agencias de salud sobre MI

Síntomas del daño	Resp. Unica	Resp. Comb.	Total
lesiones	3	18	21
quemaduras	-	14	14
golpes	8	24	32
síndrome de Abuso Sexual	5	22	27
síndrome del Niño Maltratado	2	10	12
síndrome de Munchausen	-	2	2
Trastornos de conducta	-	2	2
miedos- atemorización	-	4	4
complejo de culpa en adultos	-	1	1
trastornos de aprendizaje	1	-	1
enuresis-encopresis	-	1	1
aislamiento	-	1	1
negligencia-abandono- psicofísico-desnutrición- falta de vacunas	-	2	2
otros s/especificar	-	1	1
Total	19	102	121

*Gráfico N° 6*

Las secuelas de los golpes son la manifestación más usual, más aún si tenemos en cuenta que las lesiones son una probable consecuencia de este tipo de maltrato. El SNAM (Síndrome del Niño Maltratado) es más genérico y engloba todo: "Se entiende por síndrome del niño y adolescente maltratado a la injuria física y/o mental y/o abuso sexual y/o trato negligente de todo individuo menor, ocasionado por la persona encargada de su cuidado o custodia, que implique peligro o amenaza para la salud y bienestar físico y mental del niño". En esta pregunta aparece muy relevante el *síndrome de abuso sexual*,⁸ lo cual daría la pauta que cuando la evaluación la hacen los propios médicos, la traducción de "dolores inexplicables" o "síntomas indirectos" encierran el secreto del *Abuso sexual*.

Otras dos formas de maltrato reconocidas como el *síndrome de Munchausen by proxy*,⁹ y el *maltrato o*

8. Abuso sexual: es la participación de menores inmaduros o dependientes en cualquier actividad sexual (la cual no comprenden totalmente ni se encuentran capacitados para dar consentimiento) con un adulto. El abuso sexual puede ser o no un acto violento, y abarca desde el exhibicionismo, manipulación de genitales, participación en material pornográfico, introducción de objetos en los genitales hasta coito.

9. Síndrome de Munchausen by Proxi: el adulto, generalmente la madre, inventa los síntomas confundiendo al médico tratante, utilizando como mecanismos más comunes: a) referencia a historia errónea de los hechos; b) suministro de sustancias como la aspirina, el sodio, laxantes, etc., al niño; c) disminución o interrupción de medicinas prescriptas; d) incorporación a las muestras enviadas a laboratorio de sustancias como sal, azúcar, sangre menstrual, materia fecal, etc.

abuso emocional,¹⁰ requieren de una sensibilización especial acerca de la problemática por parte de los prestadores. Una vez más, la subrepresentación estaría dada por la inobservabilidad para los propios médicos de síntomas que sean "signos" en el absoluto sentido de la palabra. La *negligencia*, otra vez aparece de forma residual. El resto de las opciones, no son sino consecuencias que padecen y expresan los chicos: trastornos de aprendizaje o de conducta, enuresis o encopresis, aislamiento, miedos y atemorización, constituyen a la vez punto de llegada y de partida: es motivo de consulta y de preocupación para los adultos que lo llevan a una consulta, y es indicio de una emergente que puede estar vinculado a la problemática del MI para los médicos.

En la pregunta 5, "¿Cuál suele ser la respuesta adoptada por Ud. en esos casos?", el procedimiento fue similar, y detallamos las alternativas elegidas, recordando que, al igual que en las anteriores, las cuatro primeras fueron proporcionadas como opciones pre-establecidas y la opción e) se desdobló en el resto de las respuestas.

10. Se conoce como maltrato o abuso emocional, aquel tipo de crianza donde existen demandas parentales excesivas, superando las capacidades del niño o se desconocen las necesidades de éste, afectando seriamente el desarrollo de su personalidad e integración social. En general, toma las siguientes formas externas: rechazo, indiferencia, desvalorización, aislamiento, temor y corrupción.

Cuadro N° 2.7: Elaboración propia en base a relevo en agencias de salud sobre MI

Respuesta adoptada por el prestador	Resp. Unica	Resp. Comb.	Total
a) denuncia con derivación a Servicios especiales	30	9	39
b) denuncia sin derivación a servicios especiales	1	3	4
c) sólo prestación médica	-	7	7
d) prestación médica con reprobación informal a los presuntos autores del hecho	1	2	3
e) otra respuesta sin especificar	1	-	1
f) otra respuesta-pericia médica	1	-	1
g) seguimiento de los niños y los padres profundizando en la situación emocional de cada uno, investigar/profundizar situación	1	2	3
h) denuncia judicial	-	2	2
i) derivación a equipo intrahospitalario que no necesariamente es Servicio especial (clínico-psicólogo-asistente social)	2	5	7
j) derivación a Psicopatología	1	2	3
k) armar una estrategia que permita mejorar la calidad de vida del paciente, orientación de los pasos a seguir, tratamiento familiar y/o individual	1	2	3
l) prestación médica con constancia por escrito de la situación detectada	-	1	1
m) escucha terapéutica	-	1	1
n) internación ante la presencia de determinadas lesiones y fracturas (de acuerdo a la edad)	-	2	2
Total	39	38	77

Los casos perdidos fueron 6, de modo que el universo potencial estuvo compuesto por 54 prestadores que en total dieron 77 respuestas, a razón de 1,5 respuesta por prestador.

Hay muchas respuestas que conservan la impronta de la especialidad del profesional, así la pericia proviene de quien además es médico-legal, en tanto la escucha terapéutica proviene de los

psicólogos, y la internación por lesiones es típica de los traumatólogos.

La *denuncia con derivación a los Servicios especiales*, es la respuesta modal; pero esta respuesta reconoce dos partes, la de la *denuncia*, y la de la *derivación a los Servicios Especiales*. La dimensión de la denuncia, crece más aún si le añadimos las respuestas que hacen explícita alusión a la misma. Esta circuns-

tancia añade una connotación: la inclinación de una respuesta hacia el polo meramente punitivo-represivo. El alto porcentaje de respuestas que involucran "denuncia", el 58%, nos llamó la atención ya que, sabemos por haber interrogado acerca de la legislación y la esfera jurídica, el malestar y la inconformidad que manifiestan los profesionales ante la demanda de intervención judicial, a la cual consideran -cuanto menos- burocrática y poco eficiente. Por otra parte, en general, el modus operandi de los hospitales es la viabilización de las denuncias a través de los Servicios Sociales, donde son los Asistentes Sociales y no los médicos quienes hacen el seguimiento. De todos modos, consideramos el alto porcentaje como un indicador y analizador de las intenciones de los médicos y de los operadores que entran en juego: la judicialización, o sea la resolución de problemas sociales mediante el aparato judicial, no deja de ser significativa.

La otra dimensión que aparece con la *denuncia*, es la de *derivación a servicios especiales*, y esta opción, sumada a todas las que en diferentes conceptualizaciones sugieren que la atención debe ser interdisciplinaria, y no puede -ni debe- quedarse en una sola especialidad, representa un 67%, reconociendo sus variantes entre la *derivación a Servicios Especiales* -de maltrato infantil propiamente, donde los hay- a la *derivación a equipos de interconsulta* donde intervienen psicólogos y trabajadores sociales. Un riesgo de estas derivaciones es la *psiquiatrización/psicologización* de los problemas sociales, que no sino otra

de las formas de patologizarlos. La alternativa g) como la alternativa k) también suponen la intervención de un Equipo interdisciplinario, o al menos la superposición de especialidades, sin embargo, la forma en que estaban planteadas estas respuestas, las diferenciaba de las otras, ya que les quitaba el sesgo penalizador. Representarían estrategias de control social más "blandas", donde la resolución de los casos de MI no trasciende las puertas del Hospital y por ende, no incrimina a sus autores ni estigmatiza a sus víctimas.

La "*sola prestación médica*" es la alternativa de menos compromiso con la circunstancia del Maltrato; es la respuesta típica que los prestadores dan en la soledad de su consultorio y cuando la situación no es evaluada como de mucha gravedad. Los gradientes de esta opción, son la "*prestación médica con constancia por escrito de lo observado*" (absolutamente residual) y la "*prestación con reprobación informal a los presuntos autores del hecho*", que como queda expresado, no es de las opciones preferidas. La internación ante la presencia de determinadas lesiones, es la expresión de un acuerdo establecido en determinadas instituciones (básicamente pediátricas).

Cuando se les interrogó con las mismas opciones prefijadas acerca de la *modalidad de respuesta en los casos donde el maltrato infantil hubiera llegado encubierto*, y ellos en tanto prestadores intervinientes, hubieran sospechado esa circunstancia, las respuestas no variaron tanto, desde que las *denuncias* representaron el 53%, y la *derivación a Servicios especiales*, el

57%. La opción que aumentó es la de "prestación médica" y "prestación médica con reprobación informal..." que sumadas, representaron el 23%, cuando antes habían representado sólo el 14%. Este aumento debe atribuirse al "factor sospecha", que en muchos casos paraliza al

profesional, quien sólo atina a evacuar la urgencia y no avanza más allá, en dirección de una profundización o real diagnóstico de la situación.

Veamos la distribución de frecuencias:

Cuadro N° 2.8: Elaboración propia en base a relevo en agencias de salud sobre MI

Respuesta adoptada por el prestador (sospecha)	Resp. Unica.	Resp. Comb.	Total
a) denuncia con derivación a Servicios especiales	28	7	35
b) denuncia sin derivación a Servicios especiales	1	2	3
c) sólo prestación médica	4	6	10
d) prestación médica con reprobación informal a los presuntos autores del hecho	4	3	7
e) otra respuesta sin especificar	2	-	2
f) otra respuesta-pericia médica	1	-	1
g) seguimiento de los niños y los padres profundizando en la situación emocional de cada uno, investigar/profundizar situación	-	3	3
h) denuncia judicial	-	2	2
i) derivación a equipo intrahospitalario que no necesariamente es Servicio especial (clínico-psicólogo-asistente social)	2	4	6
j) derivación a Psicopatología	2	-	2
k) armar una estrategia que permita mejorar la calidad de vida del paciente, orientación de los pasos a seguir, tratamiento familiar y/o individual	-	-	-
l) prestación médica con constancia por escrito de la situación detectada	-	1	1
m) escucha terapéutica	1	-	1
n) internación ante la presencia de determinadas lesiones y fracturas (de acuerdo a la edad)	-	2	2
Total	45	30	75

Casos perdidos: 3 (universo potencial, 57 prestadores médicos).

Que una comparación de las respuestas adoptadas por los prestadores según los casos de MI hayan llegado explicitados o encubiertos, nos demuestra gráficamente lo expresado precedentemente:

Con estos datos ya podemos hacernos una composición del abordaje y tratamiento de la problemática del MI. Nos resta interrogar acerca de la pertinencia de la ley, para ofrecer instrumen-

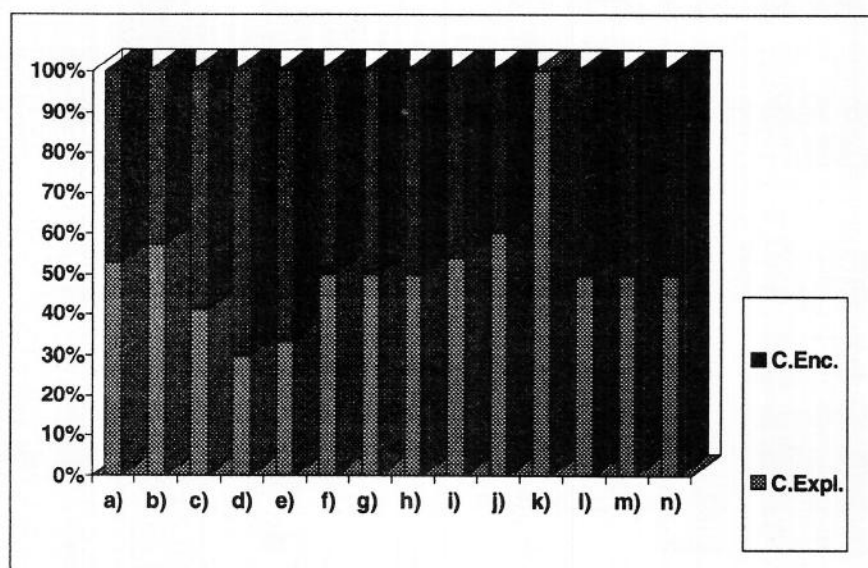


Gráfico N° 7

tos que permitan dar respuestas a estos casos, en la doble dimensión descriptiva (plano del ser) y prescriptiva (plano del deber ser). La desagregación de estas respuestas da cuenta de una mayoría que cree que efectivamente la ley proporciona elementos (63,3%), un porcentaje mucho menor -aunque no despreciable- que opina que no (23,3%) y un 13% que no se pronuncia. En el subuniverso de respuestas afirmativas, puede distinguirse claramente un escepticismo acerca del funcionamiento real de las normas, y el aparato de justicia, sin embargo, un optimismo acerca de un funcionamiento ideal: la mayoría de las respuestas están inscriptas en el debería. En el subuniverso de las respuestas negativas, el escepticismo se transforma lisa y llanamente en negación, "como no es eficiente", "no funciona",

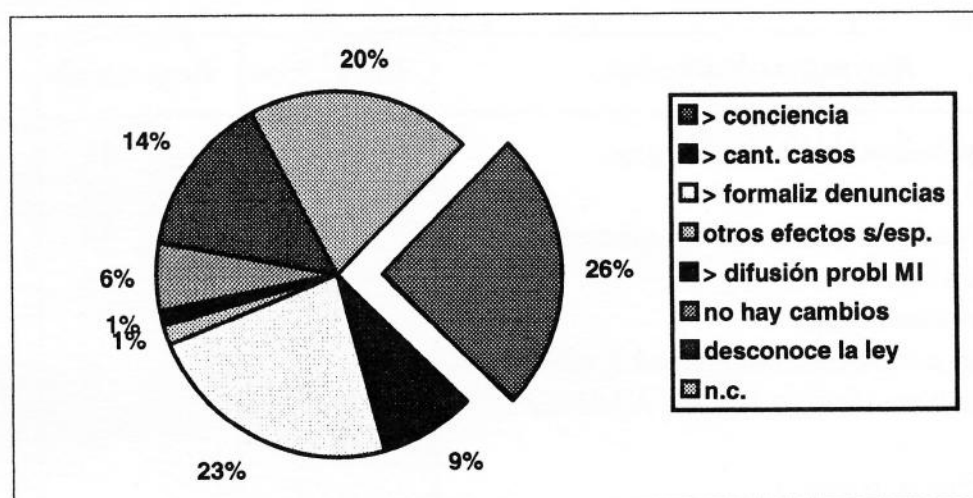
entonces "no sirve". La dimensión pragmática domina cualquier idealización.

No conformes con una ley pensada en abstracto y universal, decidimos bajar al singular de la ley: la ley vigente y específica para el tratamiento de Protección de la Violencia Familiar. Dicha ley, la 24.417 fue sancionada y promulgada en diciembre de 1994, aunque su reglamentación se hiciera efectiva recién en marzo de 1996. En esta pregunta, interrogamos acerca de si "la entrada en vigencia de la ley 24.417 había producido algún cambio en el tratamiento de la problemática".

El porcentaje de abstenciones de respuesta con explicitación de desconocimiento de la ley es muy alto, y todavía ignoramos si entre el resto de las abstenciones existen casos de desconocimiento no explicitados. Así:

Cuadro N° 2.9: Elaboración propia en base a relevo en agencias de salud sobre MI

Cambios debidos a ley 24.417	Resp. Unica	Resp. Comb.	Total
mayor conciencia	10	7	17
mayor cantidad de casos	3	3	6
mayor formalización de denuncias	10	6	16
otros efectos s/esp.	-	1	1
mayor difusión problemática MI	1	-	1
	-	1	1
no hay cambios	3	1	4
	-	1	1
desconoce la ley	10		10
n.c.	14		14
Total	51	20	71

**Gráfico N° 8**

Al igual que en los casos anteriores, las opciones prefijadas (las 4 primeras) concentraron la mayor cantidad de respuestas. Los efectos más destacables parecerían ser la *mayor conciencia* (polo positivo) y la *mayor formalización de denuncias* (polo negativo). Entre ambas reacciones hay una continuidad: la conciencia promueve la acción, y la acción se

materializa muchas veces en forma de denuncia, o sea en forma punitiva/represiva. Es muy significativo el porcentaje de *no respuestas*, tanto por *desconocimiento*, como por *abstención simple*, y esta circunstancia nos hace pensar -a priori- en un indicador de fracaso de la ley: muchas de las personas que en su cotidianidad se ven involucradas den-

tro de la misma (los médicos en tanto funcionarios públicos, deben denunciar los casos de maltrato), ni siquiera la conocen. Aquí es interesante el grado de compromiso e involucramiento personal de cada profesional, ya que dentro de la misma institución, en consultorios vecinos uno a otro -pauta de que la interacción entre los profesionales es altamente probable- algunos médicos no sólo conocen la ley, sino que tienen una opinión formada al respecto, y otros ni siquiera la registran como un instrumento real y a su alcance. Este elemento nos hace pensar que el corte a través

de los actores, se diferencia del corte a través de las instituciones. Lo que cruza las respuestas es la *responsabilidad personal del prestador*. Desde la perspectiva institucional, esto no puede leerse sino como un fracaso.

Una última pregunta buscaba conocer "cuál es la representación de los profesionales acerca de cómo debería ser analizado el fenómeno del maltrato infantil". En tal sentido, se brindaban cinco opciones y se dejaba un espacio abierto para el aporte de los respondientes. Así obtuvimos la siguiente distribución:

Cuadro Nº 2.10: Elaboración propia en base a relevos en agencias de salud sobre MI

Alternativas de abordaje	Resp. Unica	Resp. Comb.	Total
mayor especialización/formación prof.	7	41	48
c/mayor información	-	30	30
c/campañas de profundización públicas	5	39	44
c/legislación "dura"	2	16	18
otras alternativas s/esp.			
En terreno, acción comunitaria, redes, talleres, etc.	1	2	3
c/cumplimiento efectivo de leyes- A.Judicial eficiente	-	2	2
línea telefónica de ayuda	1	-	1
multiplicación de centros de Diag. y Tratamiento	-	1	1
Búsqueda de mayor compromiso prof.	-	1	1
c/ P. Salud-P. Económicas-P. Sociales	-	1	1
Atención Individualizada	-	1	1
Políticas de prevención OG-ONG	-	1	1
ns/nc	-	1	1
Total	16	136	152