

## "Por el bien de los niños/as"

# Entre la ley, los discursos y las prácticas en la intervención con Niñas, Niños y Adolescentes.

Por María Alina Cervini y Virginia Cunzolo

María Alina Cervini y Virginia Cunzolo. Trabajadoras Sociales.

### Introducción

El presente trabajo<sup>1</sup> surge de las distintas reflexiones que se dieron durante nuestro primer año de residencia, focalizando en la rotación por el hospital. Por otro lado, estas reflexiones surgen del intercambio de nuestras experiencias de rotación, tanto en la Sala de Pediatría, como en la Sala de Neonatología.

El objetivo de este trabajo es repensar la intervención con niños, niñas y adolescentes<sup>2</sup>, a partir de los aspectos históricos en torno a la niñez y los discursos que se articulan en el equipo de salud, reflexionando sobre el paradigma y la legislación vigente.

En el primer capítulo se trabajarán algunos aspectos de la historia de la niñez y la infancia. Históricamente, los NNyA han sido considerados meros objetos de sus padres, viéndose expuestos a las más variadas formas de malos tratos y abusos. En el segundo capítulo describirá el surgimiento del nuevo paradigma de niñez, sus aspectos más esenciales, y las libres interpretaciones que se tejen es torno al mismo. En el tercer capítulo se trabajará en torno a la intervención y la deconstrucción de las demandas que llegan a trabajo social, intentando cuestionar algunos de los discursos que están presentes en las salas.

Algunas de las preguntas que guían este trabajo son: ¿en qué lugar queda, en todo este proceso, “el interés superior del niño”? ¿Quién determina cuál es este interés y que concepciones se expresan en el discurso profesional?

Todas las ideas desarrolladas en el presente trabajo son resultado de la reflexión conjunta que de ningún modo intentan definirse como planteos cerrados sino que se avocinan como inquietudes que despertaron nuestro interés y sobre las que consideramos que vale la pena comenzar a pensar y hacerse preguntas.

---

1 La primer parte del título hace referencia a la película que lleva su nombre. Trata de la historia de una familia que atraviesa una difícil situación debido diversos tipos de violencia (verbal, emocional, física) propiciados por la actual pareja de la mamá, hacia esta y sus hijas. A esto se suma una mala situación económica. Las/os niñas/os protagonistas atraviesan la experiencia de institucionalización de su madre, que estaba atravesando un difícil momento de salud mental, quedando a cargo del Servicio Humanitario que dispone su destino, pasando por distintas experiencias de amparo y desamparo institucional. Se entrecruzan relaciones de poder, que cambian de rumbo y definen la situación.

2 En adelante NNyA.

## Capítulo I. *Había una vez...*

### *El comienzo de un cuento que seguirá escribiéndose*

Erased una vez en un tiempo no muy lejano la niñez no era como la conocemos hoy en día. Hasta el siglo XVIII los sendos maltratos, uso y abusos que se propinaban a los niños estaban legitimados socialmente. Claro que estos procesos son parte de una larga historia y se encarnan en contextos históricos profusos, sin embargo señalaremos algunos de esos aspectos que nos serán de interés para construir nuestro trabajo.

Mediante una formulación simple pero clara podemos decir que los niños no eran más que aquellos seres que no eran adultos. Es decir no tenían entidad de ‘persona’ completa. Además pertenecían enteramente a sus padres, (más específicamente a su padre), quienes podían hacer con ellos lo que les viniera en gana, y lo que les fuera útil. Como argumenta Aries “*nadie pensaba que este niño contenía ya toda su persona de hombre, como creemos corrientemente hoy en día. Morían demasiados: ‘todos se me mueren cuando todavía están con la nodriza’, decía Montaigne.*” (Philippe, Ariès.1987)

Es así que no recibían, de hecho no merecían, ningún tipo de cuidado particular, sino por el contrario sendos maltratos debidos a su calidad de niño. Los más desafortunados eran aquellos infantes que poseyeran alguna de las características que los condenarían a un abandono seguro, aquellos que nacían con alguna deformidad o discapacidad, los hijos ilegítimos, y por otro lado, las niñas.

En aquel contexto, gran cantidad de niños, debido a los descuidos y maltratos que sufrían no superaban el año de vida, y aquellos que poseían alguno de estos estigmas eran abandonados a su suerte siendo bebés, entregados a nodrizas o asesinados por sus padres. El abandono, el infanticidio y la indiferencia hacia sus necesidades eran modos de acción muy recurrentes. Los niños eran un estorbo para sus padres. “*Así los niños mentalmente atrasados, con problemas físicos, prematuros, gemelos, concebidos fuera del matrimonio o nacidos de una familia pobre, se han visto particularmente amenazados*”. (Bringiotti, Maria. 1999)

Esto era parte de un contexto en el cual como algunos autores sostienen, el amor familiar, conyugal y maternal no existía como valor social, como lo conocemos actualmente, sino hasta mediados del siglo XVIII (P, Ariès.1987). Se sostenía que la inocencia infantil no existía y por tal motivo además de ser una molestia, los niños despertaban miedo en los adultos. Aquellas características por las cuales los desechaban eran las mismas que los volvían peligrosos: si tenían problemas físicos o dificultades mentales se los consideraba productos del demonio y por lo tanto una provocación a los dioses, si eran nacidos fuera del matrimonio, eran la representación misma del pecado y el deshonor. Es por esto que si a pesar de ello se le permitía continuar viviendo eran maltratados cruelmente por representar lo temido, las tentaciones y las inmoralidades cometidas.

Algunos autores, como P. Aries, sostienen que los infantes no aparecían en las expresiones artísticas de aquellas épocas, ya sea la pintura o la literatura y que, la aparición de los objetos especiales para los niños como ropa y juguetes marcan la transición hacia el momento en que se los empezó a considerar como ‘infantes’. Antes de esto se pueden encontrar ejemplos como que los ambientes de niños y adultos no estaban diferenciados en los hogares, o que a los niños desde los siete años se los contrataba para trabajar (Cassinari, María: 2005). Si bien los distintos autores difieren sobre algunos de estos aspectos y el momento en que la infancia surgió como tal, coinciden en los maltratos que se propendía a los niños y en que esta es una historia que ha sido poco contada. De Mause sostiene que cuanto más antigua sea la parte de historia que miremos más maltratos veremos.

Sin embargo el valor de los niños comenzó a ser mayor con el advenimiento del capitalismo (P, Ariès.1987) el privilegio de la educación de los niños coincidía con el objetivo de convertirlos en aptos trabajadores del orden capitalista naciente que poco a poco necesitaba consolidarse. La sociedad occidental comenzó a infantilizar a los niños para convertirlos en los adultos necesarios para el futuro.

Es de esta manera que la historia de la protección infantil es muy reciente. Las banderas del cuidado y el privilegio de la niñez comenzaron a izarse hace no mucho tiempo.

### *Antes no era como ahora, todo tiempo pasado fue ¿mejor?... La familia*

Como venimos diciendo, la familia como la conocemos hoy en día, o es mejor decir, la familia tradicional, la familia nuclear, el amor romántico como “sentimiento” nace entre los siglos XVIII y XIX, recién en aquel momento histórico se intensifica la relación madre-hijo y el amor familiar comienza a regular las relaciones familiares. Por otro lado este mismo movimiento es el que marca que la familia comience a cerrarse sobre sí misma y que empiece a definirse dentro del ámbito de lo privado.

Aun durante el siglo XIX el abuso físico y sexual de los niños y las mujeres se entendía como un derecho de los padres, un derecho de propiedad. Es decir, estos abusos eran tolerados socialmente como derechos paternos que se ejercían de las puertas para adentro.

*Las instituciones legales como la crianza, el depósito y la adopción seguirán en pie hasta 1871. (...) las personas prefieren otras figuras como las del depósito en el cual se prefieren las niñas a los varones ya que ‘la preferencia por las mujeres estaría dada (...) por la posibilidad de aplicarlas a las tareas del hogar’. Son muy frecuentes los contratos de depósitos entre los padres de menores y un adulto depositario, entre los cuales se destacan el servicio gratuito de los menores a cambio de alimentación y educación.”* (Cassinari, María: 2005)

Sin embargo, como hemos mencionado con el advenimiento del capitalismo a la familia como entidad se le fue armando un lugar de protagonista principal en el modelo de sociedad. Como célula básica la familia era el sostén de los obreros capitalistas y en su seno debían formarse los ciudadanos y trabajadores de las nuevas naciones. La mirada entonces se posó sobre las familias, aunque con diversas modalidades según la posición social que ocuparan.

Antes de seguir avanzando, es oportuno trabajar sobre el concepto de *familia*. Según Bourdieu “*La familia es un conjunto de individuos emparentados ligados entre sí, ya sea por la alianza, el matrimonio, sea por la filiación, más excepcionalmente por la adopción (parentesco) y que viven bajo un mismo techo (cohabitación)*” (Bourdieu, P. 1994). Según el autor este concepto obtiene forma a partir de las representaciones sociales y funciona, una vez que es **naturalizado**, ya que desde pequeños nos socializamos en base a él y lo incorporamos como parte del sentido común. Es así que funciona como un **principio de visión y división** que clasifica a aquellos que están dentro de “las normas” de lo que se corresponde con el concepto naturalizado de familia y los divide de aquellos que las infringen, es decir los que están “*fuera de la norma*”.

El beneficio simbólico del “*ser como se debe*” y de estar entre los cánones de “*lo normal*” habilita a sentir la autorización de juzgar a aquellos que no cumplen con los mandatos del *ser familia* y pedir sanciones al respecto. Sin embargo, parte de este mismo movimiento es lo que el autor considera, el olvido y el ocultamiento de que para cumplir con los patrones y mandatos esperados son necesarias **condiciones sociales indispensables**, ya sea un nivel de ingreso, vivienda, universalidad de acceso a los bienes básicos, redes de contención socio-familiar, etc. Por lo tanto “... *Están en disposición de exigírselo a todos sin tener que plantear la cuestión de las*

*condiciones (...) de la universalización del acceso a aquello que exigen universalmente*". (Bourdieu, P. 1994)

Según Bourdieu, el Estado por medio de sus dispositivos e instrumentos es el responsable principal de establecer y mantener estas categorías de prescripción de comportamientos, estas **"construcciones sociales oficiales"**, describiendo y prescribiendo mediante la legitimación del "deber ser" de familia, trayendo al plano de lo público cuestiones de orden privado. De esta manera el Estado arbitra desde sus políticas e instituciones los procedimientos de control y prevención para cuidar la forma legitimada de 'familia' y se consolida como 'guardián' de este concepto buscando evitar los desvíos y no alterar el papel que el mismo tiene para el mantenimiento del orden social.

En palabras de Donzelot en "La Policía de las Familias" el Estado genera un mecanismo por el cual sustituye el brazo secular de la ley por la mano amiga del educador, y realiza observaciones de tipo inquisitoriales, implementando un saber clasificatorio mediante los exámenes médicos y psiquiátricos que se agrupan en una jurisdicción extra judicial.

### ***Familia pobre, familia vigilada***

Históricamente estas fueron las familias más controladas, aquellas que debían ser moldeadas para no desviarse. En estas unidades las mujeres-madres y sus hijos/as eran especialmente custodiadas. No es menor pensar que sobre sus manos estaba el futuro de los obreros de las naciones en crecimiento. Entrado el siglo XX se comenzó a privilegiar la salud del niño como objetivo, dentro y a través de la de su familia.

En esta tarea el papel de la medicina y especialmente la puericultura era fundamental, el vínculo médico-madre, que describe Donzelot en *Policia de las Familias* era nuclear en el modelo de atención que se establecía. Ese fue el cariz con el que la infancia comenzó a ser protegida. Y en Argentina, fiel seguidora del modelo europeo, se comenzó a trabajar en esta línea.

Según la línea que venimos trabajando entonces, la niñez pasó de ser maltratada y negada como tal por siglos y siglos, hasta que empezó a ser protegida en virtud de su salud, y de un sentido de la moral que debía ser construido para garantizar la fuerza obrera. El objetivo era niños sanos futuros ciudadanos y trabajadores. En ello, y para la Sociedad de Puericultura Argentina el binomio madre-hijo era central y se constituía como el escenario principal a trabajar. Dado que la salud del niño estaba anclada en la situación social de la familia, *"La relación materno filial se construía no sólo a partir de los aspectos biológicos reproductivos, íntimamente ligados a los momentos del embarazo y del nacimiento, sino también a partir de un vínculo psíquico y afectivo que se prolongaba a lo largo del tiempo."* (Nari, M. 2007:168)

Más allá de esto, hasta el 1900 en nuestro país las prácticas del infanticidio y el abandono seguían siendo usuales sobre todo cuando se trataba de hijos ilegítimos. El trabajo principal de los puericultores y de la medicina como tal era desestimar el valor de estas prácticas y comenzar a socializar el valor supremo de la familia y del vínculo de la madre con el niño.

Según el ideario médico entre los problemas sociales y los problemas de salud había una vinculación más que cercana, la salud del niño se evaluaba según la situación social de la familia.

Por ello con las madres de clases acomodadas se establecía un vínculo diferente. Una relación cordial basada en el consejo y la sugerencia. Al contrario con las madres pobres la vigilancia era la característica principal que se pragmatizaba en la imposición de normas y deberes de crianza de los hijos. La presunción principal era que eran incapaces de criarlos sin la supervisión de los puericultores, que eran débiles de voluntad y que sometidas a la tentación de los vicios de la pobreza llevarían por ese camino a sus niños, futuros ciudadanos que tenían frente a sí dos

posibilidades, ser reflejo de sus padres, o ser obreros productivos concienzudos y útiles a la nación, cuidadosos de la moral y las buenas costumbres. “... *la crianza de niños sanos; base de la riqueza económica política y social de la Argentina.*” (Nari, M. 2007: 176)

*“si queremos tener una raza fuerte de hombres sanos, obreros robustos, madres capaces de criar a sus hijos, tenemos ante todo que buscar el medio para que el niño nazca sano, que tenga un alimento adecuado a su edad, que no padezca frío y que viva en casas higiénicas, donde no falte aire ni sol.”* (Billorou, M, 2007:169)

Por ello las visitadoras de higiene, aquellos antepasados del Trabajo Social, eran las encargadas específicas de lidiar con las madres pobres, quienes por serlo eran las de mayor ‘inconducta’. Su vínculo especial y continuado ‘de mujer a mujer’ debía lograr que sigan las reglas que se establecían y que se acerquen a los médicos repitiendo “*pacientemente de nuevo el consejo oído al lado del médico*” (Billorou, M, 2007:173), ya que aún se resistían a las consultas periódicas en los institutos y dispensarios de puericultura. “*A través de la visita domiciliaria, los especialistas intentaron reducir la distancia tanto espacial como cultural entre las madres y las instituciones médicas. La profesión buscó, así, una mediación femenina para enfrentar la oposición de las madres...*” (Billorou, M, 2007:174)

Los médicos eran quienes comenzaban a medicalizar la crianza, ellos dictaban las reglas con las que se atraía a las madres a las instituciones de salud y se les imponía las normas de crianza adecuadas para sus niños, reglas de higiene, valores morales, modos de cuidado cotidiano. Todo lo que concernía al vínculo madre-niño era competencia de los puericultores y se establecía como un cuidado científico. Claro que las visitadoras de higiene tenían un papel principal en la divulgación de las reglas de puericultura y en el trabajo puntual con las madres. Siguiendo las normas y conductas que se establecían se podía alcanzar no sólo la plenitud física sino también y con la misma importancia la plenitud moral.

*“El discurso médico recurrió al concepto “ignorancia” como forma de caracterizar las experiencias, conocimientos, y actitudes femeninas. (...) las madres se encontraban cargadas “de prejuicios, de malas prácticas y de malos consejos”* (Billorou, M, 2007:173)

El que les tocaba era un duro camino a desandar, siglos de descuido hacia los niños debían dejarse atrás y no era una tarea fácil.

Sin embargo, si bien se privilegiaba el trabajo sobre el binomio madre-hijo, lo que en verdad se debía cuidar no eran los niños como sujetos en sí mismos, sino las familias argentinas como dotadas de la moral, y las buenas costumbres de una gran nación. Por esto coexistían los mecanismos para dotar a las madres de reglas de puericultura, a la vez que aún como objetivo importante se encontraba el resguardar la moral de aquellas familias que la veían en peligro. Como argumenta Billorou, los hijos ilegítimos continuaban siendo ocultados y entregados y por otro lado junto a la madre soltera estaba la visitadora quien se encargaba de disuadirla de abandonar a su hijo apelando al instinto materno ‘enderezandolas’ y si no lo lograban, se encargarían de buscar un destino para el niño que deseaban abandonar.

Por esto se legitimaban mecanismos que no buscaban proteger la niñez, sino a los futuros obreros y al honor de las familias que abandonaban, el torno y las casas de niños expósitos hablan claramente de mantener el anonimato de quienes abandonaban a sus hijos. Cuando el niño desaparecía tras el torno, sus padres podían olvidar aquel “estorbo”, era una práctica legitimada socialmente que buscaba más proteger el honor de los adultos que el destino de los niños. (Nari, M. 2004)

Por otro lado, como explica Nari, lo que se buscaba cuidar especialmente era la concepción de la mujer- madre ideal, el infanticidio, el abandono y el aborto seguían siendo prácticas usuales, pero

implicaban una desviación de la concepción del modelo de amor maternal instintivo. Por este motivo los médicos buscando evitar que esto tambalee justificaban los abandonos como actos de amor de las madres solteras y los infanticidios como actos de locura. Claramente no era la figura del niño la que privilegiaba sino la de modelos adultos de madre y familia ideales que debían prevalecer en el modelo de país que se buscaba.

*“Entonces los médicos, desde sus instituciones, deberían encarar esta tarea educativa: aunque resultara paradójico, enseñar a las mujeres a descubrir su instintivo amor por sus hijos. Y junto al amor, las formas científicas de cuidarlos, alimentarlos y educarlos para hacer de ellos los hombre y mujeres del porvenir.”* (Nari, M. 2007:141).

## **Capítulo II. Nuevo paradigma de derechos, nuevos discursos. ¿Nuevos modos de acción o viejos modos con caras renovadas?**

### **El cambio de paradigma**

Cuando se piensa en “justicia” se piensa en una de las instituciones que ha tenido y sigue teniendo un importante papel en la definición de lo concerniente a la norma, el límite, lo justo. Por ello a partir de las leyes, reglamentaciones, y demás instrumentos propios del Derecho se puede interpretar, en relación con un contexto específico, cuáles son las concepciones, ideas y destinos que en cada momento se tiene sobre la niñez y adolescencia.

En nuestra sociedad, a finales del siglo XIX con la instauración del capitalismo, la "cuestión social" (Castels, Robert, 1997) va configurando distintas formas de política y control social, delimitando sus respectivos destinatarios en el disciplinamiento de la mano de obra. La niñez pobre, aparece entonces, como objeto de intervención y se sientan las bases ideológicas y políticas para que la tutela y el sistema correccional hegemonicen el campo de los menores en nombre de su protección. La familia pobre era vigilada y para los desvíos de sus menores se erguía el sistema proteccional.

Como hemos trabajado en el capítulo anterior, nuestro país no fue la excepción en los maltratos y abusos hacia los niños. El código civil establecía que la patria potestad era parte exclusiva del padre, se concebía como un conjunto de derechos sobre la persona y los bienes de los hijos. El padre tenía dominio total sobre sus niños pudiendo pedir, incluso la intervención de un juez para detenerlos en establecimientos correccionales si así lo consideraba necesario para reformar la perversión y amoralidad de los mismos.

La ley 10.903 conocida como Ley de Agote, sancionada a principio de siglo XX, en el artículo 21 deja a criterio y arbitrio del juez considerar que un niño o adolescente está en situación de peligro material o moral disponiendo del mismo indeterminadamente, u otorgándole el ejercicio de la patria potestad. La Tutela-Patronato fueron las ideas predominantes en el plan de gobernabilidad hacia las clases consideradas inferiores generando dependencia y una relación donde existía un intercambio desigual entre los considerados superiores e inferiores.

Con la adopción de la "Convención Internacional sobre los Derechos del Niño", como sostiene Gabriel Lerner, el lugar que ocupa el niño en la sociedad, familia, y el Estado ha cambiado sustancialmente. La comunidad jurídica internacional define a los niños como sujetos de derecho y no objetos de tutela con lo que los paradigmas del menor en peligro material o moral se encontraban luchando simbólicamente en el campo del derecho y la intervención social. Desde distintos ámbitos se considera la importancia de una Ley de NnyA que haga responsable a distintos organismos estatales administrativos competentes la aplicación de la Convención Internacional de

los Derechos del Niño.

Finalmente en Diciembre de 2005 se sanciona la Ley 26061 de Protección de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes. Esta ley tiene como objetivo la protección integral de los derechos de las NNyA que se encuentren en el territorio de la República Argentina, para garantizar el ejercicio y disfrute pleno, efectivo y permanente de aquellos reconocidos en el ordenamiento jurídico nacional y en los tratados internacionales en los que la Nación sea parte.

Estos derechos deben ser asegurados por su máxima exigibilidad y se sustentan en el interés superior del niño. La responsabilidad se atribuye a los órganos gubernamentales, pudiendo cualquier ciudadano interponer medidas administrativas y judiciales para restaurar el derecho pleno en caso de que estuviera vulnerado. De esta manera garantiza jurídicamente un Sistema de Protección integral del NnyA basándose en la importancia de la Política Pública existente y la que hace falta para cumplimentar el objetivo. Asimismo hace hincapié de la necesidad de trabajar con las familias, la comunidad, las ONGs, la escuela y demás organismos estatales para garantizar los derechos e informar los derechos que están siendo vulnerados. El hincapié también está puesto en el centro de vida del niño y la importancia de que sea oído. *“El mayor logro de esta ley (...) es precisar el rol esencial y prioritario de la familia como medio social preferente para el desarrollo de los niños y adolescentes, exento de la intervención o injerencia arbitraria del Estado, al que se le reserva un rol absolutamente subsidiario”* (Ballarin, S; Rotonda, A.2006)

### **Marco legal: la ley 26.061**

En el marco de políticas de Estado neoliberal, la ley 26.061 de Protección de los derechos del Niño, Niña y adolescente, fundamentalmente delega responsabilidades para el cumplimiento de los mismos a entes administrativos del Poder Ejecutivo. En la ciudad de Buenos Aires es la ley 114 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes la que apunta a derogar la ley de Patronato de Menores teniendo como base la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y demás tratados internacionales incorporados a la Constitución Nacional en el año 1994 y la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Esta Ley crea las Defensorías Zonales que se encuentran situadas en los distintos barrios de la ciudad de Buenos Aires. También, para efectivizar el trabajo bajo la nueva ley, el Consejo de los Derechos de NNyA<sup>3</sup> creó la Guardia Permanente de Abogados.

En cuanto a la intervención de la Guardia Permanente de Abogados, la misma es solicitada por la Policía Federal Argentina, el Ministerio Público Fiscal y de la Defensa, tanto de la Ciudad como de la Nación, los jueces nacionales de menores y civiles, los jueces federales y los organismos gubernamentales. Su intervención es crucial en las situaciones previstas en la Ley de Procedimiento Contravencional de la Ciudad de Buenos Aires, y para situaciones asistenciales o de vulneración de derechos. En este contexto, el CDNNyA realizó acuerdos de gestión con las secretarías de Salud, de Desarrollo Social y de Educación para que en los casos en que se detecte algún tipo de vulneración de derechos de NNyA, sea comunicado inmediatamente a la Guardia Permanente de Abogados, a fin de articular las acciones tendientes a hacer cesar la situación de vulneración, promoviendo la protección integral de estos NNyA.

El Consejo de los Derechos del NNyA como modalidad particular de las unidades gestoras con miras a efectivizar y proteger derechos, está vinculado directamente con el poder ejecutivo. En este sentido se advierte como ente específico para derivar situaciones de vulneración de derechos que requieren una atención inmediata tales como: violencia familiar, violencia intrafamiliar, maltrato infantil, negligencia de los padres en el cuidado debido a sus hijos menores, menores en riesgo,

3 En adelante CDNNyA

abuso sexual, entre otras.

A menudo suele suceder en las situaciones de internación que se presentan en la sala que los tiempos de las instituciones no coinciden con los del niño/a o su familia que en general corren en la cotidianeidad con más rapidez que los de las instituciones. Las internaciones a menudo se demoran porque se espera una evaluación o un dictamen del Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, por lo que los tiempos se dilatan mucho y depende del trabajo de los abogados de la guardia permanente de abogados que cambian diariamente. La elevación de informes desde el hospital y la respuesta a estos desde el Consejo o las Defensorías, quienes deben autorizar el egreso, provocan muchas veces que las internaciones se prolonguen innecesariamente con todo lo que ello significa para el acontecer cotidiano de las familias y del niño que pasa sus días en un establecimiento poco propicio para sus necesidades. Como argumenta Tonon a menudo las mediaciones institucionales conllevan mayor tiempo que las intervenciones en sí mismas.

Desde el hospital la relación con el Consejo se sostiene frecuentemente entre el ida y vuelta de informes, o el dictado medidas en el vacío que no tienen en cuenta el contexto y las posibilidades familiares. *“A veces pretenden mucho sin mucho criterio...”*<sup>4</sup> y las intervenciones se terminan complejizando porque se debe lidiar además, con estas cuestiones.

El Consejo y sus Defensorías frecuentemente desarrollan un accionar que consideramos errático y/o basado en el espontaneísmo que dilata innecesariamente las intervenciones o no considera las evaluaciones hechas desde las profesionales o, a la inversa, espera una total toma de decisiones desde el hospital sin realizar sus propias evaluaciones e intervenciones. En lo cotidiano suele suceder que el Consejo de Derechos no se hace presente con acciones claras y resolutivas.

Es necesario mencionar que en algunas situaciones, las evaluaciones realizadas por el CDNNyA se entrecruzan con la realidad de las instituciones que trabajan con la niñez. Por un lado, nos encontramos con equipos de trabajos que no perduran en el tiempo, dada la movilidad y recambio de los profesionales, y por otro lado, se observa que los recursos en vez de estar a disposición de las evaluaciones de una familia, se da al revés, la evaluación se realiza en función de los recursos<sup>5</sup>. Es una realidad que no se cuente con vacantes para hogares, lugares de tratamiento, recursos económicos para las situaciones familiares con problemas socio-económicos, entre otros problemas.

Estos problemas que podríamos llamar estructurales, ya que tienen que ver con decisiones políticas y que reflejan el lugar que ocupan los problemas de la niñez actualmente en la agenda de gobierno, generan discusiones dentro del equipo de salud que llegan a cuestionar la viabilidad de la legislación vigente para la niñez.

### ¿Libre interpretación?

Como ya se ha establecido este trabajo surge de las reflexiones realizadas a partir del paso por las salas de maternidad- neonatología y pediatría del hospital P. Piñero.

Como puede observarse en el trabajo cotidiano, la Ley presenta diversas interpretaciones, según quién se encuentre nombrándola. Nos encontramos con conceptos, que parecen tan generales, inclusivos de varios significados. *“El bien superior del niño”* es uno de ellos. En términos generales, desde lo discursivo de esta oración, cada actor interviniente en situaciones donde NNyA tienen sus derechos vulnerados, apoya su significación. Ahora bien, ¿a la hora de evaluar una situación qué significa “el interés superior del niño”?

---

4 Extraído de la entrevista a referentes de la sala

5 Idea extraída de entrevistas a referentes de sala.



Se puede ver que en las evaluaciones que se realizan desde el hospital como las que realiza el organismo administrativo se encuentran atravesadas por la connotación ideológica que cada profesional le impregna a la problemáticas de la niñez. De esta forma surgen las diversas interpretaciones que podemos asignarle a la ley. Incluso en un mismo organismo de Estado puede trabajarse con distintas concepciones acerca de la niñez y su protección.

Ahora bien, en función de qué y porqué se hacen estas libres interpretaciones. El problema es cuando se realizan puramente en función de lo que cada uno ha aprendido como “lo bueno y lo malo”, y “lo que debe ser o no”. ¿Cómo debe ser una madre? ¿Cómo debe ser una familia? ¿De qué hay que cuidar a los niños?

### **Capítulo III: El hospital como escenario: la salud de los niños y la intervención en base a sus derechos**

Mirando la historia advertimos que los niños eran considerados objetos propios de sus padres. Hoy en día nos guiamos bajo paradigmas internacionales de protección de la niñez que prohíben y castigan el maltrato a la niñez y que privilegian a sus protagonistas como sujetos activos. Es así que cuando se trata de niños/as se ponen en juego un marco mucho más amplio de protecciones, determinadas por la urgencia de *proteger* en aquellos casos en que haya derechos que no se están cumpliendo, ya que especialmente dentro de las instituciones estatales a los niños/as se les debe una protección especial.

En virtud de lo anterior inauguramos un nuevo punto de discusión; a diferencia de lo trabajado en el primer capítulo podríamos analizar que hoy asistimos a otro fenómeno en el que a menudo se cruza al otro extremo, los niños serían vistos como reflejo de toda ‘pureza e inocencia’ y a sus padres se los ve como seres sin historia, resultado de sus propios errores. A menudo las instituciones asumen un rol paternalista de cuidado y protección que pasa por encima las decisiones e historia de los padres. Es así que a veces, nos vemos envueltos en un mecanismo en el cual los niños seguirían siendo *objetos* pero de una nueva forma que mezcla lo viejo y lo nuevo y que se ampara en la **libre interpretación**.

Para desarrollar estas ideas nos basaremos en la experiencia recorrida en nuestro ámbito de acción en las salas de maternidad, neonatología y pediatría del hospital Piñero.

#### **El Hospital Piñero**

El hospital Parmenio T. Piñero se encuentra ubicado en el sur de la ciudad en el barrio de Flores en el sector más comúnmente conocido como “Bajo Flores”. Tiene el área programática más grande de los hospitales de la ciudad contando con nueve Centros de salud y Acción Comunitaria a cargo más un centro de día de adicciones. Su área de influencia está compuesta por los barrios de Flores, Parque Chacabuco, Parque Avellaneda, y además llega a atenderse gente que habita en los barrios de Lugano y Caballito. En estos sectores hay gran cantidad de asentamientos, barrios conformados como villas, y entre ellas una de las más grandes de la ciudad como lo es la villa 1-11-14 en el bajo Flores constituyéndose en una de las zonas más pobres de la ciudad.

Revisando la historia de nuestro país, específicamente la década del '90, encontramos que se acentúa el proceso de mercantilización de la salud cuyos orígenes remontan a la última dictadura argentina. La salud deja de ser concebida como un derecho social, universal y garantizada por el Estado, para ser un bien de mercado, comenzando a funcionar bajo sus reglas. La salud deja de ser un derecho para convertirse en un bien de mercado, instalando fuertemente la idea de que la salud

es una cuestión individual, que cada sujeto debe resolver individualmente. Sólo recurren al sistema público de salud los sujetos que no pueden recurrir al sector privado, creando la imagen del “hospital público para pobres”.

Las diversas políticas que se fueron sucediendo repercutieron y acentuaron el desmantelamiento, escasez de recursos económicos y materiales, y ajuste a los hospitales. En la actualidad, los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires se encuentran atravesando una de las peores y desastrosas crisis. La falta de insumos básicos para la atención y la falta de medicamentos son constantes del día a día.

### **La Sala de Neonatología**

A este servicio ingresan los bebés recién nacidos (hasta los 30 días) que requieren atención médica por algún problema de salud.

Una de las particularidades de esta sala es la población que allí asiste, con una problemática nueva, que genera un gran impacto en los profesionales y en la institución en general. Se trata de mujeres que se encuentran viviendo en situación de calle y con consumo problemático de sustancias psicoactivas, observándose que en la mayoría de las situaciones se acercaban por primera vez a un efector de salud en el momento de parir, en algunas situaciones con sus bebés ya en brazos porque no habían llegado a tiempo, otras debieron ser internadas antes del nacimiento por alguna complicación. Muchas de ellas no pudieron esperar los tiempos institucionales, retirándose antes de ser atendidas y regresando con trabajo de parto, y las que tuvieron su parto, retirándose y volviendo a los días.

Las situaciones de los bebés de estas mujeres madres, son informadas a la Guardia Permanente de Abogados del Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes<sup>6</sup>, como dictamina la Ley 114 CABA y la Ley Nacional 26.061.

Los tiempos de intervención y abordaje en estas situaciones especialmente, son distintos, forzando a cuestionar cualquier modalidad establecida. Cabría preguntarse ¿de qué tiempos hablamos? ¿El tiempo de quién? Lo preocupante es que muchas veces se van al poco tiempo de haber parido y no habiendo tenido el reposo y recuperación esperada. ¿Y la institución como prevé esta situación? Sin duda dejando que se vayan, y sin una intención de modificar las estrategia de trabajo, acorde a los tiempos de cada mujer, al menos por ahora.

Esta nueva problemática demandó repensar la modalidad y las estrategias de trabajo que interpelló a prácticas viejas que se desarrollaban en la sala. Este cambio de modalidad no fue sencillo, ni lo es aún, y expresa las relaciones de fuerza, de poder, que se da en la sala. Pudimos observar grandes resistencias a ello por parte del equipo médico, así lo expresó la jefa de sala en una charla de pasillo: “*Si ustedes no hacen lo viejo, nosotros no hacemos lo nuevo*” (en referencia al cambio de modalidad de las interconsultas).

### **La Sala de Pediatría**

Una de las características del proceso de rotación por esta sala fue la recurrencia de internación de niños/as a raíz de situaciones de abuso sexual, y violencia que también requirió y demandó un abordaje particular.

La internación en la sala de pediatría debe ser conjunta, el niño debe estar acompañado por un adulto responsable en caso de que esto sea posible.

---

6 En adelante CDNNyA

Claro que esta obligación no suele estar acompañada por condiciones hospitalarias adecuadas. Si todas las camas se encuentran ocupadas el/la acompañante del niño/a no cuenta con un lugar propio para pasar las noches, debiendo a menudo dormir en una silla. Esto no es un dato menor sobre todo si consideramos que dependiendo de la situación de que se trate, algunas internaciones se prolongan más de unos días, tomando semanas o llegando hasta el mes de duración.

La vida se comparte al interior de las salas ya que la internación se caracteriza por la falta de privacidad y la convivencia entre pacientes con distintos padecimientos y su madre o padre o acompañante. Esto es negativo por la falta de privacidad que implica el estar atravesando por una situación tan compleja como es la internación de un hijo/a, y a la vez tener que compartir el espacio con otros pacientes y sus familiares.

En la sala de maternidad, esta falta de privacidad se ve, aparte del hecho de compartir la sala con ocho o diez mujeres, cuando el equipo de médicos realiza “pases” diarios, donde irrumpen entre diez y trece personas que hablan sobre cada una de las mujeres y de su situación de salud. Se habla sin el menor resguardo posible que se podría y se debería tener. Se expone la situación personal de cada mujer, innecesariamente. A esto vale agregar que, la forma de referirse a las mujeres es nombrando el número de cama que ocupa, el estado de salud en el que se encuentra: “*cama 32, puérpera de dos días de evolución...*”; “*cama 29, legrado con un día de evolución...*”, “*cama 13 puérpera adicta a la pasta base...*”.

Sin embargo a veces, y nos parece importante resaltar, pueden generarse relaciones de reciprocidad y solidaridad, ya que en el compartir diario, los pacientes y sus acompañantes charlan, cuidan a sus hijos/as mutuamente, etc. “*en la sala se convive mucho, se acompañan y se cuidan entre ellos, así como también a veces hay problemas.*”<sup>7</sup>

La internación de un niño es un evento desorganizante al interior de la familia. La rutina cotidiana familiar se altera necesariamente, cuando hay un adulto que debe permanecer internado con el niño/a, en general la madre, quien a la vez se ocupa del cuidado del resto de los niños y de la manutención hogareña. Esto se vuelve aún más complicado cuando se trata de familias que cuentan con pocas redes de contención social efectiva que puedan brindar ayuda en momentos de crisis como estos, y que viven en la pobreza, con un conjunto de derechos sociales y humanos básicos vulnerados. Es por esto que la internación se torna mucho más complicada, y dado que desde Trabajo Social se trabaja a partir de “*lo que sucede con los miembros de la familia a partir de la situación*”<sup>8</sup> es que a que a menudo se termina interviniendo con el escenario ampliado más allá de aquello que se limita a la internación del paciente en cuestión.

### **La intervención, los niños y las libres interpretaciones**

El espíritu de las leyes sobre las que hemos trabajados pone especial atención en cuidar el vínculo del NNyA con su familia de origen, cambiando también la concepción sobre la niñez pasando de ser considerada objeto, como apuntaba la derogada ley de Patronato de Menores, a ser considerada sujeto de derechos con voz y deseos propios.

Este vínculo debe ser privilegiado pero no es tarea simple. Las familias de los niños internados en ambas salas suelen ser objeto de diversas miradas cuestionadoras por parte de los distintos profesionales. Siendo el Trabajo Social quien debe ocuparse de la intervención especializada con las mismas para que sea externado según las reglas de protección con las que la institución debe cumplir.

---

7 Extraído de la entrevista a las referentes de sala

8 Extraído de la entrevista a las referentes de la sala de pediatría

En el equipo de Trabajo Social nos desempeñamos con la prioridad de proteger al niño/a o adolescente, bajo el paradigma de protección integral de derechos de Niños, Niñas y adolescentes. El mismo funda las intervenciones basándose en el respeto del “interés superior del niño”, el cual se define en la ley 26.061 como *“la máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías...”*.

A la vez se interviene en pos de respetar el *derecho a la salud*, entendida en forma integral y como derecho humano, comprendiendo que la salud de un niño/a no se compone sólo de lo físico biológico, sino de cómo vive su cotidianidad y si en la misma sus derechos están siendo respetados. Es decir, la salud no sólo en sentido médico sino como calidad de vida. Según la ley básica de salud 153 la concepción integral de la salud se vincula *“con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente”*, respetando la identidad y dignidad de las personas.

Cuando un niño se encuentra internado a quien se mira es a la familia. Podemos ver en el accionar cotidiano de estas salas que se repiten muchos de los mecanismos sobre los que más arriba hemos trabajado. La familia es observada, en especial las madres, muchas veces decodificadas como incapaces, juzgadas e inhabilitadas como tales. Sobre todo cuando se trata de madres que tienen un consumo problemático de sustancias o cuando se las evalúa como ‘ignorantes e incapaces’, motes que a veces se establecen directamente y otras se dejan entrever en los discursos.

Antes de seguir avanzando, es propicio aclarar cual el modo en que llegan las situaciones de trabajo al equipo de trabajo social. La mayoría de las demandas llega por interconsulta del equipo médico y a partir de allí las mismas se empiezan a deconstruir junto a los sujetos con quienes se interviene, focalizando en el trabajo con los referentes del niño.

Se entiende que cada situación es particular en sí misma y tiene una historia y un transcurrir, que es la de aquel niño/a o adolescente y sus referentes quienes se encuentran bajo una internación. Es por esto que más allá del tiempo de duración de la misma se entiende que la intervención debe constituirse como un proceso que no sólo tome en cuenta lo eventual sino todo lo particular que constituye el *‘aquí y ahora’* del sujeto.

En las entrevistas se pregunta y trabaja en relación a la situación cotidiana de la familia, acerca de cómo es su forma de organización diaria, los motivos por los que consideran que están internados, la explicación de porqué intervenimos como trabajadoras sociales, sus intereses, excediendo muchas veces el motivo puntual de la internación e intentando despejar las fantasías, imaginarios y miedos que a veces representa la profesión, y los prejuicios que atraviesan las interconsultas. Desde la forma del primer contacto, la presentación, las preguntas y las maneras de preguntar, intentando crear un clima de intimidad y confianza, respetando los deseos y la decisión de cada familia.

En la sala de neonatología cuando se trata de madres con consumo problemático de sustancias se han escuchado sentencias como *“mejor si no encuentran a la familia de este chico, ni la busquen”*, cuando la sala está completa se escucha la tan reiterada demanda que clama porque *“saquen a estos chicos”*, *“el caso social”*, *“la paquera del fondo”*. Es por esto que se debe trabajar entre los tiempos de la institución y los de la familia con quien se interviene.

*“En cuanto al trabajo con las mamás que consumen es otro ritmo de trabajo, hay que ponerle mucho el cuerpo, hay que acompañarlas mucho porque a veces se van. Se ve una gran resistencia de los médicos para trabajar con esta situación.” “Esta población requiere de armar un dispositivo y un repensar continuo. Ser más flexibles con mamás que se van y vuelven porque no se pueden quedar y son sinceras muchas de ellas y plantean esta situación de que no se pueden quedar. Se articula con la familia para el cuidado de los bebés. Se intenta conocer rápido y armar*

*un vínculo con la mamá, después se piensa la intervención, porque la realidad cambia muy rápido”<sup>9</sup>.*

Se observa que el hospital genera rechazo de esta población. Este rechazo se manifiesta en no abordar la problemática de la salud de forma integral, esto se ve cuando ingresan estas mujeres con trabajo de parto, sucediendo que atienden el mismo y no se considera la posibilidad de realizar otros estudios de rutina, que permitan descartar o comenzar a tratar otras problemáticas de salud, especialmente porque quizá este sea la puerta de entrada al sistema de salud.

Se trata de un trabajo que requiere interdisciplinaria, donde se articulen las estrategias decididas como las óptimas para cada situación. El rol, el papel que cumple el trabajo social en la sala es importante para cada mujer, y sobre todo para las mujeres con problemas de consumo, ya que “humaniza la internación”, registra cada subjetividad procurando que el deseo de cada una de ellas sea escuchado. Se intenta trabajar a partir de la historia de cada mujer, de su deseo como mujer y como madre, se refuerza en el armado de un vínculo que pueda quedar como referencia.

En el trabajo en la sala pediatría suele suceder que cuando los médicos se quedan sin herramientas frente a situaciones que exceden “lo normal” interconsultan a las trabajadoras sociales para que vean si todo “va bien”, es así que llegan demandas en base a “*se cayó tres veces y tiene una mamá adicta*”, “*el papá está solo, fijate...*” “*se va y lo deja solo*” y además “*hay un tema de consumo*”, “*andá a ver al 26*”, “*lo que esta mamá no entiende es que...*” o a veces surgen desde el jefe de la sala “*no sé qué hacer con esta madre*”, etc.

Por esto, cuando una familia ingresa a la sala de pediatría, en base al problema de salud del niño/a, si algo resulta ‘fuera de lo común’ comienza una revisión de la vida y el presente de toda la familia.

En esta sala se ha podido construir una relación positiva de trabajo a partir de la cual se respeta nuestro accionar como trabajadoras sociales. Se transmite la situación general de la familia a los médicos para ponerlos al tanto de la misma y de la intervención que se está realizando al respecto. Es posible discutir con los pediatras y enfermeros/as de la sala acerca de las situaciones en las que se está trabajando mediante intercambio de opiniones o para mantenerse mutuamente al tanto del devenir del paciente. Es así que si bien la demanda llega por interconsulta de una manera, luego esta se redefine en la intervención y en general (más allá de algunas diferencias), es posible continuar trabajando desde esta redefinición con los médicos de la sala.

### **Repensando el concepto de familia**

Retomando las ideas sobre familia trabajadas en el primer capítulo podemos decir que, a menudo la trayectoria de vida de las familias con las que se trabaja en las salas y la de sus integrantes en particular está marcada por la ausencia o insatisfacción de las condiciones básicas, lo que lleva a que se encuadren fuera de los cánones de normalidad del *ser* familiar y muchas veces sus historias están atravesadas por políticas estatales iatrogénicas que no han logrado garantizar esas condiciones, y han generado a veces más vulneración de derechos.

En ese marco, y como parte de una institución estatal, se enmarcan nuestras intervenciones, que, sin embargo, buscan problematizar el concepto de familia, cruzándolo con los deberes preestablecidos y los derechos vulnerados de los sujetos con que se interviene y su historia, dejando de lado los juicios y prejuicios morales trabajando en pos de una mejor calidad de vida para el niño/a. Esto suele producir un discurso especulativo que criminaliza y vuelve peligrosas las conductas de los pobres en base a campos que remiten a lo que ‘se espera que suceda’ desde un

---

9 Entrevista a las trabajadoras sociales de la sala.

lugar de poder que decreta la bondad propia y a la vez configura principios tutelares y proteccionales, ya que lo que está mal no puede haber sucedido en organizaciones familiares ordenadas y continentales.

El espíritu de las mencionadas leyes pone especial atención en cuidar el vínculo del NNyA con su familia de origen, cambiando también la concepción sobre la niñez pasando de ser considerada objeto, como apuntaba la derogada ley de Patronato de Menores, a ser considerada sujeto de derechos. La intención de las intervenciones que se realizan desde Trabajo Social consideramos que van en ese sentido, siempre que no haya alguna situación donde la preservación del vínculo sea perjudicial para la salud del NNyA.

En las entrevistas se trabaja la historia y el acontecer presente de las familias, la situación por la que están atravesando que redes de contención tienen, con el objetivo de problematizar el concepto establecido de familia y la situación actual intentando salir del ámbito de los prejuicios para ver que pasa detrás y como se puede trabajar para mejorar esas situaciones.

Sin embargo y considerando lo trabajado anteriormente junto a estos conceptos nos permitimos cuestionar un fenómeno que parece presentarse. Lo que sucede en las salas es que a diferencia del pasado no se intenta cuidar a las familias y a los niños **a través** de ellas, sino que en base a ese modelo tradicional que se consolidó en aquella época se juzga a las familias de ésta época imponiendo aun esas mismas exigencias. Podría decirse que, no se intenta ‘cuidar’ a las familias que ingresan al hospital sino que a menudo, se busca ‘resguardar’ de ellas a los niños/as que quedan internados. Pareciera que hoy es a ellos a los que hay que cuidar **‘a pesar’** de sus familias, más allá de que discursivamente la mayoría acepte lo que la ley propone (que se privilegie el vínculo con las familias). Cuando esto sucede el propósito que establecen las leyes actuales cae en saco roto, expresándose en un pedido explícito de regresar a la pasada legislación, seguido de la “depositación” de la situación a las trabajadoras sociales, como analizaremos más adelante.

Desde el Trabajo Social cada situación se comprende intentando dejar de lado los datos preestablecidos, en base a la necesidad de desnaturalizar ciertas categorías cosificadas. En principio no creyendo de primera mano algunas de las cosas que los médicos dicen y que se decodifican como ‘un rumor’ generado en la habitación o a partir de algo que la madre o el niño/a dijo y no está encuadrado en contexto. Entendiendo el problema desde la vulneración de derechos y no desde el ‘riesgo’ familiar. Y es desde allí que se intenta generar una síntesis entre los deseos de los protagonistas y sus perspectivas y la que se construye desde el Trabajo Social. Utilizando además, la posibilidad de confrontar con los médicos y defender nuestras evaluaciones en pos de transformar la situación de vulnerabilidad del chico/a. *“Las estrategias están vinculadas con las trayectorias y, por lo tanto, deben dirigirse a la rearticulación de los patrimonios, las referencias y los intereses, fortaleciendo el poder de los sujetos dominados en sus relaciones sociales.”* (Faleiros, V. 2003:78)

### **La travesía de los discursos: deconstruyendo la demanda, construyendo la intervención**

Uno de los planteos que guían este trabajo es el de cuestionar algunos de los discursos que aparecen en nombre de la *“protección del niño”* y que juzgando puramente a los padres se envían guiándose por las libres interpretaciones.

Partimos de considerar a los discursos como construcciones sociales de enunciación, que en algunas oportunidades se expresan en las prácticas profesionales cotidianas, otras veces son simples enunciados que responden a lo que se espera (a lo “políticamente correcto”) no teniendo su reflejo en el quehacer profesional. Estos enunciados parten de las concepciones que cada uno posee, responden a determinadas valoraciones que están íntimamente relacionadas con las historias

personales, atravesadas por el contexto socio-económico-político-histórico. Ahora bien, ¿cómo pensar esta construcción de discurso en las prácticas de la salas?

Como analiza Foucault en su libro “El nacimiento de la Clínica”, llega un momento en que no se trata de reconocer una enfermedad por sus síntomas y signos, sino de “restituir al ámbito de la palabra, una historia que cubre su ser total, haciéndola transparente por medio de la misma”. El acto de nombrar y describir a los padres de los niños/as como “*es una paquera*”, “*la paquerita*”, “*se va y lo deja sólo*”, etc. es un acto meramente descriptivo, una percepción del ser que no deja de ser lo que lo nombra y se prepara para que ante cada nueva manifestación de su subjetividad sea nombrado y renombrado nuevamente, creando un *estigma*<sup>10</sup> que lo señala. Es por esto que nos parece interesante pensar si desde esta institución a partir de estos discursos hoy en día se sigue buscando influir en la moral de las personas desde el lugar de poder profesional.

Por esto nos parece imprescindible la deconstrucción y reconstrucción de la demanda en el trabajo diario. Esto se debe a que a menudo las interconsultas a Trabajo Social llegan considerando este ‘deber ser’ ideal de familia y marcando el riesgo de la posibilidad de que se estén desviando estos principios mediante las etiquetas que se ponen a partir de ello, de parte de los médicos en base a sus patrones de alarma. Esto se podría ver sobre todo con aquellas madres que confrontan con los médicos, llaman la atención por alguna cuestión particular, o que son adolescentes.

Es aquí cuando los fantasmas del patronato pueden reaparecer, si el concepto de familia se entiende como preestablecido se puede caer en la tentación de querer ‘disponer de un menor’, sin comprender que cada situación es única y tiene su historia.

Respecto a las declaraciones que a veces realizan los profesionales o formas de intervención que observamos de parte de algunos médicos de las salas nos arriesgamos a decir que a veces se da un mecanismo que es necesario analizar. Más allá de la aceptación discursiva casi general de la ley 26.061, la realización de acusaciones en base a juicios morales sin sustento en la comprensión contextual de cada realidad familiar, demuestra que si no cuestionamos las visiones naturalizadas se sigue pensando según el espíritu de marcos legales ya superados. En función del preconceito de que ‘la madre es puro amor y todo lo puede’ cuando se trata de un hijo, se pone en juego un orden disciplinador sancionador, que busca reencauzar las acciones de cada madre de la que se sospeche que no es lo que debería ser.

De esta manera aparecen de parte de algunos profesionales una oscilación entre retos del estilo de “*si volvés a darle de comer a tu hija sin sonda la podés matar*” o dirigirse a ellas hablándoles como si fueran niñas o incapaces de comprender lo que sucede. Es así que muchas veces los padres y madres no comprenden qué es puntualmente lo que les sucede a sus hijos pero no se animan a hacer preguntas a los médicos dado que ya habían recibido respuestas muy escuetas o poco satisfactorias a las preguntas que habían realizado. Los resultados son a veces, de parte de las madres declaraciones de este tipo: “*hablan detrás mío*” “*dicen cosas que yo no entiendo y me da miedo*” “*Hablan entre ellas*” “*¿que creen, que yo no puedo entender?*” “*no me creen*”.

Entre este y otros pueden distinguirse discursos relacionados a un “deber ser” como familia, es decir, aquí podemos ver lo que desde las salas se considera “correcto” en el accionar de las mujeres que acaban de parir, de las madres o padres de los niños internados. Se espera que se comporten de una determinada manera, por los equipos considerada correcta, sin tener en cuenta la singularidad de cada persona y de cada familia, sin tener en cuenta el contexto donde se desarrolla la cotidianidad. Se espera un “ideal”, que está muy lejos de lo real, y no visualiza lo posible a trabajar

---

10 “El termino estigma será utilizado, pues, para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador en un individuo. La sociedad establece los medios para categorizar a las personas y el complemento de atributos que se perciben como corrientes y naturales en los miembros de cada una de esas categorías” Goffman Erving “Estigma. La identidad deteriorada”. Amorrortu/editores. 2003.

con las familias.

Es por esto que durante cada intervención se pone especial hincapié en crear una relación y un ambiente donde predomine la confianza, tanto con el niño/a o adolescente como con sus referentes, y con las mujeres que llegan a la maternidad. Se trata además de comprender que cuando se interviene durante la internación de un niño/a se ponen en juego una cantidad de miedos y preocupaciones de los familiares en cuanto a su salud que no pueden dejar de ser tenidos en cuenta, ya que se interviene muchas veces en medio del dolor de los sujetos. Por ello se busca crear un espacio donde puedan expresar sus inquietudes, necesidades, problemas y deseos para trabajarlos a la vez que se problematizan algunas situaciones. *“Nuestro análisis considera las relaciones interpersonales involucradas en las relaciones sociales globales como un proceso complejo de mediaciones sujeto/estructura, en una visión relacional de la estructura de la co-producción de la sociedad y de los individuos.”* (Faleiros, V. 2003:45)

A menudo esto tuvo que ver con darles un tiempo para conversar, de contención escuchar lo que tienen para decir, en la sala de pediatría específicamente trabajar acerca de las dudas sobre lo que sucede con sus hijos, acompañarlas en algunos procedimientos, etc.

También, se intenta contactar a familiares o amigos que puedan contener y acompañarlas. En cuanto a la realidad de las mujeres en situación de calle se intenta contactar a familiares o amigos que pudieran acompañar u ocuparse de los cuidados de los bebés una vez de alta. En las entrevistas con ellas, se abren sus historias, muy complejas y dolorosas, pudiéndose observar lo que el equipo de trabajo social define como *“arrasamiento social”*, intentando dar cuenta de la seguidillas de situaciones que han atravesado, que las llevaron a consumir y a estar en la calle. █

Sin embargo para el entendimiento institucional parecería decodificarse que es sólo al niño/a al que hay que proteger y a menudo la demanda hacia el Trabajo Social no considera importante la historia y las necesidades de quienes están a cargo de él. Como en el pasado era tarea de la *visitadora* tener conciencia del estado de ignorancia de las madres pobres y revertirlo para que sepan cuidar a sus hijos, hoy pareciera que la demanda a veces sigue siendo convencer a la madre de su ‘ignorancia e incapacidad’ y ser quien ‘lidie’ con ellas. La institución concedora de su poder busca imponerlo y poseer todo control sobre las decisiones a tomar, en gran cantidad de situaciones se imponen reglas a quienes estén internados, y se los tiene en buena o mala estima según las acepten y apliquen o no.

*“Las experiencias y los conocimientos transmitidos no eran los deseables para los médicos. Éstos los negaban o los rechazaban: cuando se consideraba su existencia, fueron repetida y continuamente descalificados como ‘falsos’ y ‘perjudiciales’. El propósito era cambiarlos y homogeneizarlos: uniformar una serie de comportamientos, hábitos, sentimientos y valores alrededor de la crianza, el cuidado y la socialización de los hijos en función del nuevo modelo de madre: sufriente, amorosa y altruista. Esta educación de la mujer se proponía construir un tipo de madre.”* (Nari, M. 2007:141)

Por ello es que el trabajo en las salas interpela a realizar una tarea casi obligada de **desnaturalización** y **problematización** constante. Como venimos diciendo, el modo de trabajo que hemos sostenido, busca darle el protagonismo al niño/a o adolescente según la situación por la que esté atravesando pero siempre considerando sus **deseos** y **necesidades**.

Esto también puede visualizarse, en cuanto al **desenlace** de la situación el cual se trabaja dentro del proceso de la intervención, como un aspecto particular, que en lo posible gire en torno a los deseos y decisiones conjugando lo deseable y lo posible. En las entrevistas se pregunta puntualmente, tanto a las mujeres en la sala de maternidad, como a los niños en la sala de pediatría *¿Qué te gustaría que pase? ¿qué crees que va a pasar?.*



En cada entrevista hemos intentado realizar junto a las referentes una escucha atenta a los detalles y dispuesta a saber que pasa detrás de lo que está sucediendo, haciendo repreguntas orientadas en ese sentido. Esto nos permite analizar que la intervención no se trata de una presentación de soluciones posibles al problema en cuestión, sino de una construcción conjunta entre los sujetos y las profesionales para crear la mejor alternativa, entendiendo que la vida de esa familia excede la internación en el hospital y continúa luego de la externación. *“La construcción de las estrategias favorecerá, así, el proceso y el proyecto de vida del sujeto... en el sentido de buscar lo que él quiere y puede construir a partir de las fuerzas de las cuales dispone, a través de la construcción de apoyos móviles en la coyuntura, en oposición a las oportunidades y las fuerzas que lo debilitan.”* (Faleiros, V. 2003:57)

Lo que queremos expresar con esto es que la intervención se considera como un **todo** que no solo es integrado por los días de internación en la sala sino que busca que el egreso de la misma se realice en las mejores condiciones posibles. Por ello, durante la intervención, es que en busca de garantizarlo se establece contacto con distintas instituciones pertinentes en caso de ser necesario, que puedan realizar un **seguimiento** de las situaciones o con aquellas con las que los sujetos tengan un vínculo de referencia ya construido (Centros de salud y acción comunitaria, defensorías, escuelas, comedores), que realicen actividades de interés del niño/a donde este tenga deseos de participar (deportes, grupos, entretenimiento, etc.) o que brinden algún tipo de apoyo económico y social (becas de ayuda, subsidios, etc.).

La prioridad gira alrededor de realizar algún tipo de intervención que intente revertir la situación en la que algunos derechos están siendo vulnerados y por ello es que se busca convertirlas en un trabajo conjunto, donde las decisiones sean consensuadas lo mayor posible.

Ahora bien, hemos podido analizar en nuestro recorrido que el niño ocuparía cierto lugar de “lo sagrado” y a sus padres les cabe aquel de “lo terrenal”, lo errático y desviado, a ellos no se los cuida sino que están bajo sospecha. Se los expone como responsables puros y exclusivos de los problemas de sus niños. ¿Qué lugar tienen los padres? ¿Incapaces, sospechosos, objetos de trabajo, de juicio, imposibilitados para decidir?

Es imprescindible para la práctica cotidiana cuestionarnos acerca de cómo están compuestos los discursos que se articulan en cuanto a la protección de los niños/as. Con el objetivo de su supuesto cuidado, se corre el peligro de intentar imponer lo que los profesionales individualmente consideran que es ‘lo mejor’ para ellos/as.

Es por esto que nos preguntamos, las instituciones, los profesionales ¿estamos preparados para las nuevas leyes?

La desnaturalización de los conceptos, la comprensión de la situación familiar enmarcada en su contexto, sus posibilidades y en su historia es un ejercicio que cotidianamente nos hemos visto implicadas. Creemos que esto es fundamental en el proceso de construcción de cada intervención dentro de una institución pública, ya que la nuestra es una profesión que no puede evadir tener como guía en la práctica un proyecto ético político particular, por lo cual debe debatir con la forma construida del concepto de familia. El ejercicio debe ser cotidiano para poder, como argumenta Bourdieu *“...dejar de aprehender a la familia como un dato inmediato de la realidad social para considerarla un instrumento de la construcción de esa realidad...”*<sup>11</sup>

Sin embargo, a la vez que sucede lo que venimos discutiendo ocurre también otro fenómeno, al que llamaremos, por hacerlo de alguna forma *‘depositación de situaciones’* delegando la resolución al mismo. Esta estrategia de **“depositación”** hace que los sujetos dejen de ser vistos como personas que están internadas en las salas para convertirse en un “caso o causa social”. Hablamos de

---

11 Bourdieu, Pierre. Op. Cit. 4

aquellas situaciones que se presentan como dificultosas en las que apelando al interés superior del niño se considera que su familia, al menos por un tiempo, no es aquel ámbito en el que se lo va a proteger quedando absolutamente en manos del Trabajo Social, quien debe mantener el vínculo con las madres más allá de que otros profesionales tengan contacto con ellas, siendo muchas veces el nexo entre ellas y el equipo médico.

Durante nuestros pasajes por las salas hemos trabajado en situaciones realmente complejas en las cuales el niño/a y su familia, si es que estuvo presente, no contaban con un solo derecho vulnerado sino con varios. Situaciones en las que se presentaron dilemas para pensar y repensar la intervención y el límite de la misma, situaciones en las que las necesidades y posibilidades actuales de las familias se contradecían con el bienestar del niño/a, y en las que se debieron considerar una gran variedad de aspectos para proteger el derecho y la calidad de vida del mismo/a. Situaciones que se han definido, luego de un largo trabajo, con la separación transitoria de los/as niños/as de sus padres buscando entre sus vínculos, redes o familiares algún soporte temporario hasta que la situación al interior de la familia posibilite que reciba la contención necesaria.

A pesar de que los criterios son compartidos por los distintos profesionales estas situaciones se abordan unidisciplinariamente. Más allá de que todos aceptan discursivamente que son momentos en que se debe intervenir según el 'interés superior del niño' no se animan a hacerlo valer, esto se ve en el hecho de denunciar al CNNyA una situación de abuso y violencia, o en la realización de informes para dicha institución, donde se observaron actitudes en las que los profesionales, médicos, intentaban 'no comprometerse de más'.

Esto sucede dado que a pesar de que todos los profesionales están al tanto de estas situaciones, se decodifican como internaciones por '*razón social*' y quedan muchas veces, a cargo de las decisiones de las trabajadoras sociales. Más allá de que junto a nuestras referentes siempre hemos buscado crear una buena relación con los sujetos con quienes se interviene, cuando las situaciones tienen finales complejos, enfrentarlas y explicarlas a las familias resulta un proceso difícil de afrontar. Suele suceder que si bien los médicos de la sala están al tanto y se intercambian opiniones con ellos, no suelen trabajar con las familias cuestiones que excedan los aspectos médicos.

Algunas de las situaciones de abuso o maltrato infantil con las que hemos trabajado se constituyen en los ejemplos de lo que venimos argumentando. A menudo se debe trabajar con las resistencias de los adultos a cargo de los niños, es decir su resistencia a realizar la denuncia, a asumir el abuso o maltrato, y evitar que siga sucediendo realizando los cambios necesarios para ello, que a menudo implican la separación de su pareja, una mudanza, etc. Ya que se realizan tantas entrevistas con los niños como con sus referentes es imprescindible respetar el deseo que el niño expresa, (por ejemplo no vivir más con quien abusó de el/ella o lo/la maltrató), que a veces no se condice con lo que el adulto protector desea o puede asumir en ese momento.

La nueva legislación genera la obligación de comprender que la importancia de nuestras intervenciones radica en ser responsable de que se trabaja sobre un problema que afecta a la subjetividad del niño/a y su familia.

Más allá de lo complicada que se presente la situación en las entrevistas, lo que hemos percibido en nuestra experiencia, es que lo importante es que se posibiliten los recursos informativos y estratégicos, buscando que las intervenciones sean profundamente trabajadas y que los sujetos cuenten con los recursos simbólicos e informativos para enmarcar sus decisiones en sus deseos y posibilidades.

No son decisiones que se toman de un momento a otro, son trabajadas intensamente en el equipo, en cada informe que se realiza para las defensorías y el Consejo se intenta explicar y expresar en forma lo más fehacientemente posible la realidad de esa familia y los deseos. Se trató de una

instancia valiosa, ya que se redactaban con sumo cuidado, buscando la palabra que expresara de la mejor manera lo que se quería transmitir, siempre pensando en la posibilidad de que tanto la mujer, como su hijo/a en un futuro, accedan al mismo y lo puedan leer. El informe es una herramienta valiosa, con un determinado poder, ya que la información que allí se vuelque de alguna manera está determinando y definiendo la situación de las familias con las que trabajamos.

No es fácil lidiar entre los tiempos del hospital, los del Consejo y las defensorías y los de las familias, pero en cada intervención se ha privilegiado que las últimas tengan el tiempo necesario para procesar las situaciones, trabajándolas y analizándolas en conjunto. Más allá de cómo se resuelva la situación, teniendo en cuenta que esto no es exclusivo del hospital, siempre se ha trabajado sobre cuáles podrían ser las posibles consecuencias de sus acciones y los aspectos imprescindibles a tener en cuenta para que los derechos de los niños sean respetados. Sobre todo cuando se trata de situaciones de abuso sexual infantil, violencia familiar, o de aquellas en que la vida de un niño entra en juego, y también en las que el niño manifiesta claramente sus deseos y necesidades de tener una cotidianeidad distinta, una calidad de vida diferente. Podemos entender que ello tiene que ver con lo que Garaventa entiende como una *fundamentación ética de las intervenciones* que justifican y toman con cuidado y responsabilidad el deber que se pone en juego analizando y evaluando cada paso que se da.

Es importante poder intervenir responsablemente en base al interés superior del niño, ya que la revictimización puede generarse también por no comprender que la familia puede no ser en este momento el mejor lugar para ese niño/a, comprendiendo el contexto en que está inmersa y sin juzgarla sino conteniéndola y acompañándola, procurando que se considere el espacio de trabajo construido como un ámbito al que se puede y se espera que las familias vuelvan.

No podemos entender a las familias como organizaciones estáticas llenas de ‘puro amor’ o ‘puro perjuicio’ para sus niños, es imprescindible comprender que cada situación es única y particular y requiere ser evaluada de esa manera para poder así privilegiar la calidad de vida y los derechos de las niñas/os.

Hay debates previos a la ley 26.061 que deben continuar trabajándose, ya que el marco legal, tan necesario para el abordaje de problemáticas de niñez, no puede ni debería garantizar de forma exclusiva. Se trata de un trabajo articulado entre los aspectos legales y los organismos a donde llegan las situaciones. El debate que envuelve a cada situación es necesario para pensar y repensar las evaluaciones que se realizan, este debate y la visión que tengamos cada uno de los actores que intervenimos en niñez, no será resuelto con la legislación. Es en el trabajo cotidiano donde se entretejen las respuestas, siendo un desafío cotidiano.

## **Conclusión**

El objetivo de este trabajo fue repensar la intervención con niños, niñas y adolescentes, a partir de los aspectos históricos en torno a la niñez y los discursos que se articulan en el equipo de salud, reflexionando sobre el paradigma actual de la niñez.

Llegando al final, hemos analizado aspectos históricos de maltrato a la niñez, hasta llegar a la implementación de la actual legislación de protección hacia los niños/as. A lo largo de lo escrito concluimos que es imprescindible la desnaturalización de conceptos preestablecidos como el de *familia, madre, niño/a*, en el camino de interpelar y cuestionar las libres interpretaciones.

Esto se sostiene en que hemos visualizado durante la rotación y en la producción del presente trabajo, la existencia de un movimiento que a la vez que corre el riesgo de seguir tomando a los niños como objetos, los ‘sacraliza’ como objeto de protección y cuidado.

En este sentido, los padres, y en especial las madres, seguirían siendo aquellas que ponen en peligro el camino de ese niño, la pobreza se une a los prejuicios de considerarlas ignorantes y descuidadas per se, y a la vez no tiene en cuenta que el contexto social delinea cada situación. En nombre de cierta compasión por los pequeños que buscaría “salvar” a los niños de las garras de sus padres, se articulan algunos discursos que nos recuerdan las viejas épocas, paradigmas que parecería que aun no fueron superados. A nivel discursivo se habla de proteger y cuidar al niño, sin embargo los modos de acción los terminarían ‘guiando’ los prejuicios y modelos de socialización propios. Caemos en el peligro de seguir tratando a los niños como objetos, del poder de las decisiones profesionales, ahora con un discurso renovado.

Sentimos entonces a veces el aroma de las viejas épocas, los vestigios de los modelos del pasado también en el intento de imponer ciertos modos de acción o de mirar bajo lentes propias situaciones ajenas y distintas a las propias.

Esas épocas en las que ya algo nos detuvimos, fueron los inicios de un camino que, podemos ver aun hoy en nuestras prácticas, aunque con algunos matices distintos, se sigue andando. El discurso que prima es el de cuidar a los niños pero, como decíamos cuando citábamos a Bourdieu, podría entenderse que la única y mejor forma de salvarlos es la que la institución impone según principios socio históricos de cómo debe comportarse una madre, y de lo que una madre ‘debe ser’ cuando no cede a los desvíos posibles. De este modo se ponen ‘bajo sospecha’ a los padres y madres, se juzga sus modos de acción y se considera que si no cumplen con los requisitos de lo ‘normal’ no serían capaces de cuidar y criar a sus hijos como estos lo merecen.

La problematización y desnaturalización se debe transformar en una constante durante la intervención para que el interés superior del niño no sea utilizado en virtud de libres interpretaciones y concepciones propias guiadas por los preceptos morales que en otra época se imponían directamente a las familias en virtud del poder profesional. A la vez podemos preguntarnos ¿cómo los aspectos morales se interponen en cada intervención? ¿ya que la moral se construye socialmente, es posible no interponerla en la intervención? ¿es deseable? ¿de qué modo separamos ‘la moral y las buenas costumbres’ de los derechos de los niños que deben ser respetados?. Todas estas son preguntas que continúan siendo interrogantes, para seguir pensando y construyendo.

Creemos que no es tarea sencilla decodificar e interpretar el concepto de ‘interés superior del niño’ pero encarar cada intervención como un proceso complejo, responsablemente, cuestionando las propias determinaciones es una manera de buscarlo.

Más allá de que para que el nuevo paradigma de la niñez se consolide son necesarias acciones de tipo estructural, debemos legitimarlo y construirlo en el proceso de la práctica diaria.

## **Bibliografía**

- **Ariès, Philippe.** El Niño y la Vida Familiar en el Antiguo Régimen. Capítulo II El Descubrimiento de la Infancia. 1987. Sin datos de edición.
- **Ballarin, S; Rotonda, A.** “Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes: estudio comparativo de la ley 26.061 y las Leyes Provinciales”, en Revista de Derecho de Familia. N° 35. Ed. Lexis Nexis. 2006.
- **Billorou, Maria José.** Madres y médicos en torno a la cuna. Ideas y prácticas sobre el cuidado infantil (Buenos Aires, 1930-1945). Ediciones La Aljaba Segunda época, volumen XI. 2007.

- **Bourdieu, Pierre.** El Espíritu de Familia. En Bourdieu Pierre. Razones Prácticas sobre la Teoría de la Acción. Barcelona. Anagrama. 1994
- **Bringiotti, Maria Inés.** Maltrato Infantil. Contextualización Histórica del Maltrato Infantil. 1999. Sin datos de edición.
- **Cassinari, Maria.** Repensando al Pobre. Ideario, prácticas y mecanismos de control social hacia los menores de edad pobres, desde las Reformas Borbónicas hasta la creación de la Sociedad de Beneficencia. X Jornadas interesuelas- Departamento de historia. Rosario, Septiembre 2005.
- **Castels, Robert.** "La metamorfosis de la cuestión social", Buenos Aires, Ed. Paidós, 1997.
- **De Mause, Lloyd.** Historia de la Infancia. Capítulo I La evolución de la infancia. Alianza Editorial.
- **Donzelot, Jacques.** La policía de las familias. Editorial Pre- Textos, Valencia, 1998.
- **Faleiros, Vicente de Paula.** Estrategias de Empowerment en Trabajo Social. Lumen Humanitas. Buenos Aires. 2003.
- **Foucault, Michel.** El Nacimiento de la Clínica. Siglo Veintiuno, Editores. Buenos Aires, 2008.
- **Goffman Erving.** "Estigma. La identidad deteriorada". Amorrortu/editores. 2003.
- **Iriart, Celia.** "La Transnacionalización del Sistema de Salud en Argentina". UNRISD/SAREC Workshop on Socia Policy and Equality. Buenos Aires. Año 2006.
- **Ley N° 114** de Protección Integral de los Derechos de niños, niñas y adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires.
- **Ley N° 153** -Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.
- **Ley N° 26.061** de Protección integral de niños, niñas y adolescentes.
- **Nari, Marcela.** Políticas de maternidad y maternalismo político. Buenos Aires 1890-1940. Bs. As. Biblos 2004.
- **Tonon, Graciela.** Maltrato Infantil Intrafamiliar. Una propuesta de Intervención. Cap. Propuesta Metodológica de intervención. Editorial Espacio. Buenos Aires. 2002