

Niños, niñas y adolescentes violentados: datos de un prestador de salud

Children, girls, and adolescents as victims of violence: data from a healthcare provider

Crianças e adolescentes vitimizados: dados de um prestador de saúde

María Caggiani¹, Vivian Martínez², Fernanda Revelese³

Resumen

Introducción: la violencia hacia niños, niñas y adolescentes (NNA) es un problema creciente a nivel mundial. Nuestro país no escapa a esta realidad. Las cifras brindadas por el informe del SI-PIAV 2024 son alarmantes: más de 24 situaciones diarias y más de 7 situaciones nuevas por día. El sistema de salud juega un rol fundamental en la prevención, detección y asistencia de estas situaciones. En respuesta a esta realidad, se crearon equipos referentes de Violencia Basada en Género y Generaciones (ErVBBG) en las instituciones de salud.

Objetivos: describir las situaciones de violencia hacia NNA recibidas y asistidas por un ErVBBG en un prestador de salud de ASSE (Hospital Cerro) de Montevideo que hasta la fecha no tenía datos sistematizados.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal entre el 1/6/24 y el 31/5/25. Se analizaron todos los casos recibidos y asistidos por el ErVBBG de usuarios de 0-18 años de edad. Las variables analizadas fueron edad, sexo y tipo de violencia. En relación con este punto, su clasificación es difícil, ya que por lo general los NNA están atravesados por varios tipos de violencia de forma simultánea; en este caso tomamos el tipo de violencia principal que motivó su derivación al equipo. Dentro de la variable violencia sexual se analizaron: sexo, edad, si la situación era intra o extradomiliaria, así como si eran situaciones únicas o recurrentes. Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica y las entrevistas con las familias. Se calcularon frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentuales. Como medida de tendencia central se utilizó la mediana.

Resultados: en un año de trabajo se asistieron 60 NNA (0-18 años de edad). El 60% de las situaciones fueron derivadas desde el sistema de salud, 13% de instituciones socioeducativas y 15% del sistema de Justicia. El 70% de NNA fueron de sexo femenino. El 50% se concentró en el rango de edad entre los 6 y 12 años con una mediana de 9,5 años. Al analizar los tipos de violencia, la violencia sexual fue el principal motivo de derivación a ErVBBG, representando el 38% de las situaciones asistidas. En estos, el 83% de las víctimas fueron del sexo femenino y todos los agresores fueron varones. En 44% de los NNA el agresor era conviviente y/o familiar cercano. El 74% era por situaciones recurrentes. En relación con dónde surge del relato, el 44% fue relatada en el hogar, 22% en una institución de salud y 17% en una institución educativa. De las situaciones asistidas, 67% estaban o fueron judicializadas al momento del abordaje.

Conclusiones: estos son los primeros datos sistematizados sobre ErVBBG de este prestador de

1. Pediatra. Integrante Equipo Referente Violencia Basada en Género y Generaciones. Hospital Cerro. ASSE.

2. Lic. Trabajo Social. Integrante Equipo Referente Violencia Basada en Género y Generaciones. Hospital Cerro. ASSE

3. Lic. Enf. Integrante Equipo Referente Violencia Basada en Género y Generaciones. Hospital Cerro. ASSE

Hospital Cerro. ASSE.

Trabajo inédito.

Declaramos no tener conflictos de intereses.

Este trabajo ha sido aprobado unánimemente por el Comité Editorial.

salud de ASSE (Hospital Cerro) de Montevideo. Coinciden con los de otras publicaciones, donde la mayoría son situaciones crónicas que se concentran en edad escolar, las víctimas son en su mayoría de sexo femenino y los agresores de sexo masculino, convivientes o familiares. Estos datos nos muestran que el sistema de salud aún tiene mucho por hacer en la prevención, detección y asistencia de NNA para evitar que se sigan vulnerando sus derechos.

Palabras clave: Maltrato a los Niños
Niño
Adolescente

Summary

Introduction: violence against Children, Girls, and Adolescents (CGA) is a growing problem worldwide. Our country is no exception to this reality. The figures provided by the 2024 SIPIAV report are alarming: more than 24 situations daily and more than 7 new situations per day. The healthcare system plays a fundamental role in the prevention, detection, and assistance of these situations. In response to this reality, Gender and Generational-Based Violence Reference Teams (ErVBGG) were created within healthcare institutions.

Objectives: to describe the situations of violence against CGA received and assisted by an ErVBGG in an ASSE health provider (Hospital Cerro) in Montevideo that until now had no systematized data.

Methodology: a descriptive cross-sectional study was conducted between June 1, 2024, and May 31, 2025. All cases received and assisted by the ErVBGG involving users aged 0–18 years were analyzed. The variables analyzed were age, sex, and type of violence. Regarding the latter, classification is difficult, as CGA are generally affected by several types of violence simultaneously; in this case, we recorded the primary type of violence that prompted the

referral to the team. Within the sexual violence variable, we analyzed: sex, age, whether the situation was intra- or extra-domiciliary, and whether the situations were single or recurrent. Data were obtained from electronic medical records and interviews with families. Absolute frequencies and relative percentage frequencies were calculated. The median was used as the measure of central tendency.

Results: in one year of work, 60 CGA (0–18 years of age) were assisted. Sixty percent of the situations were referred from the healthcare system, 13% from socio-educational institutions, and 15% from the justice system. Seventy percent of the CGA were female (FS). Fifty percent were concentrated in the 6 to 12-year age range, with a median of 9.5 years. When analyzing the types of violence, sexual violence was the main reason for referral to the ErVBGG, representing 38% of the assisted situations. In these cases, 83% of the victims were FS and all perpetrators were male. In 44% of the CGA, the perpetrator lived with the victim and/or was a close relative. Seventy-four percent were recurrent situations. Regarding where the disclosure originated, 44% were reported at home, 22% in a healthcare institution, and 17% in an educational institution. Of the assisted situations, 67% were under or had entered legal proceedings at the time of the intervention.

Conclusions: these are the first systematized data on the ErVBGG in an ASSE health provider (Hospital Cerro) in Montevideo. They coincide with other publications where most situations are chronic, concentrated in school age, victims are mostly FS, and perpetrators are male, cohabitants, or relatives. These data show that the healthcare system still has much to do in the prevention, detection, and assistance of CGA to prevent their rights from continuing to be violated.

Key words: Child Abuse
Child
Adolescent

Resumo

Introdução: a violência contra Crianças e Adolescentes (C&A) é um problema crescente em nível mundial. Nosso país não escapa a esta realidade. Os números fornecidos pelo relatório do SIPIAV 2024 são alarmantes: mais de 24 situações diárias e mais de 7 novas situações por dia. O sistema de saúde desempenha um papel fundamental na prevenção, detecção e assistência destas situações. Em resposta a esta realidade, foram criadas Equipes de Referência em Violência Baseada em Gênero e Gerações (ErVBBG) nas instituições de saúde.

Objetivos: descrever as situações de violência contra C&A recebidas e assistidas por uma ErVBBG em um prestador de serviços de saúde ASSE (Hospital Cerro) em Montevideo que até então não possuía dados sistematizados.

Metodologia: realizou-se um estudo descritivo transversal entre 01/06/24 e 31/05/25. Foram analisados todos os casos recebidos e assistidos pela ErVBBG de usuários de 0 a 18 anos de idade. As variáveis analisadas foram idade, sexo e tipo de violência. Em relação a este ponto, sua classificação é difícil, pois geralmente as C&A são atravessadas por vários tipos de violência de forma simultânea; neste caso, consideramos o tipo de violência principal que motivou a derivação à equipe. Dentro da variável violência sexual, foram analisados: sexo, idade, se a situação era intra ou extradomiciliar, bem como se eram situações únicas ou recorrentes. Os dados foram obtidos do prontuário eletrônico e das entrevistas com as famílias. Foram calculadas frequências absolutas e frequências relativas percentuais. Como medida de tendência central, utilizou-se a mediana.

Resultados: em um ano de trabalho, foram assistidas 60 C&A (0–18 anos de idade). 60% das situações foram encaminhadas pelo sistema de saúde, 13% de instituições socioeducativas e 15% do sistema de Justiça. 70% das C&A eram do sexo feminino (SF). 50% concentraram-se na faixa etária entre 6 e 12 anos, com uma mediana de 9,5 anos. Ao analisar os tipos de violência, a violência sexual foi o principal motivo de encaminhamento à ErVBBG, representando 38% das situações assistidas. Nestas, 83% das

vítimas eram do SF e todos os agressores eram homens. Em 44% das C&A, o agressor era convivente e/ou familiar próximo. 74% eram situações recorrentes. Em relação a onde surge o relato, 44% foram relatados no lar, 22% em uma instituição de saúde e 17% em uma instituição educativa. Das situações assistidas, 67% estavam ou foram judicializadas no momento da abordagem.

Conclusões: estes são os primeiros dados sistematizados sobre a ErVBBG em um prestador de serviços de saúde ASSE (Hospital Cerro) em Montevideo. Coincidem com os de outras publicações, onde a maioria são situações crônicas, concentram-se na idade escolar, as vítimas são em sua maioria do SF e os agressores do sexo masculino, conviventes ou familiares. Estes dados nos mostram que o sistema de saúde ainda tem muito a fazer na prevenção, detecção e assistência de C&A para evitar que seus direitos continuem sendo vulnerados.

Palavras chave: Maus-Tratos Infantis
Criança
Adolescente

Introducción

La violencia hacia las infancias es un problema creciente en los últimos años tanto en frecuencia como en severidad y complejidad. Los números son alarmantes. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽¹⁾, uno de cada dos niños menores de 17 años es víctima de algún tipo de violencia; 300 millones de niños entre 2 y 4 años sufren algún tipo de maltrato por parte de sus cuidadores y 120 millones de niñas han tenido algún contacto sexual contra su voluntad antes de los 20 años. En nuestro país, hasta el mes de agosto del 2025, la Plataforma Infancias y Adolescencias contabilizaba 10 NNA asesinados en hechos de violencia ese año. El informe del Sistema Integral de Protección a la Infancia y Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV) del 2024 refiere que se detectaron e intervinieron más de 24 situaciones diarias de violencia hacia NNA en ese año⁽²⁾. De esas 24 situaciones diarias: 7 fueron nuevas, pero 17 no. Cuatro NNA murieron víctimas de violencia vicaria en ese año. Desde

el 2011, los números del SIPIAV solo crecen, esta tendencia puede estar afectada por una mayor sensibilidad y detección de estas situaciones por parte de los sistemas de protección, pero también porque año a año se generan nuevos casos.

Todos los NNA tienen derecho a una vida libre de violencia. El maltrato infantil (MTI) en todos sus grados y el abuso sexual constituyen violaciones a los derechos humanos. En el artículo 19 de la Convención de los Derechos del Niño (CDN)⁽³⁾, a la cual el Estado uruguayo adhirió en 1990, refiere: “*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*”. Con los números mencionados aún estamos lejos de esta situación. Según la definición de la OMS, el MTI “*incluye la perpetración de violencia física, sexual y psicológica o emocional, y el descuido de NNA por parte de progenitores, cuidadores y otras figuras de autoridad, con mayor frecuencia en el hogar, pero también en otros entornos*”⁽⁴⁾. El MTI genera graves consecuencias en el desarrollo de NNA y su salud mental^(4,5). Vivir situaciones de violencia tiene consecuencias a corto, mediano y largo plazo. Repercute en la salud física generando traumatismos y discapacidad. Tiene consecuencias en la salud mental, aumentando los casos de ansiedad, de depresión, el riesgo de autolesiones, incluso el suicidio. También repercute negativamente en la salud sexual y reproductiva provocando enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, aborto en condiciones de riesgo⁽⁵⁾. Los NNA que sufrieron MTI pueden tener afectado su desarrollo cognitivo y académico, tienen mayor riesgo de presentar consumo problemático de sustancias y problemas de relacionamiento interpersonal. Los cuidadores que sufrieron MTI en su infancia tienen más riesgo de maltratar a sus hijas e hijos^(4,5).

La OMS define el abuso sexual infantil y adolescente como “*la participación de un NNA en una actividad sexual que no entiende plenamente y con respecto a la que no está capacitado para dar su consentimiento fundamentado, o para la cual el NNA no está preparado de acuerdo con su nivel de desarrollo y no puede dar su consentimiento, o que infringe las leyes o tabús de la sociedad*”⁽⁶⁾. La violencia sexual se sustenta en las relaciones de poder que existen en una sociedad adulto céntrica. Fabiana Condon⁽⁷⁾ lo explica bien cuando dice: “*La violencia sexual no es un problema individual, es un problema público y de responsabilidad política. Quienes violentan lo hacen*

porque pueden, porque las estructuras sociales e institucionales la ejercen, habilitan, justifican y garantizan impunidad. La violencia sexual es una violación de derechos humanos y en ese sentido, el Estado es responsable como garante”. Es uno de los tipos de violencia más graves que pueden sufrir las infancias, generando uno de los traumas psíquicos más intensos⁽⁶⁾. Las consecuencias sobre los NNA dependen, entre otras cosas, del tiempo transcurrido desde el inicio del abuso (cuánto más tiempo transcurre, mayor probabilidad de daño), del parentesco o proximidad con el perpetrador (cuánto más cercano el vínculo, mayor daño psíquico), del tipo de conducta abusiva, de la reacción del entorno (si es protectora o no), de la fragilidad psíquica del NNA y del sostén familiar y social⁽⁶⁾.

El sistema de salud es responsable y tiene un rol clave en prevenir, detectar y asistir las situaciones de violencia hacia las infancias. Actúa como una puerta de entrada para los NNA, para sus familias, pero también para otras instituciones que detectan casos de violencia (escuelas, CAIF, clubes de niños, juzgados, etc.).

En el primer nivel de atención es donde podemos observar, escuchar y detectar indicadores o elementos que nos alerten sobre una situación de MTI. También podemos conocer si existen factores de riesgo o si se están viviendo situaciones de violencia. En este sector es donde se puede realizar el seguimiento de situaciones detectadas. En el segundo y tercer nivel de atención es donde se asisten situaciones con riesgo vital, ya sea por las lesiones producidas como por la necesidad de protección inmediata por la clasificación de riesgo de la situación.

Atendiendo a estas situaciones de violencia creciente es que se crean los ErVBGG en las instituciones de salud públicas y privadas⁽⁸⁾. Estos tienen dentro de sus funciones prevenir y atender (en su más amplio sentido) las situaciones de violencia que viven los usuarios, así como también asesorar al resto del equipo de salud en este aspecto.

Este trabajo tiene como objetivo describir las situaciones de violencia hacia NNA recibidas y asistidas por ErVBGG en un prestador de salud de ASSE (Hospital Cerro) Montevideo que hasta la fecha no tenía datos sistematizados.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo observacional de corte transversal entre el 1/6/24 y el 31/5/25. Se analizaron todos los casos recibidos y asistidos por el ErVBGG de usuarios de 0-18 años de edad. Las variables analizadas fueron edad, sexo y tipo de violencia. En

relación con este punto, dado que por lo general los NNA están atravesados por varios tipos de violencia de forma simultánea, en este caso tomamos para su cuantificación el tipo de violencia principal que motivó su derivación al equipo.

Las definiciones de tipos de violencia utilizadas fueron las del Protocolo de abordaje de situaciones de maltrato infantil del Ministerio de Salud Pública (MSP) y el concepto de violencia vicaria de Sonia Vaccaro* (Tabla 1).

Los NNA asistidos fueron derivados desde el propio sistema de salud (hospitales, puertas de emergencia, policlínicas) de instituciones socioeducativas (CAIF, escuelas, liceos, UTU, INAU, clubes deportivos), desde el sistema de Justicia (juzgado, fiscalía).

Dentro de la variable violencia sexual se analizaron: sexo de la víctima y del agresor/a, edad, si la situación era intra o extradomiciliaria, si el agresor tenía vínculo familiar o no, así como si eran situaciones únicas (episodio único) o recurrentes (más de un episodio). Los datos se obtuvieron de las entrevistas con las familias, con los NNA, las instituciones y la historia clínica electrónica. Se calcularon frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentuales. Como medida de tendencia central se utilizó la mediana.

Resultados

En un año de trabajo se asistieron 60 NNA que vivieron situaciones de violencia y éstas motivaron su de-

rivación a un ErVBGG. Los tipos de violencia identificados fueron múltiples y, como ya mencionamos, en la mayoría de los NNA asistidos reconocimos varios tipos de violencia en simultáneo. En la figura 1 podemos ver la cantidad de NNA asistidos según el tipo de violencia por el cual fue derivado al ErVBGG. La violencia sexual es la principal derivación con casi el 40% de los NNA, seguida por negligencia con el 21%.

Como se observa en la tabla 2, la mayoría de los NNA asistidos fueron de sexo femenino. Al clasificar el sexo de la víctima según los tipos de violencia, esta tendencia se mantiene para todos los tipos de violencia (Figura 2).

En el caso de la edad (Tabla 3), la mayoría de los casos registrados se ubicó en NNA entre 6-12 años con el 52% de los casos; 22% entre 13-18 años, y 18% de 0-3 años. La mediana de edad fue de 9,5 años. Esta frecuencia y distribución de edades podría explicarse porque muchas derivaciones recibidas provienen de equipos pediátricos (policlínica, emergencia, hospital) que asisten niños hasta los 14 años 11 meses, por lo que puede estar generando un sesgo en la prevalencia de situaciones de violencia en la franja de 15-18 años.

Como se observa en la figura 3, para todas las franjas etarias estudiadas la mayoría de las víctimas fueron de sexo femenino.

Como se puede ver en la figura 4, en la mayoría de los NNA asistidos se había judicializado la situación.

Tabla 1. Definiciones de tipos de violencia utilizadas.

Física	Cualquier acción u omisión que dañe o pueda dañar la integridad corporal de una persona.
Psicológica	Cualquier omisión o acción que cause o pueda causar un daño cognitivo, emocional o conductual. Incluye el maltrato emocional así como las conductas controladoras. Puede darse de forma aislada o acompañar a otras formas de violencia.
Sexual	Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.
Negligencia	Se plantea cuando los cuidadores no satisfacen las necesidades del NNA, a pesar de contar con los medios para hacerlo. Se refiere no sólo a alimentos, vestimenta, cuidados, controles y consultas en salud, sino también a aspectos como supervisión, afecto, puesta de límites, falta de dedicación de tiempo de calidad, desatención de sus necesidades físicas, evolutivas, afectivas, estando en condiciones de hacerlo.
Violencia hacia las mujeres basada en género (VBG)	Toda conducta, acción u omisión en el ámbito público o privado, que sustentada en una relación desigual de poder con base en el género, tenga como objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, el goce o el ejercicio de los derechos humanos o las libertades fundamentales de las mujeres.
Vicaria	Aquella violencia que se ejerce sobre los hijos para herir a la mujer. Es una violencia secundaria a la víctima principal, que es la mujer. Es a la mujer a la que se quiere dañar y el daño se hace a través de terceros, por interpósita persona. El maltratador sabe que dañar, asesinar a los hijos/hijas, es asegurarse de que la mujer no se recuperará jamás. Es el daño extremo.

(*) <https://www.soniavaccaro.com/post/violencia-vicaria>



Figura 1. Tipos de violencia asistidos.

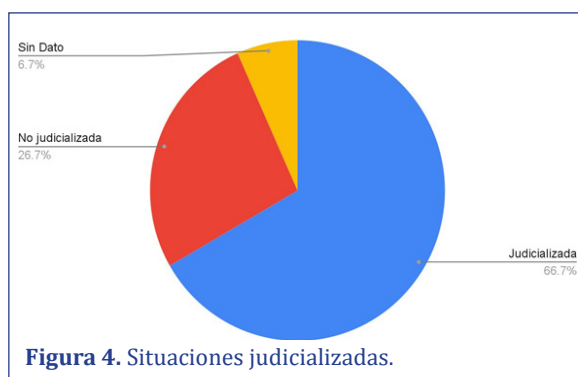


Figura 4. Situaciones judicializadas.

Tabla 2. Sexo de los NNA asistidos.

	Femenino	Masculino	Total
n	43	17	60
%	71,7	28,3	100

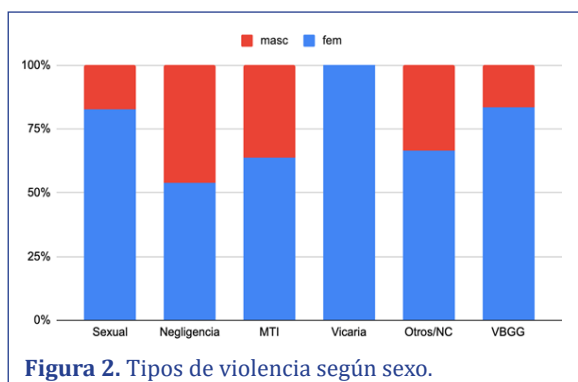


Figura 2. Tipos de violencia según sexo.

Tabla 3. Edad de NNA asistidos.

	0-3	4-5	6-12	13-18	Total
n	11	5	31	13	60
%	18,33	8,33	51,67	21,67	100

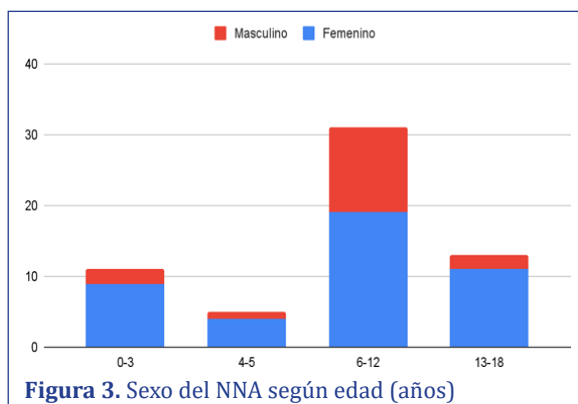


Figura 3. Sexo del NNA según edad (años)

Violencia sexual

Al analizar solo los casos asistidos por violencia sexual, la mediana de edad fue de 10 años, similar a la del grupo general. En el caso del sexo de las víctimas, el 83% fue de sexo femenino (Figura 5). Como sucede en la mayoría de los casos de violencia sexual hacia NNA, se trató de casos donde la violencia sexual era recurrente (Figura 6). En todos los NNA asistidos durante ese año, el agresor fue de sexo masculino. En la gran mayoría de los NNA el agresor tenía vínculo cercano o familiar (Tabla 4), sin embargo, la convivencia con el agresor se vio en el 40% de los casos (Tabla 5). El lugar donde se realizó la mayoría de las detecciones o surgieron los relatos fue en la casa, seguido por el sistema de salud y luego por instituciones socioeducativas (Figura 7).

Discusión

Estos son los primeros datos sistematizados sobre situaciones de violencia hacia NNA asistidas por un ErVBGG de este prestador de salud en esta zona de Montevideo. La importancia de contar con datos sistematizados sobre estas situaciones asistidas permite conocer en profundidad el trabajo realizado, mejorar la planificación del mismo, identificando fortalezas y debilidades, así como también optimizar los recursos para contribuir a mejorar la tarea. Es importante aclarar que este número de casos asistidos es menor a las situaciones de violencia vividas por NNA, ya que existe un subdiagnóstico de las situaciones de violencia en general⁽⁴⁾. Esto se puede explicar por varias razones. Muchas situaciones de violencia son naturalizadas por las propias víctimas, pero también por las personas que están en contacto con NNA, incluso el personal de salud. Existe miedo de informar/denunciar las situaciones por parte de los propios NNA por las consecuencias que esto pueda generar para ellos y para su entorno. No se visualiza la notificación o denuncia como forma de contribuir a resolver la situación. Esto genera que solo se detecten las situaciones

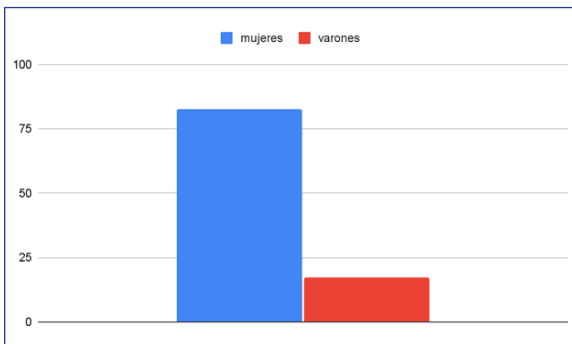


Figura 5. Víctimas de violencia sexual por sexo.

Tabla 4. Vínculo con el agresor.

	Agresor familiar	Agresor no familiar	Total
n	21	2	23
%	91,3	8,7	100

Tabla 5. Convivencia con el agresor.

	Intradomiliaria	Extradomiliaria	Otras	Total
n	10	10	3	23
%	43,48	43,48	13,04	100

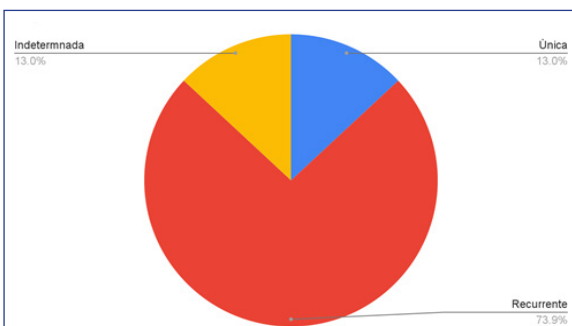


Figura 6. Reiteración de los casos de violencia sexual hacia NNA.

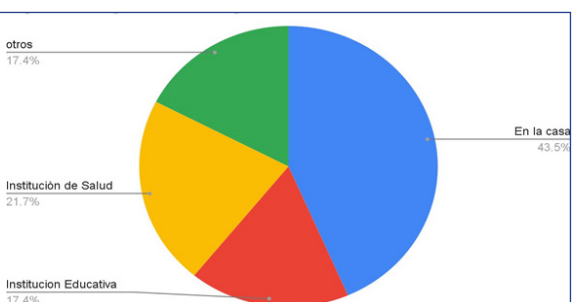


Figura 7. Lugar donde surge el relato del NNA.

más graves y no todas son derivadas y asistidas por estos equipos.

La violencia sexual fue el principal tipo de violencia que presentaron los NNA asistidos. Estos datos difieren de los del informe del SIPIAV en el que el mayor tipo de violencia registrado fue el maltrato emocional (38%), luego la negligencia, el maltrato físico y la violencia sexual que ocupó el cuarto lugar con el 22% de los casos⁽²⁾. Estos datos, al ser nacionales, son mucho mayores que los de este trabajo y su principal fuente de datos es el registro en el sistema SIPI del INAU, donde se detectan situaciones que probablemente no sean detectadas o no lleguen directamente al sistema de salud. En el trabajo de Perdomo y colaboradores⁽⁹⁾, que también analiza datos de ErVBGG en otro prestador de salud de ASSE, se analiza un número de casos similar. El principal tipo de violencia registrada fue la violencia doméstica con casi el 50% de los casos y la violencia sexual en segundo lugar con casi el 40%, similar a nuestros registros.

La mayoría de las víctimas fueron de sexo femenino, eso se observó para todas las edades analizadas y para todos los tipos de violencia que presentaron los NNA. Una distribución similar se observa también en las publicaciones mencionadas previamente^(2,9). Este fenómeno de mayor vulnerabilidad de las niñas podría explicarse por las mismas lógicas sociales que explican la VBG. También tendríamos que pensar si este dato puede estar afectado por la menor percepción de los varones como víctimas de violencia y una menor detección de los mismos por parte del sistema.

El rango de edad escolar (6 a 12 años) fue el que concentró la mayor cantidad de casos. Estos datos coinciden con los de Perdomo y colaboradores⁽⁹⁾. Sin embargo, en los datos de SIPIAV⁽²⁾, la mayoría de los casos se concentraron en adolescentes entre 13 y 18 años (38%). En nuestro trabajo no está cuantificado cuántos NNA derivó cada institución o sector del sistema de salud, pero es probable que, en el dato de la edad, exista cierto sesgo por recibir más situaciones desde sectores e instituciones que asisten a niños y niñas que de sectores e instituciones socioeducativas que asisten adolescentes. Si bien es algo que no podemos afirmar con exactitud por la falta de la cuantificación de este dato. En la categoría de 0-3 años la frecuencia alcanzó casi el 20%, teniendo en cuenta que es una etapa en la que el desarrollo del lenguaje es limitado, los indicadores de MTI y abuso sexual son claves en el diagnóstico.

Al analizar los casos de violencia sexual, la mediana de edad fue de 10 años, lo que prácticamente no difiere de la mediana de todos los casos asistidos. Esto difiere de los datos reportados por el SIPIAV⁽²⁾, donde los casos de violencia sexual fueron más frecuentes en

la franja de adolescentes de 13 a 17 años. La gran mayoría de las víctimas fueron de sexo femenino, todos los agresores fueron de sexo masculino, la mayoría con un vínculo cercano o familiar y recurrentes. Esto último, que no difiere mucho de otras publicaciones, no se puede pasar por alto y debería alertarnos, ya que todos estos son factores de la violencia sexual que determinan mayor daño psíquico sobre los NNA. La recurrencia o cronicidad de las situaciones nos habla no solo de que no estamos llegando a asistirlos a tiempo, sino también de la ineficiencia para evitar que se repitan.

En este año de trabajo no asistimos ningún caso de embarazo adolescente, que es otra manifestación de VBG y violencia sexual.

Asistimos solo un caso de violencia vicaria. Basados en la práctica cotidiana, consideramos que probablemente existan más casos que no estamos diagnosticando y, por lo tanto, tampoco estamos asistiendo. El infanticidio por violencia vicaria es la manifestación más grave de la VBG, pero la violencia vicaria tiene otras manifestaciones más sutiles que también constituyen violencia y generan consecuencias sobre la salud de NNA. Identificarlos y atenderlos a tiempo podría contribuir a prevenir o disminuir el daño que genera. No asistimos directamente casos de violencia barrial/territorial, ni institucional, derivados o captados por este motivo; sin embargo, es claro que existen y tienen consecuencias negativas sobre el desarrollo y la salud de los NNA. Claramente quedan invisibilizados o no se jerarquizan dentro de las violencias detectadas.

Conclusiones

Estos son los primeros datos sistematizados sobre VBG de este prestador de salud en esta zona de Montevideo. Coinciden con los de otras publicaciones donde la mayoría son situaciones crónicas, se concentran en edad escolar, las víctimas son en su mayoría de sexo femenino y los agresores de sexo masculino convivientes o familiares. Estos datos nos muestran que el sistema de salud aún tiene mucho por hacer en la sensibilización de sus trabajadores, la prevención, detección y asistencia de NNA para evitar que se sigan vulnerando sus derechos.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia contra los niños 2020. Ginebra: OMS, 2020. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c696c86c-a152-4506-bcbd-4b52cb-4d03b3/content>. [Consulta: 20 junio 2025].
2. Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia. Informe de gestión 2024. Montevideo: SIPIAV, 2024. Disponible en: <https://www.inau.gub.uy/sipiav/informes-de-gestion-sipiav>. [Consulta: 20 junio 2025].
3. Asamblea General de las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño 20 de noviembre de 1989. Madrid: UNICEF, 2006. Disponible en: https://bibliotecaunicef.uy/opac_css/doc_num.php?explnum_id=146. [Consulta: 20 junio 2025].
4. Lozano F, García M, Sande S, Perdomo V, Zunino C. Protocolo para el abordaje de situaciones de maltrato a niñas, niños y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo: UNICEF, MSP, SIPIAV, 2019. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Protocolo%20de%20maltrato.pdf>. [Consulta: 20 junio 2025].
5. Organización Panamericana de la Salud. Cómo responder al maltrato infantil: manual clínico para profesionales de la salud. Washington, DC: OPS, 2023. Disponible en: <https://iris.paho.org/items/6b0181d6-a628-48f6-9e52-b734f4ab1807>. [Consulta: 20 junio 2025].
6. Lozano F, García M, Sande S, Perdomo V, Zunino C. Protocolo para el abordaje de situaciones de violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo: MSP, 2018. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Protocolo%20abordaje%20situaciones%20VS%20a%20NNA.pdf>. [Consulta: 20 junio 2025].
7. Condon F. La vigencia del control político patriarcal. Violencia sexual contra mujeres, niñas, niños y adolescentes. En: Red Uruguaya contra la Violencia Doméstica y Sexual. Miradas sobre violencia basada en género y generaciones (VBGG). Montevideo: RUCVDS, 2020:33-50. Disponible en: <https://www.violenciadomestica.org.uy/repo/img/miradassobreviolenciabasadaengneroygeneracionesvbgg.pdf>. [Consulta: 20 junio 2025].
8. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Área Programática de Violencia basada en Género y Generaciones. Reperfilamiento de los equipos de referencia en violencia doméstica. Montevideo: MSP, 2017. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Reperfilamiento%20de%20los%20equipos%20VD%20y%20VS.pdf>. [Consulta: 20 junio 2025].
9. Vezzano V, Perdomo V, Gutiérrez S. Epidemiología de los niños, niñas y adolescentes derivados a un equipo de referencia en violencia basada en género y generaciones en contexto de pandemia por COVID-19, 1/4/20 al 31/3/21. Diferencias con el año 2016. CASMU-IAMPP. Arch Pediatr Urug 2024; 95(2):e219. doi: 10.31134/ap.95.2.8.

Correspondencia: Dra. Maria Caggiani.

Correo electrónico: mariacaggiani@gmail.com

Disponibilidad de datos

El conjunto de datos que apoya los resultados de este estudio NO se encuentra disponible en repositorios de acceso libre.

Contribución de los autores - CRediT

María Caggiani: Conceptualización; Curación de datos; Análisis formal; Investigación; Metodología; Administración del proyecto; Recursos; Supervisión; Validación; Visualización; Redacción - borrador original; Redacción - revisión y edición.

Vivian Martínez: Conceptualización; Curación de datos; Investigación; Administración del proyecto; Recursos; Visualización; Redacción - borrador original; Redacción - revisión y edición.

Fernanda Revelese: Conceptualización; Curación de datos; Investigación; Administración del proyecto; Recursos; Visualización; Redacción - borrador original; Redacción - revisión y edición.

María Caggiani, ORCID 0009-0006-3960-5041.

Vivian Martínez, ORCID 0000-0001-5751-1387.

Fernanda Revelese, ORCID 0009-0009-0602-1922.