

Artículos seleccionados

Esa madre es una negligente, ¡Llamen al servicio social!

Paula Eichhorn^a, Ximena Paz^b y Guadalupe Pertine Jacquet^c

Fecha de recepción: 2 de noviembre de 2021
Fecha de aceptación: 14 de mayo de 2022
Correspondencia a: Paula Eichhorn
Correo electrónico: paulaeichhorn124@gmail.com

- a. Lic. En Trabajo Social. Residencia de Trabajo Social – Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez.
- b. Lic. en Trabajo Social. Residencia de Trabajo Social – Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich.
- c. Profesora de Enseñanza Media y Superior en Trabajo Social. Lic. en Trabajo Social. Residencia de Trabajo Social – Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich.

Resumen:

El presente ensayo se encuentra basado en las experiencias profesionales de integrantes de la Residencia de Trabajo Social de la Ciudad de Buenos Aires en un hospital pediátrico durante el período 2019-2021. Se propone una reflexión en torno a lo observado respecto a la intervención de los equipos de salud ante las sospechas de negligencia contra las infancias y adolescencias. En un principio, se recupera la introducción de la negligencia en el ámbito de la salud, para reflejar cómo la materialización de los cambios de paradigma, depende de las complejas relaciones de poder, históricamente situadas, entre los actores sociales en juego. En una segunda instancia se propone una mirada que corra el eje de la estigmatización de las familias, recuperando la multiplicidad de actores intervinientes en el desarrollo de estas situaciones de maltrato - entre ellos el Estado

- y problematizando el rol que asumen las competencias parentales en la evaluación desde los equipos de salud. Finalmente, se plantea un diálogo que recupere la disputa de sentidos al interior de los equipos en torno a la problemática, donde el Trabajo Social asume un rol protagónico, que merece ser problematizado.

Palabras clave: Negligencias — Infancias y adolescencias - Trabajo Social.

Summary

This essay is based on the professional experiences of integrants of the Social Work Residence of the City of Buenos Aires in a pediatric hospital during the period 2019-2021. It proposes an analysis based on observations of the health teams intervention in view of the negligence suspects against the children and adolescents. At first it recovers the introduction of negligence in the health field in order to reflect the materialization of the paradigm shifts, depending on the complexities of power, historically situated, between the social actors involved. A second instance proposes another look that turns from the stigmatization towards the families, from recovering the multiplicity of actors involved in the development of these situations of negligence - among them the State - and problematizing the role that parental competencies play in the evaluation from the health teams. Finally, a dialogue is planted that recovers the dispute of meanings at the interior of the teams in relation to the problem, where the Social Work assumes a protagonist role, which it must be problematized.

Key words: Negligence, childhood and adolescence, Social Work.

Introducción

El presente ensayo crítico es realizado por residentes de Trabajo Social de la Ciudad de Buenos Aires a partir de las experiencias vivenciadas en un hospital pediátrico. Se propone una reflexión en torno a lo percibido respecto a la intervención de los equipos de salud ante las sospechas de maltrato contra las infancias y adolescencias por negligencia. Inicialmente se propone un breve recorrido histórico que introduce a la conceptualización en torno a la negligencia, las características que asume, y los elementos que hacen a su evaluación. En una segunda instancia, se hace foco en la evaluación de las competencias parentales, y se incorporan al análisis algunas situaciones problemáticas que permiten el diálogo entre la teoría y la práctica. Finalmente, se busca reflexionar en torno a las tensiones y disputas que surgen del abordaje de estas situaciones al interior de los equipos de salud, teniendo en cuenta que el Trabajo Social asume un rol protagónico, que merece ser problematizado con el objetivo de realizar aportes desde la profesión.

Maltrato contra las infancias y adolescencia en el ámbito de la salud

El presente análisis parte de la reflexión en torno a algunas experiencias de abordaje de situaciones de sospecha de maltrato contra las infancias y adolescencias. Hablar en estos términos- en contraposición con el maltrato hacia o el maltrato infanto-juvenil - implica una coherencia ético-política respecto al paradigma de derechos de las niñas/os y adolescentes, haciendo foco en la relación de poder asimétrica que deviene del ejercicio del maltrato de una/un adulta/o, y ubicando a las infancias y adolescencias como víctimas de dicha violencia.

En este sentido, es menester realizar una breve descripción del escenario institucional y el entramado sanitario que aloja y legitima dichos abordajes. El hospital en cuestión es un efector pediátrico caracterizado por su alta complejidad médica y tecnológica, cuya área de influencia implica la atención a niñas/os y adolescentes y sus grupos socio afectivos de referencia, residentes

de la ciudad y provincia de Buenos Aires, interior del país y países limítrofes. Su lógica institucional responde principalmente a estas dos dimensiones, la médica y la tecnológica, que hacen en parte a la complejidad de los procesos de salud-enfermedad, lo cual requiere de un alto nivel de especialización profesional. Estas características tienden a fortalecer el modelo médico-hegemónico que atraviesa la atención sanitaria, nutriendo miradas sesgadas y reductoras, promoviendo lecturas ahistóricas que legitiman la escisión de los procesos de salud de los contextos socioculturales, emocionales, psicológicos, políticos y económicos en los que toman lugar. La complejidad en este escenario es comprendida desde el impacto biofísico de los procesos de salud y enfermedad, invisibilizando la interrelación con el entramado psicosocial que impacta directamente en las formas de construir salud, de enfermar, y en los procesos de atención y cuidado.

A su vez, la amplitud del área de influencia da cuenta de la alta diversidad de la población usuaria (étnica, racial, cultural, religiosa, geográfica, etc.). La misma también es una variable a tener en cuenta a la hora de pensar las evaluaciones y estrategias de intervención frente a las sospechas de maltrato. A la hora de pensar la materialidad de la intervención, implica la articulación - desde la distancia- con los múltiples organismos de protección locales, que exigen de los equipos de salud la elaboración artesanal de redes que viabilicen y sostengan las estrategias pensadas. Se trata de una árdua tarea que al interior de este efector, es históricamente delegada al trabajo social, legitimando una intervención médica y psicológica escindida de la corresponsabilidad en la protección de las niñeces y adolescencias. El trabajo social se inserta en estos equipos a partir de la interconsulta, lo cual implica el acceso a aquellas situaciones que el equipo médico decide presentar con una evaluación y una etiqueta ya elaborada. Esta forma de inserción también responde en parte a las precarias condiciones de trabajo desde donde se configura un Servicio social con escaso personal para acompañar los procesos de la población en un efector de más de 300 camas de internación. Es a través de esta metodología, que las sospechas de negligencia llegan y convocan a la intervención del trabajo social.

En los abordajes observados se pueden identificar algunos elementos que contribuyen a la noción de complejidad a la hora de intervenir. A modo de ejemplo, se observa la dificultad de las/os profesionales para percibir al hospital y al rol de los equipos de salud como

constitutivos al Sistema de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, conformado desde el 2005 en nuestro país a partir de la Ley N° 26.061 y desde 1999 en la Ciudad de Buenos Aires a partir de la Ley N° 114. En concordancia con Villalta y Llobet (2015), se considera a este sistema compuesto por todas las entidades, organismos, programas y servicios que poseen algún grado de injerencia en el bienestar de la infancia, y de los cuales se espera trabajen coordinada, cooperativa y corresponsablemente en pos de garantizar la integralidad de sus derechos. En esta misma línea, se observó la dificultad para identificar el resto de las instituciones locales de protección que conforman al Sistema, ya que es una tarea asignada al Servicio Social. Esto refleja la confusión en torno a las competencias de cada organismo, la escasez de conocimiento en torno a las normativas y protocolos de actuación, y la centralización de la formación profesional en las dimensiones biomédicas de las/os sujetas/os. En coherencia, la formación específica en torno a la detección del maltrato en el ámbito de la salud se centra mayormente en la identificación de los indicadores específicos e inespecíficos de cada modalidad de violencia, sin necesariamente fomentar una mirada integral que permita entender a los sujetos desde la complejidad de sus realidades. Es por este motivo que se considera necesario poder historizar y conceptualizar lo que se entiende por maltrato contra las infancias y adolescencias, en específico, cuando de negligencia se trata, poniendo en evidencia el destacado rol que asume un hospital pediátrico en su prevención, detección y abordaje. Se propone una aproximación hacia cómo la materialización del cambio de paradigma en torno a la infancia, depende de las complejas relaciones de poder, históricamente situadas, entre los actores sociales en juego (Barna, 2012).

Actualmente conviven distintos modos de entender y abordar este tipo de maltrato. Los comportamientos que hoy se adjudican al mismo fueron modificándose a lo largo del tiempo, en concordancia con el carácter dinámico de las infancias y adolescencias entendidas como construcciones sociohistóricas, el rol de las familias como principal espacio de socialización, y la moral pública reinante en torno a las violencias. Según Bourdelais y Fassin, lo que se entiende como “intolerable” no es más que una norma y un límite históricamente construido y por lo tanto modificable en el tiempo (2005, citado en Grimberg, 2010). En este sentido, ya desde la construcción moderna, podemos encontrar en los discursos una diferenciación entre una infancia hegemónica (clase media/alta, moralmente legitimada), y

una que podemos denominar irregular, reprobada moral y socialmente, (asociada a la peligrosidad, delincuencia, marginalidad, y pobreza). Esta distinción suscitó la necesidad de construir discursos políticos, pedagógicos, sanitarios, y jurídicos que disputaran no sólo qué significa el ser niña/o y/o adolescente en la modernidad, sino qué rol debe asumir el Estado frente a los mismos, quiénes deben ser garantes de su cuidado y protección, su disciplinamiento y formación, y su represión y sanción. Desde allí se fue configurando el paradigma tutelar que nutre el contexto sociopolítico en el que las instituciones de salud comienzan a intervenir en torno a la protección de las infancias y adolescencias de los sectores populares, denominadas "en riesgo o peligro" y la extensión del control social de este sector poblacional.

Durante los años sesenta el maltrato y la negligencia sólo hacían referencia a la dimensión física, invisibilizando el resto de las dimensiones que hacen a la integridad de la vida de los sujetos (Grimberg, 2010). Irrumpe en el campo médico con influencia de la pediatría social, y se configura como un nuevo campo del saber y de intervención. Desde la medicina se elaboran una serie de indicadores para ser evaluados por los equipos de salud, que solían tener al cuerpo físico como la principal fuente de información, por ejemplo: niña/o mal vestido, con falta de higiene, talla y peso por debajo del tercer percentil, entre otros. El uso de estos indicadores solía estar relacionado a una determinada clase social a la cual estaba dirigida principalmente la intervención, la clase trabajadora, y la forma de abordar estas situaciones desde una mirada reduccionista, produjo y reprodujo la clasificación y estigmatización de las infancias y adolescencias de los sectores populares. Al interior de los equipos de salud, las distintas profesiones como la medicina y la asistencia social, se consolidaron como figuras de control hacia las familias que se encontraban en contextos de vulnerabilidad socioeconómica, haciendo foco en la responsabilidad de la mujer en los cuidados. El discurso en torno al modelo de familia nuclear o tradicional, (que es a su vez matrimonial, heteronormada, indisoluble, y con una clara división sexual del trabajo), caló en los distintos ámbitos, inclusive el sanitario, buscando homogeneizar la realidad de las infancias y adolescencias, que lejos está de ser uniforme. Este modelo, con sus cambios, aún puede ser percibido en el imaginario de los equipos de salud, especialmente cuando median situaciones de sospecha de negligencia.

Si bien las disputas en torno a las infancias y adolescencias en los distintos ámbitos devinieron en un cambio de paradigma hacia el actual que las/os comprende como

sujetos de derecho, la transformación no fue absoluta. Los cambios normativos que configuraron el actual sistema de protección de derechos, se centran en el interés superior, entendido como la plena vigencia y satisfacción integral de todos sus derechos. De allí parte una definición de maltrato que es a la cual se adhiere en este análisis.

Todo acto que por acción u omisión provoque en la niña, niño o adolescente un daño real o potencial en su integridad y desarrollo físico, sexual, emocional, cognitivo o social; ejercido por personas, grupos de personas o instituciones que sostengan con la niña, niño o adolescente una relación asimétrica de autoridad, confianza o poder (UTEMIJ, 2012, p. 33).

La dimensión física deja de ser la única a tener en cuenta, en coherencia con los principios rectores de los tratados internacionales. El Estado se configura como el principal garante en la protección, mientras que las familias, la sociedad y las organizaciones de la sociedad civil comparten la corresponsabilidad de la promoción y prevención de los mismos. Este nuevo circuito administrativo de gestión está constituido mayormente por las instituciones que en su momento dieron forma al paradigma tutelar, por lo que no es de extrañar el conjunto de tensiones entre paradigmas que se reproducen en la cotidianidad. El cambio de los dispositivos de tutela y control hacia dispositivos de protección está caracterizado por las complejas relaciones de poder, y el hospital y sus equipos de salud no se encuentran exentos a estas tensiones. Por el contrario, sus formas de abordaje reflejan cotidianamente las dificultades para materializar el actual paradigma de derechos.

Sospecha de negligencia: la puerta a la estigmatización

Si bien desde el presente trabajo se abordará específicamente a la negligencia como una de las modalidades del maltrato, existen otros tipos tales como: físico, emocional también codificado como psicológico, abandono, abuso sexual, enfermedad inducida por cuidadores, entre otros. A la hora de intervenir, se pueden presentar más de una de estas modalidades con consecuencias directas en el desarrollo integral de las infancias y adolescencias, lo cual complejiza aún más el desafío de la evaluación profesional y las estrategias de intervención a realizar. Respecto a la especificidad del maltrato por negligencia se comprende:

(...) aquellas situaciones donde las necesidades físicas y/o emocionales de la niña, niño o adolescente no son cubiertas de manera temporal o permanente por ningún adulto responsable que cuente con los recursos psicofísicos, materiales y sociales para dicha función, generando un daño real o potencial en la niña, niño y adolescente. (UTEMIJ, 2012, p.48).

El impacto de la negligencia para con la salud comenzó progresivamente a ser desarmado conceptualmente desde la mirada integral que exige la nueva normativa, viéndose fortalecido por el cuestionamiento discursivo del paradigma médico-hegemónico, incorporando al análisis la importancia del rol de los determinantes de la salud. Desde este viraje, asumen centralidad dos explicaciones posibles a los comportamientos negligentes: por un lado, como producto de conductas directas de estas/os hacia las infancias y/o adolescencias, o bien como producto de los condicionamientos socio-económicos de las familias (Grimberg, 2010). Es importante destacar que a nivel macro-social el Estado es el primero en vulnerar los derechos de las infancias y adolescencias, en tanto la falta de políticas públicas redistributivas en un sistema tan desigual no contribuye a contextos de buen trato infantil en términos de Barudy (2005). Por ende, la negligencia estatal también debe ser nombrada como una modalidad en tanto las intervenciones tardías o inadecuadas, la falta de programas y recursos en la comunidad, también producen efectos en las crianzas. Es este ente quien tiene la dirección y la capacidad de garantizar prácticas que prevengan, que posibiliten una detección temprana, y que protejan y restituyan tales derechos. Por lo tanto, cuando no sucede, se reproduce una negligencia cuya invisibilización solo contribuye a su sostén.

En este sentido, en las situaciones de negligencia, para ser consideradas como tales, las personas referentes deben disponer de los recursos materiales y simbólicos para garantizar el ejercicio de los derechos de las infancias y adolescencias y a pesar de ello, no hacerlo. En las situaciones acompañadas, se identificó que en ocasiones no se dispone de dichos recursos, como resultado de diversas desigualdades y brechas intergeneracionales de la cual su evolución en el tiempo se encuentra estrechamente ligadas a las políticas públicas. Sin embargo, se observó que lejos de asumir una mirada que contemple estas dimensiones, desde la medicina y la psicología, los equipos parten de poner el foco en las fallas individuales

y en la incapacidad para ejercer las funciones de cuidado de las/os adultas/os, dejando por fuera del análisis cómo afecta la desigualdad social a los grupos familiares y estigmatizando todo aquello que no forma parte de la estructura universalizada que se entiende por familia.

La evaluación profesional y el rol de las competencias parentales

Cuando se presenta la sospecha de negligencia a través de la interconsulta, uno de los primeros desafíos a afrontar es el poder identificar y discernir la situación de violencia, así como el nivel de riesgo, para pensar las estrategias de intervención necesarias en pos de la protección. Uno de los elementos clave a tener en cuenta a la hora de llevar adelante una evaluación de las situaciones de maltrato, son los indicadores, que consisten en señales, síntomas o indicios físicos, emocionales, conductuales, sociales que alertan y predisponen a comprender lo que le pasa a las/os niñas/os y adolescentes, a recabar de primera mano y/o a través de fuentes secundarias, por ejemplo, los registros en las historias clínicas. Exigen la necesaria responsabilidad de recuperar las condiciones materiales, histórico-culturales, socio-vinculares, emocionales y psicológicas en las que toma lugar. A pesar de que las diversas guías pediátricas orientadoras de las prácticas advierten los peligros de asumir aisladamente estos elementos, hemos observado que las lecturas se dan de forma esquematizada, lo cual esboza un escenario en donde los prejuicios y estigmatizaciones adquieren mayor predisposición a la hora de evaluar e intervenir. Sin dudas, es necesario incorporar herramientas específicas a cada profesión que permitan identificar estos indicadores y que permitan entender a la negligencia dentro del diagnóstico diferencial, pero esto no debe ser a costa de la construcción de una mirada integral, interdisciplinaria y singularizada.

La negligencia es de las formas menos visibles del maltrato y sus efectos, conllevando a una detección frecuentemente tardía. Tal vez, esta es una de las razones por la cual a la hora de realizar la interconsulta, precipitadamente afirman situaciones de negligencia ante la identificación de al menos uno o dos de los indicadores posibles. Otra de las variables que hacen a estos diagnósticos precoces es el habitus (Bourdieu en Gutiérrez, 2005), el mundo de significados y representaciones en relación a la violencia y que puede dar pie a los juicios de valor respecto de las prácticas de cuidado. Finalmente, la existencia misma de situaciones de maltrato confron-

ta con los ideales socioculturales hegemónicos construidos en torno a la familia como principal institución del amor y el cuidado, así como a los roles estereotipados de las mujeres especialmente en torno a las maternidades romantizadas. Es importante desandar estos prejuicios, estereotipos, e ideales a la luz de la realidad que interpela y que se caracteriza por su nivel de complejidad, para no reproducir en las intervenciones otras formas de violencias.

Cuando se aborda una sospecha de negligencia, se identifica una o un conjunto de necesidades materiales, físicas, y emocionales/afectivas que no se encuentran satisfechas y cuyos efectos los encontramos materializados en indicadores, pero ¿cómo se discierne que dichas necesidades insatisfechas son principalmente producto del desinterés, la desatención o la desafectivización de las/os adultas/os responsables de sus cuidados y no por ejemplo, producto del contexto desigual en el cual se encuentran insertos?

La etiqueta implícita de riesgo social y/o paciente social que llegan junto a la interconsulta, son ejemplificadoras de la mirada fragmentaria y reduccionista desde donde se piensan las sospechas. Lo social se transforma en un adjetivo calificativo para diferenciarla de lo hegemónicamente entendido como un problema de salud. Es por ello que se destaca la mirada aportada desde el Trabajo Social que en términos de Cavalleri en Castronovo y Cavalleri (2008) entiende las sospechas en términos de situaciones problemáticas, donde lejos de ser concebidas como una fotografía de la cual se desprenden una sumatoria de indicadores a evaluar, son pensadas de manera dialéctica, identificando los procesos y entramados (materiales, simbólicos, subjetivos, afectivos, sociales, culturales y políticos) que instituyen y son instituidos en cada situación en particular como manifestaciones de la cuestión social. Esta mirada permite construir una lectura situada témporo-espacialmente, que dispute los estereotipos y prejuicios anteriormente identificados, recuperando el diálogo construido desde las interacciones micro-macro entre las diversas dimensiones que hacen a las/os sujetos y a la situación en sí. Desde esta perspectiva, se destaca la importancia de recuperar la singularidad de cada actor/actriz, junto con sus significantes, siempre en relación con el lugar ocupado en la estructura socioeconómica y de poder en el que se encuentran.

Aquí es donde la evaluación de las competencias parentales puede significar una herramienta de gran utilidad. Siguiendo a Dantagnan y Barudy (2005), estas son entendidas como las capacidades prácticas de las/os

progenitores para cuidar, proteger y educar a sus hijas/os, asegurando un desarrollo sano, aunque pueden ser asumidas por adultas/os significativos aun cuando no sean las/os progenitores. Incluyen determinadas capacidades y habilidades, donde las primeras, refieren a los recursos emotivos, cognitivos y conductuales que las /os adultas/os significativos disponen y que les permiten vincularse de manera más saludable para con la/os niñas/os y/o adolescentes brindando respuestas adecuadas a sus necesidades. Incluye la capacidad de vincularse con ellos y responder a sus necesidades (apego) y la capacidad de sintonizar con ellas (empatía). Las habilidades parentales, por otro lado, hacen referencia a la plasticidad de las/os adultas/os la cual les permite dar respuestas adecuadas y, al mismo tiempo, adaptarlas a las diferentes etapas de desarrollo. Incluyen a los modelos de crianza desde los cuales se posicionan las/os adultas/os y la habilidad que poseen tanto para participar en redes sociales como para utilizar recursos comunitarios (Sallés Domenech y Ger Cabero, 2011).

El desarrollo de estas competencias se encuentra estructuralmente condicionado por las características socioambientales y económicas del entorno cotidiano, siendo la vulnerabilidad social una variable a tener en cuenta. A esta la comprendemos acorde a CELADE como "una combinación de eventos, procesos o rasgos que constituyen adversidades potenciales para el ejercicio de los distintos tipos de derechos ciudadanos o el logro de los proyectos de las comunidades, los hogares y las personas" (2002: 21), lo cual se traduce en la dificultad para dar respuesta a la materialización de dichos riesgos y para adaptarse a sus consecuencias. En este sentido, se coincide al plantear que los procesos de cuidado son sensibles a estas dimensiones, a las consideraciones culturales y morales de lo que significa una "buena parentalidad", y a las propias experiencias personales (de apego, factores resilientes, etc.). La vulnerabilidad social condiciona la experiencia de parentalidad, donde algunas investigaciones relativas a la temática (Pérez Padilla et al., 2014) plantean que las/os cuidadores experimentan altos niveles de estrés respecto a su rol de crianza cuando median contextos vulnerables, dificultando el desarrollo de respuestas satisfactorias a las necesidades, y requiriendo apoyo social externo, aunque no siempre sea solicitado.

Armar evaluaciones y desarmar "sospechas"

A continuación, se ejemplifican dos situaciones de interconsultas realizadas al Servicio Social para problema-

tizar cómo se plasman en la práctica distintos aspectos de la evaluación de las competencias parentales.

Situación 1. Interconsulta: falta de adherencia al tratamiento/sospecha de negligencia contra una niña de 9 años con diagnóstico de Hepatitis B, internada en el hospital en el 2019. Ausente a los controles posteriores durante un año. La interconsulta vino acompañada por comentarios del equipo médico: es una madre negligente, hay que hacer algo o pone en riesgo a su hija y no le interesa o no entiende.

La falta de adherencia al tratamiento es una problemática que puede estar vinculada a la sospecha de negligencia, y es de suma importancia poder pensar una estrategia que permita dar inicio al tratamiento necesario. Pero al desarmar la interconsulta, en un principio aparece una afirmación basada en un juicio de valor del rol materno lo que evidencia un posicionamiento que dificulta la escucha atenta de las vivencias de la familia respecto al proceso de salud, enfermedad, atención y cuidado de la niña. Se identifica una mirada donde la gravedad de la situación se centra en el nivel de exposición al riesgo, definido en función de indicadores físicos y emocionales, donde el contexto socio económico asume un lugar secundario o nulo, y como plantea Villalta y Llobet (2015) se construye una mirada biomédica del riesgo en asociación con el uso de categorías tramadas en términos de sanciones morales a quienes son responsables de dichos daños. La trabajadora social interviniente contacta a la madre, su principal y única cuidadora, y detecta barreras geográficas y económicas en el acceso al hospital y los tratamientos, miedo al contagio y exposición al virus Covid-19, e inclusive escasez de información con relación a la enfermedad de su hija, como lo son las características y consecuencias en relación a suspender el tratamiento. La mirada disciplinar apunta a un análisis desde la complejidad y amplía el diálogo con las diversas dimensiones que hacen a los procesos de salud. Y si bien la convocatoria tiene el foco puesto en la determinación o no de la situación de negligencia, la demanda construida desde el equipo médico acarrea la necesidad de llevar adelante un proceso de evaluación de las competencias parentales, aun cuando no se encuentre explicitado en estos términos.

Situación 2. Interconsulta por caída de altura de un niño de 2 años. El mismo se encuentra en condiciones de egreso hospitalario, motivo por el cual deciden llamar a una trabajadora social para que determine si fue una caída accidental o por negligencia de su madre.

El equipo médico asegura que la madre acudió rápidamente al hospital y que parece ser de contención para el niño. Sin embargo, destacan que es una madre joven y que al momento de la caída, su hijo se encontraba solo. Además, resaltan que tanto el niño como su madre y hermanito de 1 año, viven en la Villa 31 y sostienen que la caída fue producto de un descuido que en las condiciones habitacionales en las que viven, no debería suceder. Finalmente, luego de las entrevistas sostenidas con la madre del niño, desde el Servicio Social se evalúa una caída accidental y se trabajan las pautas de cuidado para la prevención de accidente.

Las caídas de altura, al igual que la falta de adherencia al tratamiento, son parte del instrumento de interconsulta que tiene el Servicio Social, en tanto se constituyen en algunas de las problemáticas más frecuentes en las que se convoca a la intervención del Trabajo Social en este hospital. Sin dudas la forma en que llega la demanda reproduce un determinado lugar para la profesión, reforzando el rol de control al que históricamente fue asignada, tanto al interior de los equipos como en las familias. La convocatoria ante la sospecha, al momento específico del alta del niño y como condición necesaria para que ésta se de, habla de una mirada desde el equipo de salud que prioriza el abordaje clínico de las consecuencias de esta caída, como si este no estuviese condicionado al contexto en el que ocurrió, y negando la posibilidad de que la internación sea una oportunidad para evaluar con tiempo las competencias parentales, así como una oportunidad para el desarrollo de intervenciones preventivo-promotoras respecto a los cuidados necesarios.

Las situaciones acompañadas llegaron con algún registro o comentario de la profesional médica/o sobre la sospecha de negligencia. En la caída en altura en particular, si bien se preocupan en resaltar el rol de contención que cumple la madre, en el discurso el ser joven está asociado al aumento de posibilidades de ser negligente. Las miradas negativas que recibe acerca del cuidado de su hijo se agravan aún más por el contexto en el cual habitan. Los condicionantes económicos, sociales y culturales en este caso no son subestimados, pero sí asumen un rol problemático en tanto le atribuyen una doble exigencia de cuidado a la madre del niño, por el simple hecho de vivir en una villa, sin atender a la complejidad del entorno y el análisis del contexto general de exclusión, marginación y vulnerabilidad que atraviesan. La forma de disputar este rol asignado y de confrontar con el discurso estigmatizante, es a través de la inter-

vencción profesional. Con esta demanda como punto de partida, las/os profesionales del Servicio Social comienzan a reconstruir el escenario de vida recuperando a través de entrevistas en profundidad, la voz de quienes son los protagonistas de estos procesos: las/os niñas/os y adolescentes y sus familias. La situación habitacional en el caso de la caída en altura, además de entenderla como un derecho vulnerado al no poder acceder a una vivienda digna, puede ser entendida desde su singularidad a través de los relatos, los sentidos y las vivencias que estos sujetos decidan compartir en un entramado asimétrico de poder, desde donde pujan, negocian, y actúan en pos de sus intereses, necesidades y derechos. Estas dos situaciones, además de identificar el rol asignado y disputado del Trabajo Social al interior de los equipos, permiten identificar la complejidad que asume la interdisciplina cuando no existe un paradigma común desde el cual abordar la evaluación de las sospechas y las competencias parentales. A nivel internacional, sin vigencia en nuestro país, existen un conjunto de protocolos que se proponen construir ese bagaje en común, a partir de esquemas pormenorizados de cuáles deberían ser las competencias a evaluar y qué características asumen, reproduciendo una mirada esquematizada, mayormente sustentados en un ideal de familia homogéneo y descontextualizado, donde no se tienen en cuenta las condiciones materiales de vida, y no permiten relacionar el cuidado con las formas de organización de la familia, con la situación habitacional, las posibilidades emocionales y materiales del cuidador/a, los significantes de constituirse como único referente del cuidado y de ingresos en el hogar, etc. No incluyen en sus análisis al Estado como un actor clave en el entramado relacional que impacta directa e indirectamente en la construcción de competencias parentales. Sin embargo, sí se destaca el rol asignado a las implicancias éticas respecto a quienes realizan el diagnóstico y las evaluaciones pertinentes, que en este caso son los equipos de salud. Las intervenciones en el ámbito de las infancias y adolescencias pueden ser iatrogénicas, profundizando aún más las situaciones de vulneraciones que se abordan. La inexistencia de evaluaciones periódicas de las intervenciones, la falta de coordinación e intercambio entre los equipos y/o profesionales y la disparidad de criterios, hace que se perpetúen errores que conllevan grandes daños en las infancias y adolescencias (Molina y Barbich 2012). Este tipo de situaciones deben ser concebidas como el maltrato institucional que se genera desde el sistema de protección.

Desde la experiencia de este efector se identifica cómo la mirada esquematizada que caracteriza a los protoco-

los internacionales se encuentra reflejada en la intervención observada de los equipos de salud, donde las preguntas que guían a las/os profesionales a construir la sospecha de negligencia, responden a la necesidad de clasificar el riesgo en el que se encuentran las infancias y adolescencias. Que sea considerado como parte del diagnóstico diferencial por parte de los equipos médicos desencadena el desarrollo de las evaluaciones y los abordajes integrales de la problemática, en tanto es solo a partir de la interconsulta que el Servicio Social y Salud mental suelen intervenir. Sin embargo, es necesario hacer énfasis en que la construcción misma de la sospecha de negligencia asume el carácter de una intervención y tiene un correlato y un impacto en las infancias, adolescencias y sus familias. Las situaciones expuestas ejemplifican cómo las sospechas son construidas frecuentemente en base a lo disruptivo que puede significar confrontar con las realidades familiares que no se adaptan a los esquemas cerrados e ideales que acarrear las/os profesionales. Sin dudas, la tríada médica/o-paciente-familia se verá afectada cuando el primer actor hace un juicio de valor y sanciona las competencias parentales, inclusive antes de escuchar activamente a esta otredad y su realidad.

Aproximaciones finales

A partir de lo expuesto, en pos de repensar las estrategias de intervención, se identifica la necesidad de construir paradigmas comunes y una interdisciplina que apunte a la construcción conjunta de abordajes integrales que apunten a la problematización y consecuente transformación de la jerarquización de las dimensiones biomédicas por sobre las condiciones de existencia de las infancias y adolescencias. A su vez, la evaluación de la práctica en instancias de supervisión y/o covisión también debe ser asumida desde la interdisciplinariedad, para no llevar a cabo intervenciones iatrogénicas.

La convocatoria a la intervención ante la sospecha de negligencia contra las infancias y adolescencias requiere ser desarmada y reelaborada con el objetivo de habilitar nuevos espacios y roles al interior de los equipos de salud. Desde la especificidad del Trabajo Social, se propone el desafío de reflexionar en torno a las diversas estrategias posibles para disputar el universo de significados en torno a las propias competencias profesionales y a las perspectivas ético-políticas desde la cual se piensa y construye la intervención. Además, apuntar a la elaboración de dispositivos institucionales que aborden las

negligencias contra las infancias y adolescencias desde la escucha, el sostén y el fortalecimiento de las redes de apoyo de las familias. Esto incluiría la promoción de espacios que interpelan y cuestionan los mandatos y estereotipos que continúan siendo reproducidos en las intervenciones, y que tienen por principal consecuencia la estigmatización de las familias.

Al respecto, caben las preguntas: ¿cómo aportar a prácticas que permitan materializar su condición de sujetos de derecho activos y protagonistas de sus propios procesos de salud? ¿Qué lugar ocupan las infancias y ado-

lescencias en la evaluación de competencias parentales? Sin dudas, toda práctica de transformación requiere de políticas públicas que fortalezcan un rol estatal preventivo-promotor respecto a las crianzas saludables, así como también permitan transformar el entramado institucional de gestión de las infancias y adolescencias cuando median situaciones de maltrato, reconociendo al hospital como parte del mismo. Desde las/los profesionales de la salud, tomar esa escucha permitirá revisar y transformar las prácticas, generando otras modalidades que puedan alojar y habiliten las voces de las/los niñas/os y adolescentes.

Bibliografía

- Barna, A. (2012). *Convención Internacional de los Derechos del niño: hacia un abordaje desacralizador*. KAIROS, Revista de Temas Sociales. Año 16. N° 12. San Luis. Argentina.
- Barudy, J., y Dantagnan, M. (2005). *Los Buenos Tratos a la Infancia Parentalidad, apego y resiliencia*. Editorial Gedisa, Barcelona.
- Cavalleri, M.S. (2008). *Repensando el concepto de 'problemas sociales'. La noción de 'situaciones problemáticas'* en Castronovo, R.; Cavalleri, M. S. (coords.) *Compartiendo notas: el Trabajo Social en la contemporaneidad*. Remedios de Escalada, De la UNLa- Universidad Nacional de Lanús.
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). (2002). *"Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas. Síntesis y conclusiones"* CEPAL.
- Estay Barrera, F. (2009). *Manual de apoyo para la formación de competencias parentales: Programa Abriendo Caminos*. Santiago: MIDEPLAN. Chile.
- Gómez Muzzio, E., y Contreras Yevenes, L. (2019). *Manual Escala de Parentalidad Positiva – E2P v.2*. Ediciones Fundación América por la Infancia.
- Grimberg, J. (2010). *De "malos tratos", "abusos sexuales" y "negligencias". Reflexiones en torno al tratamiento estatal de las violencias hacia los niños en la ciudad de Buenos Aires*. En *Infancia, justicia y derechos humanos*. Villalta, C. (comp.). Universidad Nacional de Quilmes Editorial. 1° Edición., Bernal, Buenos Aires.
- Gutierrez, A. (2005). *Las prácticas sociales. Una introducción a Pierre Bourdieu*. Ferreyra Editor. Córdoba.
- Lemos, V., Richaud, MA. y Vargas Rubilar, J. (2017). *Programa de fortalecimiento parental en contextos de vulnerabilidad social: una propuesta desde el ámbito escolar*. Interdisciplinaria, revista de psicología y ciencias afines, vol. 34, núm. 1. <https://www.redalyc.org/journal/180/18052925010/html/>
- Molina, M.L., y Barcich, A. (2012) *Maltrato Infante Juvenil. La evaluación y toma de decisiones*. Editorial Dunken, Buenos Aires.
- Pérez Padilla, J., Menéndez Álvarez-Dardet, S., Hidalgo, M.V. (2014) *Estrés parental, estrategias de afrontamiento y evaluación de riesgo en madres de familias en riesgo usuarias de los Servicios Sociales*. Psychosocial Intervention, vol. 23.
- Sallés Domenech, C. y Ger Cabero, S. (2011). *Las competencias parentales en la familia contemporánea*. Revista Educación Social, n°. 49.
- Villalta, C., y Llobet, V. (2015). *Resignificando la protección. Los sistemas de protección de derechos de niños y niñas en Argentina*. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud.

Otras fuentes documentales

- Ley N° 114 de Protección Integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires, 3 de febrero de 1999.
- Ley N° 26061 de Protección Integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Boletín Oficial de la República Argentina, 26 de octubre de 2005.
- Unidad Técnica Especializada en Maltrato Infante Juvenil del CD-NNYA (2012). *Maltrato Infante Juvenil. Marco Conceptual*. Buenos Aires.