

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

**LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL**



Voces y experiencias de la Unidad Interdisciplinaria de Atención en Violencia  
Infantil en pandemia:

**Hospital de Niños Santísima Trinidad**

Autora:

- Cindy Deleu

Profesores:

- Intervención Pre-Profesional: Lic. Paola García y Lic. Sabrina Bermudez

- Seminario de Sistematización y Redacción: Lic. Eduardo Ortolanis

- Seminario de Orientación Temática: Lic. Alicia, Zamarbide

Córdoba, 2021.



## **Agradecimientos**

*Cada etapa que finaliza es una hermosa ocasión para mirar atrás y ver que los sueños cumplidos estuvieron acompañados de personas increíbles que no permitieron que baje los brazos. Quiero agradecer a las personas que me acompañaron durante este largo pero enriquecedor proceso donde aprendí conocimientos teóricos, prácticos y formadores de vida.*

*En primer lugar, agradezco a Dios por ser mi mejor amigo. Agradezco por darme una vida plena en Él, por permitirme estudiar, por enseñarme y por darme un futuro lleno de esperanza.*

*Agradezco a mi familia por haberme acompañado tan de cerca, por sus palabras de ánimo, sus consejos y su gran cariño. Agradezco a Dios por la vida de mi mamá que aunque solo la pude tener nueve años de vida dejó marcas profundas en mi. También le agradezco a Dios por la vida de mis papás, mis hermanos, abuelos, tíos, primos y amigos que son familia también. ¡Gracias de todo corazón! Gracias por haber tolerado con paciencia y amor incluso esos momentos de tensión donde las emociones nublaban mi vista. Cada examen aprobado, cada trabajo práctico terminado, cada materia concluida era un motivo de alegría en familia y esos son recuerdos que guardo en mi corazón.*

*Agradezco a la Universidad Nacional de Córdoba y en especial a la carrera de Trabajo Social por cada aprendizaje brindado y por recibirme desde el primer día con esa calidez que la caracteriza. Gracias a cada profesor y profesora que se tomó el tiempo de escucharme, de contestar mails, preguntas en clases de consulta; gracias por preparar las clases con detalle para que podamos entender con mayor claridad y aprender a mirar siempre más allá de lo que se presenta delante nuestro.*

*Agradezco también al Hospital de Niños Santísima Trinidad por abrir sus puertas “virtuales” y permitirme aprender de todas esas trayectorias por las que ellos ya pasaron. Gracias a la Unidad Interdisciplinaria de Atención en Violencia Infantil por compartir conmigo este año y brindarme de sus conocimientos con tanta amabilidad.*

*Pareciera que esta palabra de siete letras queda pequeña para expresar la alegría del corazón ¡Gracias!*

## Índice

<b>Agradecimientos.....</b>	<b>3</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>7</b>
<b>Capítulo 1: Presentación del escenario, sujeto y estrategia de intervención....</b>	<b>12</b>
1.1 Escenario de intervención.....	13
1.2 El equipo de la UIAVI como sujeto. ....	21
1.3 Definiendo la estrategia de intervención.....	24
<b>Capítulo 2: Aproximación a las niñeces en Argentina .....</b>	<b>27</b>
2.1 Concepciones de distintos actores sobre los N, N y A.....	28
2.2 Paradigmas y reconstrucción histórica de N, N y A en Argentina.....	29
2.2.1 La doctrina de control social de la infancia y del menor en situación irregular.....	29
2.2.2 La doctrina de protección integral de los derechos de la infancia.....	32
2.2.3 Paradigma de la promoción social.....	35
<b>Capítulo 3: Violencia infantil, una mirada desde el campo de la salud.....</b>	<b>38</b>
3.1 Concepción y paradigmas de salud.....	39
3.1.1 Salud como ausencia de enfermedad.....	40
3.1.2 Salud como completo bienestar.....	41
3.1.3 Salud como capacidad de lucha.....	42
3.1.4 Salud como asunto de derecho.....	44
3.2 Violencia infantil como asunto de salud pública.....	46
3.3 Construcción del concepto de violencia infantil y modalidades.....	49
3.4 Clasificación.....	53
3.5 Reconstrucción histórica.....	60
3.6 Causas y consecuencias.....	61
<b>Capítulo 4: Pandemia vivida desde la UIAVI.....</b>	<b>65</b>
4.1 Metodología.....	66
4.2 Contextualización de la pandemia Covid-19.....	67
4.3 Cambios vividos por la UIAVI en pandemia.....	70

4.4 Voces de la UIAVI sobre nuevas estrategias de trabajo .....	75
4.5 Voces de la UIAVI sobre la reestructuración de la Unidad.....	79
4.6 Sentires acerca de las situaciones de violencia abordadas.....	80
4.7 Cuestiones éticas presentes en las intervenciones de UIAVI.....	82
4.8 Fortalezas y debilidades de la UIAVI.....	84
4.9 Impactos del Covid-19 en las y los miembros del equipo UIAVI.....	88
4.10 Aprendizajes de la UIAVI en tiempos de pandemia.....	95
<b>Conclusión: "A modo de cierre abierto".....</b>	<b>98</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>104</b>

# **Introducción**

El presente trabajo surge en el marco de la producción de tesina de quinto año para obtener el grado de Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Córdoba. La intervención pre profesional tuvo lugar en la Unidad Interdisciplinaria de Atención en Violencia Infantil la cual forma parte del Hospital de Niños Santísima Trinidad.

Esta indagación y sistematización pretende aportar a la recuperación de las voces y experiencias del equipo que conforma la Unidad Interdisciplinaria de Atención en Violencia Infantil del Hospital de Niños Santísima Trinidad, en su abordaje de situaciones de violencias hacia niños, niñas y adolescentes. Dicha recuperación de voces y experiencias se dan a través de entrevistas realizadas a cada miembro de la Unidad Interdisciplinaria apuntando a generar aportes que se constituyan en insumos para ser de sustento a efectivas intervenciones fundadas. Casi toda la estrategia de intervención fue transitada junto a Gisela Serán, quien por razones personales no pudo continuar con el proceso de escritura.

Rosas (2010) manifiesta que la intervención es un proceso situado en las coordenadas de espacio y tiempo que estructuran el campo de acción. Es así, que la intervención quedó condicionada por el contexto global de la pandemia produciendo algunas modificaciones en las decisiones tomadas. Inicialmente se iba a realizar una indagación y sistematización de situaciones de violencia atendidas por el comité, poniendo énfasis en la modalidad pasiva de violencia denominada negligencia en cuidados. Sin embargo se transformó en una indagación y sistematización donde el foco está puesto en las voces y experiencias de las y los miembros de la Unidad que intervienen en situaciones de violencia en contexto de pandemia. Este cambio se volvió necesario ya que no fue posible el acceso a informes interdisciplinarios en soporte papel de la Unidad Interdisciplinaria de Atención en Violencia Infantil, que serían fuentes primarias de información, por haber sido designado el nosocomio por política de salud en centro de tercer nivel de complejidad pediátrico en atención de covid – 19, de esta manera se restringió el acceso al mismo. En este desafío por encontrar la temática de la tesina se conjugaron la creatividad, las condiciones concretas de espacio-tiempo, la



capacidad de diálogo, las restricciones del escenario<sup>1</sup> y la necesidad de construir conocimiento a partir de este contexto excepcional para así alcanzar metas viables en el trayecto de indagación.

Finalmente la temática de la tesina quedó configurada de la siguiente manera: “Voces y experiencias de la Unidad Interdisciplinaria de Atención en Violencia Infantil en pandemia: Hospital de Niños Santísima Trinidad”.

Se busca generar aportes centrado en las intervenciones, de la Unidad Interdisciplinaria de Atención en Violencia Infantil del Hospital de Niños Santísima Trinidad, donde se abordan situaciones de violencia hacia N, N y A, en contexto de pandemia, durante el periodo comprendido desde el inicio del aislamiento social preventivo y obligatorio (en marzo de 2020) hasta el mes de octubre del mismo año. De esta manera, el objetivo que guió la intervención fue la recuperación de las voces y experiencias del equipo que conforma la Unidad.

Con relación a la terminología utilizada en la presente producción se emplea el uso del término “niñeces” en lugar de la utilización de “niñez”. El término en plural permite abarcar a la totalidad de niños y niñas con diferentes particularidades, sectores, culturas aprendidas, habitus estructurados, entre otros. Por otro lado, la terminología N, N y A, también frecuente en el trabajo, es tomada de la nominación de la “convención internacional de derechos de niños” que nombra a niños, niñas y adolescentes refiriéndose a la población sujeto de derecho en lo regulado por ese tratado internacional. Además, se utiliza la sigla “UIAVI” o “Unidad” para hacer referencia a la Unidad Interdisciplinaria de Atención en Violencia Infantil. Por último, en la sección de anexos se presenta el código de referencia usado para las citas de entrevistas.

El contenido del presente trabajo se distribuye por capítulos. A continuación una breve reseña de los aspectos reconstruidos en cada uno de ellos:

En un primer momento se detalla un recorrido por la Unidad Interdisciplinaria de Atención en Violencia Infantil del Hospital y una aproximación a la intervención realizada. El énfasis está en la profesión de trabajo social, detallando una

---

<sup>1</sup> Fue designado el Hospital en 2020 centro de tercer nivel de complejidad pediátrico en atención de covid – 19 de la Provincia de Córdoba, lo que impedía el ingreso al mismo y acceso a todos los registros guardados en sus oficinas.

concepción de intervención profesional. Luego se apela a la importancia de comprender la cuestión social y como la misma es estructurante de las problemáticas actuales.

En un segundo momento se busca una aproximación a las niñeces, buscando reconstruir los distintos paradigmas a lo largo de la historia hegemónicos en Argentina. Así, se desarrolla brevemente la doctrina de control social de la infancia y del menor en situación irregular, el de protección integral de los derechos de la infancia, basado en tratados internacionales como la convención de los derechos del niño y finalmente el paradigma de la promoción social.

Luego se especifica el entrecruzamiento de dos temáticas: violencia y salud. En este capítulo se desglosan los paradigmas de salud, sus múltiples determinantes que hacen a la calidad de vida de los N, N y A; y la importancia de la perspectiva de derecho. Posteriormente se aborda la violencia infantil desde el abordaje en instituciones de salud pública, analizando concepciones, modalidades, causas y consecuencias.

En el capítulo cuatro se hace alusión a la metodología utilizada, al contexto general de la pandemia y las implicancias de lo macro en lo micro. Desde los discursos de cada miembro de la Unidad se abordan las particularidades del contexto, el manejo de la pandemia, la incertidumbre que reviste la misma, los cambios en los modos organizativos, las vivencias de cada profesional que integra la UIAVI, posicionamientos ético-políticos a los que se dio lugar, entre otras. Además, las potencialidades que desde el trabajo social se presentan para hacer frente a esta situación desde el campo disciplinar.

A modo de cierre se comparten algunos aportes y reflexiones en términos de los resultados del proceso desde un análisis crítico de la realidad compleja, a partir de la lectura de las experiencias reconstruidas y de los respectivos marcos teóricos, metodológicos y éticos políticos en las estrategias de intervención.

Finalmente, en la sección de anexos, se aborda el marco legal de la problemática de la violencia infantil y se detalla un recorrido histórico en los avances y retrocesos sobre los derechos de las niñeces. También se deja planteado a grandes rasgos algunas normativas a nivel internacional incluyendo los tratados de derechos

humanos. A nivel nacional la Ley de protección integral de los derechos de N, N y A (con el correspondiente desarrollo del sistema de protección integral de los derechos de las niñas), las Leyes nacionales de violencia familiar, el código civil y comercial de la nación y la Ley de delitos contra integridad sexual. A nivel provincial se toma la Ley de promoción y protección integral de los derechos de N, N y A (que es la estructura provincial para el sostén de leyes como la ley 26061) y la Ley provincial de violencia familiar (que es el soporte administrativo en Córdoba de la ley nacional de violencia familiar 24417).

Antes de dar inicio al desarrollo de cada uno de los capítulos aquí mencionados, se realizan algunas aclaraciones pertinentes. Por un lado, se observa que en la mayoría de las tesinas se va desde el plano general al plano particular. Sin embargo, esta tesina pretende recuperar las experiencias de las y los profesionales que conforman la Unidad y por ello se decidió hacer una interacción dinámica entre aspectos más generales y particulares. De esta manera, se construyó el marco referencial a partir de la interacción con cada profesional de la Unidad.

Esta decisión también explica por qué se detalló al comienzo, y no al final, el espacio y tiempo particular donde se situó la estrategia de intervención.

Al final de cuentas, esta intervención consistió en conocer “la intervención” de la Unidad, en tiempo de pandemia, escuchando las voces y experiencias de quienes fueron parte y haciéndolas visibles.

Por último, se recalca que esta tesina nace en medio de una pandemia y es una forma de diálogo con el presente, que aún permanece en pandemia, por lo que es un texto en forma de propuesta abierta.

**"Nosotros creemos que la palabra deja huella; las huellas marcan rumbos; los rumbos implican definiciones y compromisos."**

**Subcomandante Marcos**

# **Capítulo 1: Presentación del escenario, sujeto y estrategia de intervención**

## **1.1 Escenario de intervención**

El escenario institucional de intervención fue la UIAVI del Hospital de Niños Santísima Trinidad que se ubica en Bajada Pucará 787 ciudad de Córdoba. Dentro de este Hospital de tercer nivel de complejidad, se mantuvo una vinculación con el comité de Maltrato infantil, que devino posteriormente en la Unidad Interdisciplinaria de Atención en Violencia Infantil. Para analizar este escenario de intervención se retoma algunas dimensiones de análisis propuestas por Rotondi, Verón y Schlemenson en la cátedra “Teoría, Espacio y Estrategia de Intervención institucional” dictada en cuarto año de la Licenciatura de Trabajo Social.

### Historia

La primera dimensión de análisis es un breve recorrido histórico del Hospital y de la UIAVI. De acuerdo con lo expresado por Garay (2000), la historia (vista como un movimiento) es parte de la institucionalización de una organización y por ello es pertinente conocerla.

De acuerdo a los aportes realizados en la página oficial del Hospital de Niños Santísima Trinidad, durante el año 1882, el decano de la Facultad de Ciencias Médicas, Dr. Jose Antonio Ortiz Herrera, tuvo la iniciativa de proponer la creación de la institución de salud orientada principalmente a la atención de la niñez. Esta propuesta halló su concreción durante el año 1884 cuando la sociedad de beneficencia donó dos casas situadas en la calle Entre Ríos. En mayo de ese mismo año comenzó a operar el incipiente Hospital de Niños, quedando su administración en manos de las hermanas dominicas de San José. Es importante mencionar que en este periodo histórico, algunas de las tareas de administración de entidades educativas y de salud eran derivadas desde el Estado tanto a la sociedad de beneficencia como a la iglesia católica para su gestión.

En cuanto al funcionamiento en sus inicios se admitía niños y niñas de 3 a 10 años, la atención era gratuita para la población con certificado de pobreza emitido por una autoridad civil, personal de la sociedad de beneficencia o profesor de medicina. A diferencia de esto, los denominados pensionistas debían abonar dos pesos diarios por su atención. Inicialmente su director fue Jerónimo del Barco y fue un Hospital

netamente quirúrgico con 20 unidades para la internación, posteriormente se incorporó la cátedra de Pediatría de la Universidad Nacional De Córdoba.

El Hospital estuvo a cargo de las dominicas hasta el año 1914, en ese momento pasó a manos de la congregación Nuestra Señora de la Misericordia. Finalmente, luego de casi un siglo de ser administrado de esta manera, comenzó a depender del Gobierno de la Provincia designando desde allí las autoridades y personal. Se registra un crecimiento en complejidad y servicios brindados tanto como especialidades y subespecialidades de pediatría. Durante Agosto del año 2000 se inaugura el nuevo edificio, adaptado a las demandas abordadas por ser un Hospital de tercer nivel de complejidad que atiende casos de capital e interior, allí funciona el Hospital hasta la fecha.

La Unidad Interdisciplinaria surge en el año 2003 con el nombre de “Comité de Maltrato Infantil”. En la página oficial del Hospital se relata que la consolidación del comité no fue sino hasta el año 2005 a través del caso Ludmila, una niña de cuatro meses que muere a causa del síndrome de bebe sacudido producto directo de violencia de sus padres (hecho que ocurre en una institución privada de salud). El entonces director del Hospital, Hector R. Maisuls, con el objetivo de superar las dificultades que se presentaban en su abordaje, nombra al Comité como la estrategia para atender de manera integral al maltrato infantil. Actualmente el espacio interviene con niños, niñas y adolescentes desde un mes de vida hasta los trece años, ajustado a la franja etaria que atiende el Hospital Santísima Trinidad.

#### Proyecto y estructura organizativa

El proyecto de la UIAVI , puede ser tomado como una dimensión de análisis ya que, siguiendo los aportes de Fanfani (1989), cada proyecto está inserto en un contexto socioeconómico y político que les lleva a tener que organizarse, para dar respuesta a las problemáticas de la vida cotidiana. Las instituciones se van transformando progresivamente y el proyecto le da paso a un plan de acción. Para que el proyecto sea sostenible en el tiempo se abordan las demandas con estrategias pensadas para esa situación específica con objetivos, metas y programas los cuales deben siempre tener un margen de flexibilidad para adaptarse a los cambios del contexto.

El proyecto en el que se sustenta la Unidad Interdisciplinaria tiene por objetivo realizar informes y diagnósticos interdisciplinarios en niños, niñas y adolescentes con violencia infanto juvenil.

La estructura organizativa puede ser definida como un sistema interrelacionado de roles que definen funciones y responsabilidades. Dichos roles y funciones fueron obtenidas de fuentes de información primaria (entrevistas a integrantes de la Unidad) y secundaria (recuperación de tesinas realizadas años anteriores).

El equipo está compuesto por una Trabajadora Social, dos Psicólogas, un Médico y una Médica. En su funcionamiento, además de roles, hay profesiones que tienen desempeños diferentes. En una entrevista realizada por Rivera, Schilling y Trujillo en el año 2017, las compañeras recuperan las voces y discursos de la Trabajadora Social respecto al trabajo con otras disciplinas lo cual permite seguir reconstruyendo la perspectiva del equipo en cuanto a la organización: “(...)Comparto con el resto de los miembros del equipo el marco referencial de abordaje del problema, lo que no quiere decir, que en el trabajo interdisciplinario comparta metodologías de intervención y de implementación de las técnicas específica (...)” (Pág. 43). Esto deja ver que aunque todo el equipo comparte objetivos, metas y ciertos protocolos no implica que compartan de manera uniforme todas las acciones que se llevan adelante dando lugar a cierto margen de autonomías.

Los sujetos definen la intervención a partir de sus experiencias, historias, trayectorias y marcos teóricos lo cual influye en cómo piensan las intervenciones. A continuación, se detallan brevemente las funciones de cada profesión que integra el equipo, recuperada de sus narraciones en las entrevistas realizadas, lo cual permite seguir adentrándonos a sus modos organizativos:

El área de salud mental está compuesta por dos Psicólogas y tienen por objetivo la realización de psicodiagnósticos a N, N y A y a las y los adultos responsables. El estudio psicodiagnóstico consiste en entrevistar a los padres, madres y/o cuidadores para la obtención de indicadores psicológicos de maltrato infantil y de personas adultas responsables dentro del entorno familiar. Las entrevistas iniciales se realizan de modo interdisciplinario (Trabajo social y psicología) y las entrevistas

con el niño suelen ir acompañadas de horas de juego y administración de test proyectivos.

La coordinadora de la Unidad comenta que: “(...) las Psicólogas en ocasiones realizan interconsulta con una Psicóloga especializada en la temática de maltrato infantil, y a la vez son supervisadas por la misma (...)” (E1-A-7/08/20). Son 3 los asesores que forman parte del equipo con participación esporádica (solo cuando se necesita asesoramiento en casos particulares).

La intervención profesional de trabajo social en la Unidad está dada por una de las fundadoras y coordinadora del comité de maltrato infantil, actual Unidad Interdisciplinaria de Atención en Violencia Infantil. Desde el manual de pautas de diagnóstico y tratamiento del Hospital se narra sobre sus funciones:

La intervención del área de Trabajo Social desde el encuadre de trabajo institucional, es lograr el conocimiento de las causas que produjeron la situación de violencia infantil, a fin de revertir las mismas y que el niño no sufra daños más severos (pág. 564).

Siguiendo con el manual de pautas (pág. 564), se presentan tres momentos de intervención para la profesión. El primer momento se denomina primera aproximación diagnóstica o diagnóstico preliminar y consiste en:

- Conocer la familia de los niños en relación a las siguientes categorías: composición, dinámica, género, generación, parentesco, ocupación, trayectorias, posición social, relaciones con el contexto social más próximo.
- Identificar el contexto de producción de la situación de violencia.
- Reconstruir el proceso de vulnerabilidad en la historia de vida del niño.

Segundo momento de intervención:

- Profundizar en las condiciones socio familiares que intervinieron en la producción del maltrato.
- Identificar los factores protectores en el niño y su contexto familiar.
- Identificar y articular con las redes sociales y familiares.
- Analizar e identificar los indicadores sociales compatibles con S.M.L.

Tercer momento de la intervención:



- Analizar interdisciplinariamente la presunción de S.M.L.
- Validar el diagnóstico.
- Devolución a los padres o adultos responsables del diagnóstico realizado.
- Seleccionar la estrategia de intervención.
- Elaborar los informes por escrito para la contrarreferencia del niño.
- adjuntar el informe interdisciplinario a la historia clínica del niño.

Además, la trabajadora Social realiza tareas de coordinación y la articulación con organismos judiciales de las situaciones que presenten gravedad que lo amerite

Dentro del equipo solo hay una profesional de Trabajo Social quien realiza estrategias de intervención familiar y la coordinación del equipo que implica la articulación intra equipo como con las instituciones con quienes se trabaja. De acuerdo a las entrevistas realizadas, otras de las tareas específicas que realiza son: planificar, diseñar, organizar ateneos para las y los profesionales de la institución (dilucidando la realidad de la violencia infantil y concientizando a los profesionales para que realicen las derivaciones correspondientes en caso de sospecha de violencia). También participa y expone en capacitaciones fuera del Hospital destinadas a dar a conocer el espacio del equipo y la problemática que aborda, trabaja en la actualización de las pautas hospitalarias, el registro estadístico y la lectura de la bibliografía en relación a la problemática de violencia infantil.

Desde el área de Trabajo Social y Salud Mental las técnicas que utilizan son la entrevista semidirigida y la entrevista pautada semidirigida, que sirven para incluir y conocer la historia vital del sujeto, la constitución familiar y la dinámica familiar. Otra de las técnicas utilizadas es la entrevista en profundidad que permite identificar y caracterizar la situación de vulneración de Derechos de los N, N y A.

El área médica de la Unidad está conformada por un médico y una médica pediatras. El médico es el coordinador de la parte clínica y se dedica a la atención de N, N y A en las salas de cuidados intermedios y mínimos. La médica es jefa de equipo del área de terapia intensiva y recepta la demanda de la unidad de cuidados intensivos de modo exclusivo. Sus tareas principales consisten en receptar a N, N y A que presentan indicadores de maltrato, realizar la valoración médica y el seguimiento de los resultados de métodos complementarios para el diagnóstico médico y realizar entrevistas iniciales a los acompañantes del N, N y A.

Continuando con la recuperación de las voces y discursos del equipo, en cuanto a su modo organizativo, en una de las entrevistas se comentaba la importancia de la comunicación entre las disciplinas y el destacado trabajo interdisciplinario que caracteriza a la Unidad. Se narraba lo siguiente:

“Nosotros hacemos el informe médico de lesiones con nuestro parecer y lo trabajamos con psicología y trabajo social (...) Las conclusiones generalmente las acordamos entre todas las disciplinas. Nuestra tarea (...) hacemos constatación de lesión, pero tanto Trabajo Social como las psicólogas son las que tienen un laburo muy muy importante en lo que es la entrevista a los familiares, poder hacer un tipo diagnóstico y hacer una valoración integral de la situación, lo nuestro es como un aporte.” (E7-V-13/11/20)

Nuevamente, recuperando el posicionamiento y mirada de cada miembro que compone la UIAVI, se destaca el enfoque de derechos, basado en el paradigma de protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes (con su fundamento en la convención internacional de los derechos del N, N y A que como tratado internacional tiene jerarquía constitucional a nivel país).

Aquín (s.f) menciona que el trabajo social no goza de la legitimidad que han alcanzado otras profesiones ni de la misma autonomía. Sin embargo, en el caso particular de la Unidad trabajo social tiene un desempeño que la coloca en un lugar de legitimidad y valoración por parte de las otras disciplinas. De esta manera aunque haya momentos de tensión y lucha se dan procesos con cierto grado de autonomía (tema que se retoma más adelante). En este caso particular, Trabajo Social, al existir en la Unidad desde su formación inicial permitió tener voz y voto además de reconocimiento.

Continuando con el rol del trabajador social Trachitte, Lera, Arito, Ludi, Martínez y González (2008) se refieren a la autonomía como aquella “(...) capacidad de pensar y conducirse por uno mismo que no es un proceso individual y que está contextualizado” (Pág. 26). Peralta, Pinotti, Bosio y Videla (2010) hacen referencia a la misma como “una búsqueda y un proceso de instaurar una subjetividad reflexiva y deliberante que nos permita actuar y no ser actuados” (Pág. 51). Por

último Danani (2006) y Aquín (s.f) plantean como desafío “(...) ampliar nuestra autonomía profesional y recordar que hay una autonomía que no tiene límites y es la autonomía intelectual. Nuestro derecho a estudiar a producir conocimiento a tomar la palabra en el espacio público (...)” (pág. 8).

Un ejemplo que ayuda a recuperar las voces y experiencias del equipo, en terreno la trae el trabajo de tesina de Rivera, Schilling y Trujillo (2017) cuando mencionan que se puede observar cierta autonomía en los criterios que el equipo tiene al momento de intervenir, decidiendo no superponer estrategias cuando el N, N y A está bajo la supervisión profesional de otro equipo de salud, justicia o desarrollo social, o respecto de los tiempos necesarios de alta. También se observa heteronomía respecto de las normas institucionales generales, el equipo, no puede intervenir en situaciones con niños/as de más de 13 años porque exceden la franja de edad establecida por el hospital.

En situación de pandemia, no se pudo acceder de manera directa a las prácticas cotidianas que los sujetos tenían en terreno. Puede haber una percepción sobre esas prácticas ligadas a la autonomía que escapan a la mirada de quien observa dando lugar a que el análisis realizado no permita contrastarse en relación a las situaciones sino sólo a nivel de la percepción.

Por último, Taibo, Casas y Fonseca (2017) en un fragmento de su tesina de grado retoman las voces de las y los miembros de la Unidad quienes aportan a la comprensión del modo organizativo:

Al momento de intervenir es notable la distribución de tareas entre los miembros del Comité. Cada profesional trabaja desde su especificidad en su momento de intervención para diagnosticar la situación de maltrato infantil. Esto es visible en los informes ya que cada área brinda su análisis que forma parte del informe final (Pág. 30).

### Sistema Político

Continuando con el análisis, Frigerio y Poggi (1989) comentan que la institución puede ser vista ligada a la idea de lo establecido, norma, disciplinamiento. Las reglas son necesarias para que se pueda cumplir con una función, brinda seguridad

y a la vez prohíbe por eso las instituciones tienen carácter ambivalente (doble movimiento de atracción y repulsión, zonas de certidumbre e incertidumbre). Las leyes permiten volver previsible los comportamientos de los actores aunque siempre deja zonas de incertidumbre.

En el espacio social de intervención existe un protocolo de acción ya establecido en cuanto al ingreso y atención de la demanda de situaciones de violencia en N, N y A, esto está estipulado en las pautas de Diagnóstico y Tratamiento del Hospital de Niños. Este recorrido (desde que ingresa la demanda hasta el informe final y articulación con otro organismo) forma parte de las prácticas establecidas e instituidas desde las pautas hospitalarias, constituyéndose en el modo acordado institucionalmente de abordaje de la situación. Desde las diversas entrevistas mantenidas y recuperando sus voces y experiencias no se identificó diferencias en el relato que den cuenta de prácticas subalternas o intentos instituyentes de abordajes desde la Unidad. Sin embargo se detalla dicho protocolo más adelante.

### Contexto

La situación nacional (e internacional) de pandemia y crisis económica, política y social ha atravesado a todas las instituciones y provocando cambios en el desarrollo de las praxis de las organizaciones que son mediatizadas y claramente situadas, inmersas por lo tanto en un espacio - tiempo específico. Flores (2018), afirma que el contexto estructurante de las instituciones determina modos de relacionamiento que presentan regularidades, lo que modifica significados y acciones. Este contexto incide en la dinámica interna de la Unidad. Recuperando las vivencias de la Unidad, una de las Psicólogas mencionaba como en este nuevo contexto de pandemia tuvieron que repensar la manera de intervenir, haciendo ajustes en tiempos y modos que estaban establecidos para contextos sin pandemia. Dicho esto se observa como la cotidianeidad de lo instituido e incuestionable entra en crisis como consecuencia del avance de la pandemia a nivel internacional. Se retoman las especificidades del contexto en el capítulo cuatro.

### Identidad

Por último, la ideología institucional, es decir las concepciones y representaciones que justifican el modelo y estilo que esté expresa y lo legitima es parte de la

identidad la cual puede definirse como aquello consensuado, lo que se establece, función que se tiene, lo que fue (núcleo protector de la idiosincrasia), etc.

Fernandez (1994) expresa que el tiempo sobre la interacción de los componentes básicos muestra la progresiva construcción de niveles cada vez más complejos de la cultura institucional. Una institución que permanece en el tiempo logra absorber impactos de cambio al mantener invariantes las características que la definen, las cuales conforman su identidad. La cultura institucional es garante de la autonomía que permite la capacidad institucional para mantener las invariaciones referidas a la identidad a pesar de los cambios del ambiente produciendo adaptaciones.

Lo aquí mencionado tiene relación con la conceptualización de sujeto utilizada por el área social y de salud mental de la Unidad. Ellos mencionan la concepción de sujeto de derecho desde la cual se erige la intervención. No se identificó alguna práctica diferente a lo enunciado en el discurso oficial desde las áreas con las que se contactó, sin embargo, la intervención tuvo limitaciones que posiblemente no permitieron la identificación de dichas diferencias entre discurso y práctica.

## **1.2 El equipo de la UIAVI como sujeto**

El sujeto específico de esta tesina es el equipo que conforma la Unidad Interdisciplinaria de Atención en Violencia Infantil del Hospital de Niños Santísima Trinidad. Antes de adentrarme más a sus características se toman los aportes de Aquín (s. f) quien menciona acerca de la importancia que tiene el nombrar al sujeto de intervención ya que refleja el posicionamiento teórico y práctico desde el cual intervenimos. La autora comenta que “(...) los modos de nombrar al otro no son meras descripciones de acontecimientos sino que resignifican reproduciendo o transformando elementos del sentido común” (pág. 8). También se toman los aportes de Hermida (2018) quien expresa que: “Las identidades no son positivas, fijas, anteriores a los sujetos, sino que el proceso de nominación permite articular demandas, construir lazos, abrirse performativamente a una nueva configuración” (pág. 19).

En este caso particular, se considera pertinente mencionar el modo en que la UIAVI se auto nomina. Apelando a recuperar las voces y discursos del equipo es relevante mencionar el cambio de denominación reciente ya que la Unidad Interdisciplinaria

de Atención en Violencia Infantil era nombrada anteriormente como comité de Maltrato infantil. Se trata de un cambio de denominación asociado al tipo de actuación, que no es de asesoría solamente (como lo era el comité), sino de intervención interdisciplinaria y articulada. El abordaje desde distintas disciplinas es fundamental en el trabajo con N, N y A, ya que el ser humano es complejo y está atravesado por distintos escenarios, sin embargo, la complejidad de los sujetos no acaba en la intersección de tres disciplinas. Se entiende que las definiciones que realizó la UIAVI sobre sí mismo en su nueva denominación es una manera de definir cómo conciben la problemática y cómo comprenden y miran su espacio. La Unidad al definirse como interdisciplinaria muestra su orientación hacia intervenciones integrales en situaciones de violencia con N, N y A que requieren por su complejidad abordajes y miradas complementarias entre lo físico, lo psicológico y lo social.

Follari (2013) desarrolla el tema de la interdisciplina e interdisciplinariedad argumentando que buscan enriquecer las disciplinas y sacar más beneficio de sus aportes. Además el autor propone que en temas complejos es interesante poner en común logros de disciplinas diversas “a partir de la relación de cada una con las otras” (pag.122). Para Follari:

[...] Y por interdisciplina entendemos que modelos, leyes, categorías, técnicas, etc., provenientes de disciplinas científicas diferentes, se mezclen entre sí para promover un conocimiento nuevo, un producto que resulte diferente de lo que existía en las disciplinas que contribuyeron a configurarlo (pág. 123).

Entendiendo a la interdisciplina como la articulación de diferentes disciplinas que producen un resultado diferente en el modo de conocer, siendo lo interdisciplinar un proceso complejo, una construcción que parte de diferentes formas de ver y entender la realidad desde teorías y métodos disciplinares particulares.

Lo interdisciplinar es una construcción, implica un complejo proceso de constitución y configuración que exige a disciplinas que se han mantenido históricamente diferenciadas, hacerse capaces de sintetizar

aspectos determinados de sus teorías, métodos y desarrollos en general, consiguiendo así una integración mutua en relación a propósitos prefijados [...] (pág. 123).

Lo interdisciplinar es definitivamente un “inter”, donde se mezclan, se combinan elementos pertenecientes a disciplinas previas. Imposible mezclar lo que no existe; sin disciplinas no hay interdisciplina. Esta tiene a aquellas como su materia prima imprescindible (pág. 125).

Desde las pautas de diagnóstico y tratamiento del Hospital se menciona que: “Si bien cada disciplina trabaja las particularidades de sus competencias, las valoraciones definitivas son complementarias y no excluyentes entre sí a los fines de enfocar la problemática en cuestión de un modo definido, integral y humano” (pág. 562).

Peralta et al. (2010) expresan que: “Todas las profesiones tienen una dimensión ético-política porque sus acciones no son neutras, ni en los sentidos que la sustentan ni en los impactos que generan” (Pág. 23). Entonces otro elemento que se trae a consideración es la ética, Hermida (2014) plantea que: Conocer, comprender, decidir, hacer, son tareas que, aunque se realicen con otros en el marco de un ejercicio interdisciplinario y participativo de la profesión, son indelegables, ya que en la descripción misma de un proceso, está contenida una dimensión ética (Pág. 17).

Desde esta consideración se observa que la Unidad, trabaja sobre situaciones de violencia infantil, al respecto se retoma a Alicia Zamarbide (2016) cuando define el maltrato infantil como: Aquella injuria de carácter no accidental que puede darse por acción u omisión, con impacto sobre la integridad física, cognitiva, emocional y social del niño presente o futura, ocasionada por padres, tutores, cuidadores, instituciones o hasta la misma sociedad (Pág.1).

A modo de síntesis, la manera en la que la UIAVI se autodenomina está asociada al tipo de actuación y a la interdisciplinariedad la cual es una manera de definir cómo conciben la problemática y el espacio en el que intervienen. Dicha interdisciplina se caracteriza por ser la articulación de diferentes disciplinas y por ser parte de un proceso complejo así como lo es la población

a quien va orientada la intervención. Cada acción y decisión tomada por la Unidad está atravesada por una dimensión ética lo cual implica que no hay acciones neutras y que cada decisión tomada genera un impacto y tiene una motivación que la sustenta. Dichas decisiones giran en torno a las situaciones de violencia infantil que llegan a la Unidad ya que estas son el punto central de la misma.

### **1.3 Definiendo la estrategia de intervención**

Antes de desarrollar la estrategia de intervención desplegada, resulta importante rescatar lo que plantea Aquín (2005) quien afirma que toda intervención profesional requiere elecciones que implican un momento de justificación de nuestras elecciones con base en lo que consideramos justo y bueno.

Trachitte et al. (2008) afirman que: “Toda intervención profesional está atravesada por las potencialidades y limitaciones personales, valores y modos de entender la realidad, posicionamiento ético-político-ideología pero también por la institución que regula el campo profesional lo normativo lo jurídico” (pág. 27). Esto refleja una posición ética que sirve de referencia al momento de pensar la intervención.

Siguiendo a Aquín (2013), la intervención se define como una actuación estratégica situada, como un dispositivo construido. Éste se da en la intersección entre las esferas de los procesos de reproducción cotidiana de la existencia, los procesos de distribución secundaria del ingreso o redistribución y los sujetos con dificultades para reproducir su existencia. Rosas (2010) afirma que este campo está en tensión permanente. Es por eso que es un campo problemático, donde el conflicto forma parte de la intervención, la cual se desarrolla en procesos complejos. La intervención se construye en base a las manifestaciones de la cuestión social que estructuran ese campo en el que se interviene. Esto quiere decir que están ligadas a las tres esferas citadas, ya que operan como coordenadas que terminan materializándose en dificultades para la reproducción cotidiana de la existencia de los agentes en un sistema donde la desigualdad forma parte estructural de su funcionamiento. En términos de Carballada (2010) la intervención debe darse desde la complejidad, en coordenadas histórico culturales que permitan comprender las problemáticas sociales a partir de las cuales se constituyen las demandas. Souto



Morín (2006) comenta acerca de ver la perspectiva epistemológica de la complejidad: sin reducciones, ni simplificación, asumiendo la confusión y desorden, buscando un modelo que facilite la elucidación de diferentes pensamientos complejos. Por lo tanto, todo campo de actuación tiene implícito un cierto grado de complejidad lo cual implica un análisis que permita dilucidar lo establecido y lo asumido.

Desde estos aportes se puede afirmar que la intervención está situada en un espacio tiempo determinado, está imbuida por múltiples atravesamientos, y está estructurada en base a la cuestión social, por lo tanto tiene ineludiblemente un carácter político. Perez (2005) comenta que las intervenciones en las que se desconozca el sistema político, económico y mundial, y las manifestaciones que de él se desprenden como eje estructurador de las problemáticas sociales, no se esgrimen desde una dimensión crítica y visión política de la realidad que busque develar realmente el problema de fondo que puede manifestarse como impedimento para el desarrollo de la cotidianeidad de los sujetos.

En este desafío por construir el campo problemático de la intervención se conjugaron las condiciones concretas de espacio-tiempo, las restricciones del escenario, los intereses del equipo y de la autora, con la posibilidad de construir conocimiento a partir de este contexto excepcional, recortando el foco de atención en la recuperación de las experiencias del equipo que conforma la Unidad Interdisciplinaria de Atención en Violencia Infantil del Hospital de Niños Santísima Trinidad, en su abordaje de situaciones de violencias hacia niños, niñas y adolescentes, durante la pandemia 2020. La estrategia de intervención desplegada estuvo situada en un tiempo y espacio específico que dejaron plasmado su impronta con limitaciones y potencialidades. Los condicionamientos derivados del contexto de pandemia no permitieron la presencia en terreno ni el desarrollo de las propuestas de intervención planteadas al comienzo. Sin embargo, mediado por la virtualidad y utilizando entrevistas individuales, se pudo conocer en parte los sentires, discursos y experiencias de las y los miembros de la UIAVI en tiempos de pandemia. Teniendo en claro el sujeto de intervención y sus objetivos se hace inevitable no mencionar la problemática concreta con la cual los mismos intervienen como Unidad. Entre las variadas problemáticas que atraviesan a las niñas en la actualidad se encuentra a la violencia infantil ligada a una violación

de los derechos y atravesada por cuestiones de salud, política, economía, historia y cultura.

De esta manera los problemas sociales se expresan de manera particular en cada época, tienen un modo diferente de interrogarse, interpretarse y resolverse de acuerdo al contexto. El maltrato infantil, como problemática, comenzó a ser visibilizada en los últimos años. Fue percibida y asumida por diversos sectores de la sociedad (ONG, Salud, Educación, etc.) que intentan cuestionar, hacerla pública, es decir, que deja de ser un tema del ámbito privado y pasa a formar parte de la esfera pública, para así ser transformada en demanda política. Finalmente, y a modo de aclaración, la estrategia desplegada no tenía por objetivo las niñas en situación de violencia sino a las y los profesionales de la UIAVI que trabajan con ellos.

**Capítulo 2:**  
**Aproximación a las**  
**niñeces en Argentina**

## 2.1 Concepciones de distintos actores sobre los N, N y A

Las Niñeces y Adolescencias pueden ser conceptualizadas desde diferentes posiciones. Alejandro Cussianovich (2006), plantea que la infancia es tanto un fenómeno natural, directamente derivado del desarrollo o crecimiento físico, así como una construcción social con diversas miradas que surge en diferentes momentos históricos y espacios geográficos. El autor expresa: “(...) si la infancia es una realidad social, es también una realidad histórica puesto que las sociedades y sus culturas se diferencian profundamente unas de otras en relación al tiempo, al espacio y al momento histórico...” (Pág. 9). Por otra parte Graciela Tonon (2001), retoma lo expuesto por Berger y Luckman, quienes consideran a la infancia como un producto humano, como una realidad objetiva y como un producto social. Se podría entonces afirmar que la noción de Niñez y Adolescencia tiene un carácter histórico y cultural y es por ello que ha tenido diferentes concepciones en la historia. Su conceptualización termina vinculada al contexto cultural de cada época. Dicha noción también ha sido abordada desde otras perspectivas como la socioeconómicas, pedagógicas, entre otras.

Un ejemplo de estas perspectivas, para ejemplificar la vinculación con el contexto histórico, es la concepción que la Iglesia tenía sobre los niños y niñas en la edad media. La Iglesia, se opuso al aborto y al infanticidio, sin embargo, tenía la perspectiva de que los niños y niñas que nacían con malformación física, suponían una contravención a la naturaleza y un castigo divino y por eso no debían quitarles la vida oponiéndose al aborto. Por otro lado, Fidel Chica y Rosero Prado (2012) describen como ante la crisis económica la iglesia recomendaba abandonar a los niños y niñas en vez de quitarles la vida. Los abandonos eran hechos en la puerta de la organización o en lugares públicos, por su seguridad, antes que matarlos. Como consecuencia de esta práctica, surgen los orfanatos y lugares alternativos para recogerlos y protegerlos de su condición de abandono. Desde este ejemplo se observa cómo las prácticas legitimadas por la Iglesia en cuanto a los niños y niñas reproducen una determinada concepción de niñez y familia, atravesada por posicionamientos conservadores.

Por otra parte, hay quienes definen a la niñez y adolescencia desde lo etario. En este sentido, se apela a los aportes de Daniel Cifuentes (2006) quien entiende que niño o

niña comprende la franja poblacional que va de cero a los 10 años, y por adolescente las personas entre 12 y 18 años de edad. Similar a esto, la convención de los Derechos del Niño (1959) manifiesta que “(...) se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.” (Artículo 1).

Con lo anteriormente dicho se pretende precisar el uso del término “Niño, Niña y Adolescente” que como se expresó anteriormente, tiene diferentes concepciones. A su vez, se considera que no existe una única definición que pueda abarcar la complejidad del término. Por lo tanto no hay un solo tipo o modelo de niñez y adolescencia sino niñeces y adolescencias llenas de particularidades y con historias determinadas que a través de sus respectivos contextos políticos, económicos, culturales y sociales fueron tomando una impronta particular. De esta manera, además de considerar el término como una construcción, también se hace uso del término para referirse a la población que va desde 0 a 18 años de edad. Con ello no se pretende reducir la definición de N, N y A a la edad sino considerar esta franja etaria en concordancia con la convención de los Derechos del Niño.

Para una mejor comprensión del proceso histórico que fue modificando el concepto con el que hoy nos referimos a N, N y A es de gran utilidad hacer una reconstrucción sobre el concepto de infancias a través de la historia que evidencia los cambios que ha tenido esta categoría y los paradigmas que la acompañan.

## **2.2 Paradigmas y reconstrucción histórica de N, N y A en Argentina**

A lo largo de la historia en Argentina y según momentos políticos, sociales e incluso económicos la visión de los N, N y A se fue modificando. A continuación un breve relato de estos cambios que también dieron lugar a diferentes modos de creer, pensar, concebir y percibir a los N, N y A (es decir diferentes paradigmas de los cuales se toman los tres que más relevantes).

### **2.2.1 La doctrina de control social de la infancia y del menor en situación irregular**

Tomando los aportes de Philippe Ariès (1988) y Piotti M. (2011) la niñez es una etapa particular de la vida, que emerge en la conciencia de los adultos en la

modernidad (Siglo XV). Antes de esta etapa no existía la mirada sobre este grupo etario. Cuando se reconoce a la infancia surge simultáneamente su control a través de la familia, la escuela e instituciones de encierro tanto de la sociedad civil como el Estado. En este marco, el paradigma reglamentado en el año 1919, divide a la infancia en dos. Por un lado, aquellos N, N y A “normales”, es decir, los que tenían una familia que los “protegían”, recluyéndolos en espacios privados donde la autoridad de los adultos no se cuestionaba. Por el otro lado, a los “menores” cuyo grado de vulnerabilidad los coloca en una situación irregular que implicaba la institucionalización en organizaciones estatales de corrección creadas para tal fin.

La Ley redefinió y amplió las posibilidades de acción de las autoridades estatales sobre el conjunto de N, N y A, a esto se lo conoce como el Modelo Tutelar establecido por la Ley nacional de Patronato de Menores N° 10.903 (también conocida como la Ley Agote). La misma, define al sujeto menor de edad, como alguien minusválido e inmaduro para poder tomar sus propias decisiones, quien es objeto jurídico de protección. De esta manera, el niño jurídicamente llamado “menor”, se objetualiza en pos de su protección. El Estado, por medio del Patronato de Menores, se convierte en el tutor de dichas personas, considerándolos como objeto de tutela. Las familias son reemplazadas por el Estado cuando éstas no reúnen las condiciones, tanto materiales como morales, para atender al niño. Esta evaluación y decisión es realizada por el Estado quien culpabiliza a las familias de los problemas del “menor”.

En el Artículo presentado por el Gobierno de la provincia de Córdoba, titulado “La violencia en sus diferentes formas” se hace el siguiente planteo aclarador acerca de la Ley de Patronato N° 10903:

Esta ley consideraba que una gran parte de la infancia era posible de ser tutelada por encontrarse en “riesgo material o moral” (niños abandonados, infractores a la ley penal, víctimas de delito, abuso o maltrato, entre otros). De esta manera se justificaba la separación del N, N y A de su ámbito familiar, judicializando la pobreza sin garantizar el goce de sus derechos fundamentales.

Zapiola (2010) plantea que la Ley Agote (sancionada en 1919), se da en contexto de una población urbana creciente y culturalmente heterogénea (principalmente por los inmigrantes). Esto fue un marco óptimo para motivar la reflexión acerca de los sectores más jóvenes de la población y para instalarlas al diseño y a la implementación de políticas sanitarias, educativas y asistenciales que garantizaran la conversión de los niños/as en hombres y mujeres aptos para contribuir al porvenir de la nación a través de sus futuros desempeños. Además, la conflictividad social en los espacios urbanos de nuestro país a partir de 1917 aumentaba y las élites aseguraban que los conflictos eran producto de los menores callejeros y abandonados. Fue en el año 1917 que alcanzó su máxima expresión durante la Semana Trágica (que consistió principalmente en una represión fuerte del gobierno federal), donde hubo gran cantidad de muertos.

Argentina buscaba consolidarse como Estado-Nación y estaba siendo gobernada por Yrigoyen en el primer “gobierno de masas” o “gobierno popular” (es decir, primer gobierno elegido por un voto universal, secreto y obligatorio) haciéndose una ruptura con los gobiernos anteriores (de índole conservadores donde había democracia fraudulenta a través del voto cantado). A nivel económico se comienza un periodo de industrialización, que tendrá su auge años más adelante bajo el gobierno de Perón. A raíz de este proceso que se gesta de industrialización, se comienza a formar una clase obrera constituida en su mayoría por inmigrantes (en su mayoría Italianos, Franceses y Españoles). Los inmigrantes trajeron consigo sus ideas, entre las cuales, las principales eran el anarquismo y el comunismo. La clase obrera comienza a organizarse de manera colectiva, muchos se aglutinan en torno a diferentes sindicatos.

Sumado a este contexto, unos años antes, en 1902, surge la Ley de Residencia (o Ley Cané N° 4.144). Esta, tenía como propósito expulsar extranjeros (o impedir su entrada al país) cuando su comportamiento provocase desorden social, perturbara el orden público o comprometiera la seguridad nacional. Muchos gobiernos la usaban como herramienta para impedir la organización sindical de los trabajadores. Además, comienzan a aparecer conflictos con los hijos/as de inmigrantes ya de nacionalidad Argentina.

Retomando los aportes de Zapiola (2010), se menciona que:

La Ley Agote presentó limitaciones para posibilitar transformaciones significativas en el abordaje de situaciones con N, N y A identificados como “menores”, entre otros motivos, por permitir que el heterogéneo y deficiente conjunto de instituciones en las cuales se los colocaba siguiera principalmente controlado por particulares, y que se mantuviera ajeno a cualquier supervisión estatal rigurosa.

Dicha Ley fue derogada con la llegada de la Ley de protección integral de Niños y Adolescentes en el año 2005. Sin embargo, aún hay prácticas dentro del Estado y políticas públicas que continúan siendo tutelares (algunas de las cuales se desarrollan a continuación).

### **2.2.2 La doctrina de protección integral de los derechos de la infancia**

Desde comienzos del año 1990, los N, N y A son reconocidos como sujetos de derecho aunque esto no se dio de un momento al otro sino a través de grandes luchas con aciertos y desaciertos. Es decir, las nuevas leyes y planteos sobre N, N y A no fueron el resultado de un proceso lineal e ininterrumpido sino el avance lento pero firme en la conquista de nuevas leyes y derechos. En el ámbito internacional, la Convención Internacional de los Derechos del Niño (creada el 20 de noviembre de 1989) reconoce a los N, N y A como sujetos plenos de derecho y reafirma el compromiso y la responsabilidad indelegable del Estado como responsable de garantizar los derechos reconocidos. La convención era necesaria porque aun cuando muchos países tenían leyes que protegían a la infancia, algunos no las respetaban.

Para los N, N y A esto significaba con frecuencia pobreza, acceso desigual a la educación, abandono. Al haber aceptado el cumplimiento de las normas de la Convención, los gobiernos están obligados a armonizar sus leyes, políticas y prácticas con las normas de la Convención. También se comprometen a convertir estas normas en una realidad y a presentar informes periódicos ante un comité de expertos independientes sobre los progresos alcanzados en el cumplimiento de todos los derechos. La convención forma parte de los nueve tratados fundamentales de los derechos humanos que sirven de marco para el análisis y la aplicación de los derechos humanos, y sus principios y derechos adquieren el carácter de



obligaciones jurídicas para los Estados que deciden acatarlos. También define mecanismos jurídicos y de otra índole para responsabilizar a los gobiernos en caso de que vulneren los derechos humanos.

De acuerdo al relato de la ONU, la declaración de los derechos humanos fue aprobada cuando las Naciones Unidas establecieron una serie de normas comunes sobre los derechos humanos. Su aprobación por todos los países del mundo otorga un gran peso ético y político al principio fundamental de que todos los seres humanos deben recibir un trato igualitario y respetuoso, sin importar su nacionalidad, lugar de residencia, género, origen nacional o étnico, color, religión, idioma o cualquier otro factor. Todos estos avances fueron producto de un campo de disputas en relación a las concepciones de niñeces y la necesidad de marcos jurídicos que reflejaran los paradigmas. Diferentes organizaciones de la sociedad civil disputaban en la agenda pública este cambio de paradigma.

En nuestro país se incorpora dicha convención a la Constitución Nacional junto a leyes como la N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (2005) derogando la Ley de Patronato de menores del año 1919. En la provincia de Córdoba, el correlato de la Ley Nacional se ve plasmada en parte en la Ley N° 9.944 (se ve plasmada en parte porque la Ley 9.944 sigue conservando todo lo referido a la Ley agote en relación a jóvenes en conflicto con la ley). Se destaca además, que el Código Civil y Comercial de la Nación (CCyC - 2015) recepciona la condición de las N, N y A sujetos de derecho con autonomía progresiva, la corresponsabilidad parental y un concepto amplio de familia (leyes que se desarrollan en el apartado de anexos).

Cardozo y Michalewicz (2017) comentan que:

La convención sobre los derechos de N, N y A además de ser un instrumento de derechos humanos también representa un paradigma, una mirada que debe reflejarse en lo jurídico y en la totalidad de las políticas que lleva adelante el Estado. (Pág. 81)

Entre algunos de los significativos avances ya mencionados, se toman aportes de los autores recién mencionados, quienes recalcan la importancia de:

- La Convención deja de ver a los N, N y A como menores, carentes y necesitados para constituirlos como sujetos de derecho. Se supera la visión tutelar y se aplican al N, N y A las garantías del Estado democrático. Un ejemplo de esto es que desde la protección integral la judicialización de las situaciones de violaciones de derechos no es necesariamente la mejor opción y la separación del N, N y A de su familia debería ser una medida excepcional. Además, el Estado busca implementar programas que garanticen la promoción de sus derechos.
- En la Convención se comienzan a gestionar y coordinar acciones desde los distintos niveles jurisdiccionales para un abordaje integral. También se declara como primordial el Interés Superior del Niño y se desjudicializan los problemas sociales, determinando que los juzgados de familia deben hacerse cargo contando como herramientas a las políticas sociales universales, asistenciales, especiales y garantistas.
- Se establece como esencial que el niño tenga conocimiento de sus derechos y pueda expresar y difundir sus ideas con independencia de sus mayores.
- Se coloca a los adultos y a los niños en igualdad social, con funciones diferentes, pero sin dominio de uno sobre los otros.
- La Convención toma como pilar al protagonismo infantil desde lo colectivo. Los niños son sujetos de derecho y además sujetos sociales con autonomía y participación que les permitirá desarrollarse plenamente fuera del paternalismo de los adultos. Estos últimos deberán asumir un rol de facilitadores y orientadores y sobre todo saber escucharlos y actuar en consecuencia. La Ley 26061 plantea al interés superior del niño como “la máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantía reconocidos en esta ley” (artículo 3). Así todo N, N y A tienen derecho a opinar y ser escuchados además de participar en las decisiones que los afectan.

Aun con los progresos ocurridos en los paradigmas anteriormente desarrollados y de los avances jurídicos siguen existiendo prácticas tutelares. Los N, N y A continúan siendo maltratados por su comunidad, por el Estado y por organismos

que los dejan desprotegidos, sin contención, produciéndose múltiples vulneraciones de derechos. Morlachetti Alejandro (2010) comenta que:

El derecho no puede ser visto como un instrumento autosuficiente (...) la incorporación de los instrumentos internacionales de derechos humanos y adopción de legislaciones resulta un paso importante pero no suficiente para la satisfacción y realización efectiva de los derechos, toda vez que resulta necesario completar dicha normativa con instituciones legales facultadas para su realización efectiva y verificación de su cumplimiento. (Pág. 10)

### **2.2.3 Paradigma de la promoción social**

Por último, en el año 2011, en la provincia de Córdoba y como correlato de la Ley Nacional N° 26.061, se sanciona la Ley N° 9.944 de “Promoción y Protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes.” El goce de los derechos de N, N y A debe entenderse en sentido integral, es decir, el disfrute de un derecho no puede separarse del goce de todos los demás. Ante cualquier conflicto de derechos que pueda surgir con la aplicación de esta norma, prevalecerán los intereses del N, N y A por sobre los demás.

Uno de los aspectos significativos que se define en esta Ley es la corresponsabilidad parental que refiere a que aquellas personas que cumplen el rol parental sobre el N, N y A (pudiendo ser tíos, abuelas, etc) poseen una responsabilidad compartida entre los padres o referentes significativos (quienes están al cuidado y crianza de los N, N y A) y el Estado (quien aparece como garante de Derechos). Además, la Ley dicta un concepto amplio de familia que toma en consideración las conductas culturales e históricamente construidas, reconociendo las distintas formas de vivir en familia (uniones convivenciales, familias ensambladas, familias homoparentales, entre otras).

Por su capacidad progresiva, son los N, N y A quienes ejercen sus derechos de acuerdo a su evolución madurativa. En este sentido, las familias son corresponsables con el Estado en el cumplimiento de los derechos del niño, trazando los límites de la autoridad paterna y materna frente a la autonomía y bienestar del niño. También, quedan trazados los límites del Estado en cuanto a

intervenciones legítimas en la vida familiar. Con esto se entiende que el N, N y A al ser sujeto de derecho, no pertenece a los padres sino que estos solo tienen responsabilidades que tienen como límite la autonomía del N, N y A. Con esto se resalta el reconocimiento de las y los niños (de acuerdo a su autonomía) a los derechos a la participación y a ser escuchados en todo proceso. Estos supuestos implican una constante tensión entre lo que corresponde al Estado y a la familia.

Los padres tienen este derecho bajo el nombre de responsabilidad parental. Esto implica el ejercicio de una función dinámica y de ambos progenitores que se manifiesta en un conjunto de facultades y deberes destinados, primordialmente, a satisfacer el interés superior del niño o adolescente. Con este nuevo término se reemplaza el de patria potestad (idea de dependencia absoluta del N, N y A en una estructura familiar jerarquizada).

Ruiz del Ferrier y Tirenni (2016) manifiestan que el Estado tiene la obligación de prestar la asistencia apropiada a los padres y, en su caso, a los representantes legales para el cumplimiento de sus responsabilidades. Además, debe velar por la creación de instituciones, instalaciones y servicios para el cuidado de los niños y niñas. A partir de eso es posible afirmar que el sistema de protección en el que se establece la corresponsabilidad del Estado, las familias y la sociedad, suma actores en un enfoque transversal de las políticas, y requiere de un abordaje interdisciplinario.

Sobre lo dicho hasta aquí, es notable que ha habido avances sobre todo en lo que respecta a lo normativo. Sin embargo, se considera que aún queda mucho camino por recorrer para que este “nuevo paradigma” sea aplicado de forma consistente en todas las instituciones del país. Aún queda un fuerte sentido de adultocentrismo que impide el pleno desarrollo de los derechos de las niñas y adolescencias. Se toma el concepto de adultocentrismo desde los aportes de Duarte (2012):

Un sistema de dominación que delimita accesos y clausuras a ciertos bienes, a partir de una concepción de tareas de desarrollo que a cada clase de edad le corresponden, según la definición de sus posiciones en la estructura social, lo que incide en la calidad de sus despliegues como sujetos y sujetas. Es de dominación ya que se asientan las capacidades y posibilidades de decisión y control social, económico, político en

quienes desempeñan roles que son definidos como inherentes a la adultez y, en el mismo movimiento, los de quien desempeñan roles definidos como subordinados. (pág. 9)

**Capítulo 3: Violencia  
infantil, una mirada  
desde el campo de la  
salud**

### 3.1 Concepción y paradigmas de salud

La concepción de salud ha variado a lo largo de la historia según diferentes definiciones tomadas desde distintas entidades y organismos internacionales. Esto da cuenta de la lucha por la instauración de definiciones con determinadas miradas, pero sobre todo del avance a lo largo de la historia y la vinculación con diferentes paradigmas. En un principio se comprendía salud como ausencia de enfermedad luego, la Organización Mundial de la Salud (2006), establecía como salud un estado de completo bienestar físico, mental y social (y no la ausencia de afecciones o enfermedades). Aun así, ¿Cuándo se podría hablar de un “completo estado de bienestar”? ¿Cuánto porcentaje de la población realmente se podía auto percibir dentro de esta categoría?.

Vergara Quintero (2007) entiende la salud como un recurso para la vida y no el objetivo de la vida. Para la autora, estar sano es “la capacidad para mantener un estado de equilibrio apropiado para la edad y necesidades sociales” (Pág. 43).

Se toma el concepto de salud en sentido amplio, no desde un reduccionismo positivista, sino como un ámbito atravesado de manera multidimensional. Así, se sostiene que la salud es un estado de equilibrio físico, psíquico y social, sin desconocer variables ambientales, políticas estatales, de género, laborales, entre otras. Las recién mencionadas también afectan, de manera directa o indirecta, en la calidad de vida manifestándose en el estado de salud de la población.

Laurell (1981) se refiere a la salud como un proceso social e histórico. La autora remarca que: “la naturaleza social de la enfermedad no se verifica en el caso clínico sino en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos” (Pág. 2). Su estudio da cuenta de que para demostrar el carácter social de la enfermedad debe analizarse las condiciones colectivas de salud (de diferentes sociedades en un mismo momento histórico) y el tipo, la frecuencia y la distribución de la enfermedad entre los distintos grupos sociales, que componen la sociedad. Es decir:

Al existir una articulación entre el proceso social y el proceso de salud y enfermedad, éste debe asumir características distintas según el modo diferencial que cada uno de los grupos inserta en la producción y se relaciona con el resto de los grupos sociales. El análisis histórico pone a

la vista cómo las necesidades de las clases dominantes, que se expresan como si fueran las necesidades de la sociedad en su conjunto, condicionan uno u otro concepto de salud y enfermedad (Pág. 5).

La autora finalmente plantea el carácter ideológico del concepto de salud, explicitando que por lo tanto siempre será parcial porque deja ver una parte de toda la problemática. El proceso salud enfermedad del grupo adquiere historicidad porque está socialmente determinado. De esta manera ya no solo se requiere de los hechos biológicos para explicar la enfermedad sino que además es necesario aclarar cómo está articulado en el proceso social (considerando que incluso el proceso biológico es social). Es social en la medida que no es posible fijar la normalidad biológica del hombre al margen del momento histórico. El vínculo, entre el proceso social y el proceso salud enfermedad biológico, está dado por procesos particulares, que son al mismo tiempo sociales y biológicos. Lo social no tiene una jerarquía distinta que lo biológico en la determinación del proceso salud enfermedad y tampoco desencadena procesos biológicos inmutables y ahistóricos. Cada formación social crea determinado patrón de desgaste y reproducción y sugiere un modo concreto de desarrollar la investigación al respecto.

Como se mencionó al comienzo de este capítulo, el concepto de salud ha variado a lo largo de la historia en vinculación con el avance de diferentes paradigmas desde los cuales se construyeron los modos de entender e intervenir desde la salud. A continuación se desarrolla una breve reconstrucción histórica que da cuenta de algunos de estos paradigmas:

### **3.1.1 Salud como ausencia de enfermedad**

Este paradigma, que desde el siglo XIX fue consolidándose, concebía la salud como ausencia de enfermedad. Aquí se entendía enfermedad en su vinculación con la invasión de un agente externo, que podía ser un microbio, un gen, una bacteria. El trabajo de los profesionales de la salud estaba asociado con la eliminación de dicho agente invasor. Desde esta visión si este agente no era identificado la enfermedad no existía como tal. Aquí se da un reduccionismo biologicista desconociendo múltiples variables que afectan el desarrollo del proceso salud –



enfermedad, ya que se encuadra el mismo en la relación causa –efecto de manera determinista.

Ferrandini (2010), menciona como desde este paradigma se niega el carácter político en la producción de enfermedades implementando, generalmente, políticas focalizadas en donde las y los trabajadores de salud operan sobre humanos como si fueran objetos. Esta perspectiva se desarrolla dentro del modelo médico hegemónico de salud. Los autores Del Pino, Ermilli, Fernandez, Rodriguez (2008) lo caracterizan por ser ahistórico, asocial y con abordaje individualista, produciendo una asimetría entre médico y paciente. Esto provoca que se encuentre fuertemente marcado por una descontextualización del sujeto o paciente de su entorno. La práctica profesional en este encuadre se reduce a eliminar el síntoma, ya que la enfermedad está relacionada con un desvío, y por tratarse de una perspectiva hegemónica se descalifican otros saberes por no considerarlos científicos.

Otro punto a destacar es que al estar vinculado al modelo hegemónico, se encuentra ligado al sistema capitalista, en donde la salud pasa a ser considerada una mercancía. Esto implica una mercantilización de la enfermedad, lo que se constituye en un problema cuando muchas veces las prácticas terminan desembocando en medicalizaciones, intervenciones innecesarias o tratamientos crónicos costosos. Se ignora la dimensión social que determina al hombre y que atraviesa el proceso de enfermedad.

Solo a modo de aclaración, es importante no confundir el paradigma médico hegemónico y la mirada integral de la salud pensando que solo el área médica puede reproducir el mismo. Los diferentes integrantes del equipo de salud, las políticas públicas y la sociedad en general puede o no reproducirlo, incluso el trabajo social.

### **3.1.2 Salud como completo bienestar**

Esta perspectiva se funda principalmente en las declaraciones de la OMS, publicadas en su constitución, que se mencionó recientemente, donde la salud es un estado de bienestar completo (físico, mental y social).

Ferrandini (2010) plantea que esta condición es ideal e inalcanzable: “solo alienado puede uno vivir en ese estado” (Pág. 3). Se construyen entonces las intervenciones médicas en base a algo esperado, un horizonte a alcanzar, pero que en la praxis no existe como tal. Además el paradigma utiliza explicaciones simplificadoras y reduccionistas en donde el paciente es considerado individuo aislado y libre. De esta manera se desconoce nuevamente la multiplicidad de dimensiones y atravesamientos de índole social, económica, laboral, generacional y de género que afectan al individuo o conjunto de los mismos si añadimos la dimensión territorial al análisis de variables.

Se considero entonces que esta perspectiva no posibilita actuaciones integrales en función de la salud, sino que reproduce prácticas técnicas, y fragmentadas. El trabajo interdisciplinario es fundamental ya que no podemos exigir a un médico formado en salud abarcar dimensiones como lo social, económico, ambiental, entre otros en su análisis. Aunque claramente tales dimensiones también sean constitutivas en algún modo como factores causales de la patología que pueda presentar.

### **3.1.3 Salud como capacidad de lucha**

Desde aquí se pone el énfasis en la salud como capacidad de lucha por cambiar el estado de las cosas, buscando transformaciones concretas. En esta perspectiva la categoría “poder” asume un rol central y el sujeto debe desear o procurar la transformación para que oriente su acción.

Con esta perspectiva, Ferrandini (2010) comenta que las prácticas en salud se consideran también prácticas políticas. Porque la atención no estará centrada en la intervención sobre un objeto, sino en la construcción intersubjetiva de un proyecto terapéutico inscripto en la búsqueda de autonomía. Aquí el sujeto no es considerado un paciente “pasivo”, sino un sujeto protagonista de su propio cambio, y el profesional no interviene sobre un objeto, sino que construye junto al sujeto.

Este paradigma de salud es una opción superadora de los antes mencionados. No solo por la mirada sobre el sujeto, sino por proponer dimensiones como las relaciones de poder, el deseo del sujeto y su entorno en las actuaciones médicas, ampliando la mirada de la salud a otras variables.

Aunque se considera que todos los paradigmas conviven y continúan, aquí podemos ver cómo la noción de salud ha ido cambiando desde un enfoque médico-biológico. Se busca un concepto global e integral desde paradigmas que incorporen lo socio-ecológico, o la perspectiva de salud colectiva o medicina social. Es en esta dirección que cito a Vergara Quintero (2007) quien expresa la necesidad de “Prácticas en salud, en diferentes contextos históricos culturales que hacen posible la comprensión de sus contenidos ideológicos en relación con otras praxis sociales y visiones culturales” (Pág. 8). Es decir, prácticas situadas, contextualizadas e históricas, no aisladas; donde se incorporan los determinantes sociales, económicos, culturales, ambientales, como factores de la salud. Esto implica analizar los modos de vida y procesos contextuales revelando otros atravesamientos vinculados a la salud del sujeto, que estaban ocultos desde los anteriores paradigmas.

Liborio (2013) define la salud colectiva como:

Un conjunto complejo de saberes y prácticas, técnicas científicas y culturales, ideológicas, políticas y económicas, relacionados al campo de la salud. Involucrando desde las organizaciones que prestan “asistencia” a la salud de las poblaciones hasta las instituciones de enseñanza, de investigación y organizaciones de la sociedad civil que puedan tener un carácter científico o sindical interesadas en defender el sistema público de salud en el marco de la lucha por el “derecho a la salud” de la ciudadanía (Pág. 139).

Podría afirmarse entonces, que se redefinen poderes al interior del campo de la salud incorporando también la práctica política como se mencionó anteriormente. Desde esta posición se sostiene que la comprensión histórica y en contexto, en vinculación con los determinantes sociales y la redistribución de poder de la práctica política, genera un cambio de roles. Desde este cambio, el sujeto no es paciente enfermo, sino sujeto activo de los procesos que atraviesan su cuerpo, en el marco del derecho a la salud como se aborda a continuación.

### **3.1.4 Salud como asunto de derecho**

Para hablar de salud como derecho, primero es necesario entender qué son los derechos. Para esto se toman los derechos humanos inherentes a todas las personas, que operan bajo principios de universalidad, no discriminación, interdependencia e indivisibilidad. En tanto derecho, tienen una condición de exigibilidad, porque siempre existe una parte garante del mismo, es decir quién debe garantizarlos. El artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) consagra el derecho a la salud en los siguientes términos:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

Al posicionarse en el principio de la interdependencia, y retomando lo explicitado acerca de los múltiples atravesamientos que operan como variables determinantes de la salud, posibilita entender la importancia del derecho a la salud, y éste relacionado con otros derechos que hacen a la calidad de vida. Se comprende la salud como derecho, en estrecha vinculación a otros derechos, y en tanto en esta categoría posee condición de exigibilidad. No se puede en este análisis desconocer la desigualdad como factor que influencia el acceso de las personas al sistema de salud, es en este punto donde se apela al desarrollo de la salud pública.

Se afirmó recientemente que la salud es un derecho, relacionado a otros derechos, en vinculación con múltiples factores determinantes, y con categoría de exigibilidad. También se manifestó que la condición de desigualdad del sistema influye directamente en el acceso a la salud de la población y se introdujo el concepto de salud pública como respuesta al planteo, pero ¿Qué se entiende por salud pública? Salud pública es salud colectiva, de todos. En esta visión, el sistema de salud se aborda desde una perspectiva de bien común.

Para explicarlo se apela a los aportes de Benach (2014) quien define la salud pública como “disciplina académica y tradición profesional que tiene por objetivo conseguir la máxima salud posible para el máximo número de personas mediante la aplicación del conocimiento científico en cada contexto social, político e histórico” (Pág. 20). Se sostiene entonces que la salud pública (de todos) es la garantizada por el Estado. También se toma el aporte de Laurell (1981) quien establece que “únicamente los sistemas con financiamiento público o para público, basados en fondos colectivos-solidarios, han permitido garantizar la universalidad e igualdad en el acceso a los servicios” (Pág. 7). Además, Winslow (1920) define la salud pública de la siguiente manera:

La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones de la comunidad y educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene personal; organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud. (Pág. 89)

Desde el sector privado se reproducen lógicas de inclusión - exclusión basadas en las posibilidades reales del acceso a la salud de las personas, que ofrece la alternativa mercantilizada, en contraposición a la perspectiva de salud como derecho abordado desde la salud pública, de todos. Fazzio (2018) Aborda también la salud como derecho, en el marco de los derechos humanos fundamentales ligado a la dignidad humana. De allí que todo individuo tiene derecho al disfrute más alto de salud posible, y es deber del Estado el diseño de políticas que garanticen este derecho, desde una perspectiva en la que también se consideran los determinantes sociales de la salud.

En la actualidad el sistema de salud en Argentina es mixto, otorgando opción de salud pública, privada y por sistema de obra social o prepaga. La salud pública retoma la visión de salud como derecho para todos, y que por lo tanto el Estado debe proveer en este marco una salud de calidad y apertura a la población. Lo

recién mencionado podría lograrse por medio de la implementación de políticas públicas universales.

Burijovich y Ase (2003) analizan y definen la situación del sistema de salud Argentino en los siguientes términos:

Al ser la salud definida como un derecho, el Estado debía garantizarla de manera universal y gratuita. Al tener los derechos sociales una definición amplia, es difícil aceptar limitaciones en torno a los beneficiarios o a los niveles de acceso. El estado debía garantizar “a todos todo”. Sin embargo, debe aclararse que, al menos en el caso argentino, este discurso universalista, en la práctica, se caracterizó por conformar un sistema meritocrático y sólo parcialmente solidario, en donde los distintos subsectores de la salud atendían de manera segmentada a distintos grupos sociales según su capacidad de pago o inserción laboral, quedando, en los hechos, los servicios estatales destinados para los más pobres (Pág. 5).

Esto permite cuestionar el funcionamiento actual y comprender el camino que aún resta por recorrer en materia de salud pública y su acceso universal.

### **3.2 Violencia infantil como asunto de salud pública**

Habiendo reconocido la necesidad de un abordaje multifactorial de la salud garantizada desde el Estado con políticas públicas que permitan el acceso a un sistema de calidad, se ingresa al escenario particular donde se entrelazan el sistema de salud y el sistema de protección integral de N, N y A.

La violencia infantil debe, y es, considerada un problema de salud pública y esto se fundamenta desde una base sólida para lo cual se retoman los aportes de diferentes autores. Desde las pautas de diagnóstico y tratamiento del Hospital se fundamenta que el maltrato infantil sigue presente en nuestra sociedad:

A pesar del derecho a los niños a una protección que garantice su desarrollo integral como personas en el seno de la familia. Es un tema de derechos humanos que afectan a la salud, pues atenta contra la integridad física y psíquica de las personas. Debe ser considerado un

problema de salud pública por la elevada morbilidad que genera en esta población. Las consecuencias de este tipo de violencia ponen en peligro la salud y desarrollo integral de niños y adolescentes, con repercusiones que se trasladan y proyectan hasta la adultez, dejando graves secuelas de diverso orden y aumentando el riesgo de que sufran revictimización es o cometan ellos mismos nuevos actos de violencia con el devenir de los años. (pág. 2)

También, se aborda la violencia infantil desde el ámbito de la salud ya que ésta, es un derecho reconocido en el año 1986 por medio de la Ley N° 23.313. Dicha Ley sostiene en el artículo 13 la responsabilidad de los Estados partes a brindar las mejores condiciones de salud posibles, poniendo énfasis en los cuidados para N, N y A y embarazadas.

Pellegrini (1999) plantea lo siguiente respecto a la violencia como asunto de salud pública:

Aunque la violencia ha sido objeto de numerosos estudios desde el punto de vista de diversas disciplinas, su abordaje como problema de salud pública es relativamente reciente. La violencia puede y debe ser tratada como un problema de salud pública, no sólo porque produce directamente lesiones y defunciones, sino por su influencia en el deterioro del entramado de relaciones sociales de solidaridad y cooperación que hoy se suele denominar "capital social". Varios estudios recientes demuestran que no son necesariamente las sociedades más ricas las que tienen mejores niveles de salud, sino las que son más igualitarias, es decir, las que también poseen alta cohesión social y una fuerte vida comunitaria. La violencia nos interesa como problema de salud pública por su efecto deletéreo en las condiciones generales de salud y bienestar de las poblaciones (pág. 84).

Los trabajadores de salud diagnostican y tratan la problemática, ya que cuando existen lesiones graves los servicios hospitalarios se convierten en el primer sitio donde acuden las víctimas. Es así que desde la salud se pueden identificar grupos de riesgo, una intervención oportuna y vigilancia epidemiológica. Muñoz y

Rodriguez (2006) sostienen que los trabajadores de salud son quienes detectan esta problemática con frecuencia al observar las alteraciones en salud y calidad de vida que presenta el N, N y A en situaciones de violencia.

El sector de salud se torna esencial para el abordaje de violencia, desde la prevención y atención en los servicios de salud como en la promoción del derecho a una vida libre de violencias. Desde los discursos de las y los miembros de la Unidad, tanto del área psicológica como social (E1-A-7/08/20 y (E3-J-15/08/20), se plantea que el Estado debe intervenir de manera activa, en la ejecución de políticas y programas, así como la identificación, atención y prevención desde instituciones públicas de salud. Además debe fortalecer las redes de detección y tratamiento, la formación de personal preparado para intervenir de manera temprana en cualquier situación en la que se lo requiera. Para evitar las reproducción de actuaciones meramente técnicas, rutinarias y fragmentadas que contribuyen a la perpetuación de la cronicidad de las situaciones de violencia, es necesario el trabajo interdisciplinario e interinstitucional con los diferentes niveles efectores dentro del sistema de salud para generar intervenciones integrales que busquen la transformación de la situación con promoción, prevención y asistencia.

Además, en las entrevistas recién mencionadas se menciona que desde la prevención y promoción existen prestaciones de servicios públicos de atención gratuita orientados a la restauración de la salud como: el plan materno infantil, plan nacer (que se complementa con el plan sumar el cual amplía la población que accede al beneficio), programas de vacunación y control de niñez, programas para niños con discapacidad, espacios de consulta en salud sexual y reproductiva para N, N y A, entre otras (retomado en el apartado de anexos).

Es necesario considerar los aspectos de la salud, en el marco de los derechos de la infancia, que orienten la formulación, la implementación y la evaluación de políticas y servicios de salud para la niñez. Se sostiene además la importancia de la participación activa de N, N y A desde un rol protagonista, en lo atinente a la planificación, implementación y evaluación de las políticas y programas de salud, que tiene su centro puesto en el abordaje desde la niñez.



El maltrato es un problema de salud complejo, polisémico y multifactorial con diferentes manifestaciones (ya que abarca educación, justicia, políticas públicas, entre otras). Por lo tanto se requiere de un tratamiento integral de todos los involucrados (N, N y A, agresor y familia). Para lograr una estrategia integral es necesario un equipo multidisciplinario que aborde los aspectos biológicos, psicológicos y legales pertinentes sin caer en reduccionismos. Además se requiere de la planeación y coordinación de estos servicios y de personal profesional especializado y capacitado. Garrote (2012) menciona lo siguiente acerca de la complejidad de la violencia:

La aparición de los fenómenos violentos hacia el niño en el entorno familiar es multifactorial. Están involucradas las características individuales de cada uno de los componentes de la estructura familiar y la modalidad interactiva entre estos. También se incluyen los aspectos relacionados con la esfera del trabajo y las relaciones sociales establecidas por los integrantes de la familia con su medio y los factores socioculturales que marcan las características del funcionamiento social (pág. 14).

### **3.3 Construcción del concepto de violencia infantil y modalidades**

Hasta aquí, las concepciones sobre N, N y A junto con los derechos que propone cada paradigma, algunos de los cuales se materializan en marcos jurídicos y políticas públicas. Para comprender de manera más clara porque la violencia es un asunto de salud es importante considerar definiciones que nos permitan tener un acercamiento a la violencia infantil, inicialmente conceptualizada como “maltrato”.

Para un primer acercamiento se toman los aportes de UNICEF (2019-2020) que define violencia como:

Una forma de ejercicio del poder mediante el empleo de la fuerza (física, psicológica, económica, política, sexual, etc.) e implica la existencia de jerarquías -reales o simbólicas-. Es una acción socialmente nociva, que implica la existencia de una asimetría de poder de quien ejerce la violencia hacia quien no puede defenderse o repelerla. Las violencias implican acciones, relaciones y discursos que

buscan dominar y someter a las niñas, niños y adolescentes aprovechándose de la vulnerabilidad y desigualdad existente (Pág 3).

Sin embargo también se considera pertinente retomar las definiciones de maltrato infantil ya que ambos conceptos, aunque están en debates sobre especificidades de sus implicancias, refieren a situaciones similares. El concepto de maltrato infantil se ha modificado y enriquecido con los aportes de investigadores que se han abocado al tema, a partir de la primera emitida por Kempe en 1962, donde define el maltrato infantil como “el uso de la fuerza física no accidental, dirigida a herir o lesionar a un niño, por parte de sus padres o parientes” (pág.28). Para Wolfe (1991) es "la presencia de una lesión no accidental, resultado de actos de perpetración (agresión física) o de omisión (falta de atención por parte de quienes están a cargo del niño y que requiere de atención médica o intervención legal)” (Pág. 37). Los autores mencionados concuerdan en el hecho de que el maltrato se refiere tanto a acción como a omisión que perjudique el desarrollo de N, N y A. Dichas acciones u omisiones pueden ser ocasionales o habituales por parte de madres, padres, tutores, custodios o personas responsables del cuidado. Medina, Lopez y Muñoz (1997) exponen que el maltrato se percibe como problema que puede ocasionar daño físico, discapacidad y secuelas, así como disminución en la calidad de vida.

Bonis (1998) entiende el maltrato como aquello que:

Está directamente relacionado con la violencia familiar, entendiéndose por ella como: todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de una familia, considerando como relación de abuso toda conducta que por acción u omisión ocasiona daño físico y/o psicológico a otros miembros de la familia. Se entiende por Síndrome de Maltrato Infantil: la injuria y/o mental y/o abuso sexual y/o al trato negligente de todo individuo menor ocasionado por la persona encargada de su cuidado y custodia, que implique peligro o amenaza para la salud, el bienestar físico y/o mental del niño (Pág. 1).

Garrote (2012) define el maltrato como: “Toda acción u omisión que lesione o pueda lesionar potencialmente al niño, e interfiera en su desarrollo psicofísico emocional y social.” (Pág. 21)

Desde las pautas de diagnóstico y tratamiento del Hospital se manifiesta como:

Injuria de carácter no accidental que puede darse por acción u omisión, con impacto sobre la integridad física, cognitiva, emocional y social del niño presente o futura; ocasionada por padres, tutores, cuidadores, instituciones o hasta la misma sociedad [...] fisiopatología es una enfermedad multicausal, compleja, frecuente, donde interactúan factores físicos psíquicos sociales y contextuales que vulneran gravemente los derechos del niño y del adolescente. Para su enfoque requiere de una intervención multidisciplinar (Pág. 2).

Desde la unidad técnica especializada en Maltrato Infante Juvenil (cuyas siglas son UTEMIJ) se expresa lo siguiente (s.f):

Desde la perspectiva de la Promoción y Protección Integral de Derechos, entendemos por Maltrato Infante-Juvenil 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. El maltrato infante-juvenil se trata de un proceso complejo determinado por la interacción de múltiples dimensiones: políticas, sociales, culturales, económicas y subjetivas. Del mismo modo, no constituye un fenómeno aislado en tanto se inserta en una trama social que impide pensarlo como una relación causa-efecto de tipo lineal. (Pág. 33)

Barudy (1998) expresa que la noción de maltrato se sitúa en oposición a la noción de buen trato o de buena calidad de vida de un niño. Es considerado buen trato cuando el niño recibe todos los cuidados necesarios a fin de asegurarles la vida, el bienestar y un desarrollo armonioso. Al mismo tiempo que sus derechos sociales, económicos, cívicos y políticos son respetados permitiéndoles el desarrollo de sus potencialidades para que todos tengan las mismas posibilidades de vivir, ser libres y felices. De esta manera, el autor citado define que toda acción u omisión cometida por individuos, instituciones o por la sociedad en general, toda situación provocada

que prive a los N, N y A de cuidados de sus derechos y libertades impidiendo su pleno desarrollo constituyen, por definición, un acto o una situación que entra en la categoría de lo que nosotros llamaremos malos tratos o maltrato.

Se apela al análisis de Pinheiro (2006) quien expresa en el informe mundial de la violencia:

La violencia contra los niños y niñas es una violación de sus derechos humanos, una realidad por razones disciplinarias o por tradiciones culturales. No hay niveles ‘razonables’ de violencia que sean aceptables. La violencia legalizada contra los niños en un ámbito determinado corre el riesgo de generar tolerancia respecto de la violencia contra los niños y niñas en general (Pág. 35).

Es importante no legitimar la violencia que se ejerce sobre N, N y A en ningún ámbito y de ningún tipo y reivindicar la relevancia de promover acciones dirigidas a la restitución de los derechos cuando se identifica algún tipo de violencia que los vulneren. Lemos (2016) comenta que el código civil incorporó la prohibición directa del maltrato, en cualquiera de sus formas, y suprime este poder de corrección. Dicho término a la vez guardaba relación con la expresión de patria potestad que implicaba que los hijos y la mujer estaban sujetos a la voluntad del padre, por lo que mientras el padre vivía, los hijos debían guardarles respeto. Se ejercía así un poder en el que el progenitor era ley dentro de la familia. El nuevo Código otorga un cambio radical a este concepto, con una noción absolutamente opuesta, erradicando esta idea de patria potestad e incorporando el instituto de la “responsabilidad parental”, en donde los hijos son considerados sujetos plenos de derecho dejando de ser objeto.

Recuperar las voces de las y los miembros que conforman la Unidad Interdisciplinaria y escuchar sus definiciones producidas desde la experiencias y desde sus disciplinas específicas permite la reconstrucción de sus marcos teóricos (tal como fue planteado en los objetivos). En una de las entrevistas realizadas referían lo siguiente: *“La definición de maltrato infantil es toda acción que impacta el desarrollo físico, emocional y social del niño”*. (E3-J-15/08/20)

Estas referencias citadas dejan ver la complejidad de las situaciones que son abordadas desde la Unidad y la crucial importancia de estrategias que busquen enfrentar los derechos vulnerados.

### **3.4 Clasificación**

Goggman (1961) retoma a Barudy y desarrolla dos modalidades de maltrato: maltrato activo y pasivo. Esta clasificación permite distinguir dos mundos relacionales que producirán cada uno una carrera diferente para la víctima, a saber un aprendizaje específico impuesto por las circunstancias de la vida. En primer lugar el maltrato llamado activo se refiere a los comportamientos y discursos que implican el uso de la fuerza física, sexual y /o psicológica que por su intensidad y frecuencia provocan daño en los N, N y A. Dentro del cual podemos encontrar manifestaciones como:

#### Maltrato físico:

UTEMIJ (s.f) lo entiende como:

Toda acción que atente contra la integridad física de la niña, niño o adolescente, produciendo daños físicos, enfermedad o la posibilidad de sufrir alguno de estos y es ejercida por los padres o adultos responsables, u otras personas en posición de autoridad respecto de los mismos (Pág. 43).

En la misma línea de pensamiento Garrote (2012) lo define como:

Toda acción u omisión que lesione o pueda lesionar potencialmente al niño, e interfiera en su desarrollo psicofísico emocional y social. Cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o lo coloque en grave riesgo de padecerlo (Pág. 1).

Goggman (1961) manifiesta que el maltrato físico implica el uso deliberado de fuerza física de adultos hacia las N, N y A, que resulta o tiene gran probabilidad de resultar en daño para la salud, supervivencia, desarrollo y dignidad del N, N y A. También expresa que la violencia física provoca en la víctima una carrera moral

caracterizada por el aprendizaje forzado a través del terror, la impotencia y la sumisión.

Dentro del maltrato físico se encuentra el Síndrome de Münchhausen y el trauma de cráneo encefálico abusivo; el primero tiene que ver con una enfermedad mental y una forma de maltrato infantil donde el cuidador del N, N y A inventa síntomas falsos o provoca síntomas reales para que parezca que el niño está enfermo. La UTEMIJ (s.f) lo define como El Síndrome de Munchausen por poderes y relata lo siguiente:

Es una de las formas más sutiles de Maltrato infanto-juvenil donde el adulto responsable del cuidado de una niña, niño o adolescente, en aparente posición de preocupación y ocupación, provoca o simula repetitivamente o crónicamente signos o síntomas, físicos o psicológicos de una enfermedad en la niña, niño o adolescente. Las niñas, niños y adolescentes, víctimas de este tipo de maltrato, son sometidas a innumerables procedimientos médicos, muchas veces invasivos. Asimismo, son expuestas/os a múltiples ingresos en distintas instituciones de salud. Las consecuencias de este síndrome pueden resultar diversas, pudiendo incluso provocar la muerte (pág. 63).

Garrote (2012) lo define de la siguiente manera:

Simulación por parte del padre, madre o tutor (especialmente por parte de la madre) de síntomas físicos patológicos, mediante la administración de sustancias o manipulación de excreciones o sugerencia de patologías difíciles de demostrar que conducen a internaciones o estudios complementarios innecesarios (Pág. 5).

En segundo lugar, generalmente ocurre cuando la persona a cargo sacude con intensidad a un niño por frustración o enojo, a menudo porque el niño no para de llorar. El resultado puede ser el daño cerebral permanente o la muerte.

#### Violencia sexual:

Gogman (1961) abre dos posibilidades diferentes. Por un lado, el abuso sexual infantil que perpetra un adulto para su gratificación sexual. Por otra, la explotación

sexual de N, N y A en circuitos comerciales ilegales como puede ser la utilización de los mismos en pornografía, en espectáculos sexuales o finalmente en actividades sexuales o eróticas explícitas con contacto corporal con personas adultas.

UTEMIJ (s.f) lo denomina como Abuso Sexual Infantil y lo define como aquellas situaciones cuando un N, N y A “es involucrado en actividades sexuales, con o sin contacto físico, que transgreden las leyes o las restricciones sociales, y que son ejercidas por quien mantiene con los mismos, un vínculo asimétrico de poder” (pág. 55). Sumando a dicha definición, Garrote (2012) lo entiendo como:

La implicación de niños y adolescentes dependientes e inmaduros en cuanto a su desarrollo, en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para las cuales son incapaces de dar su consentimiento informado; o que violan los tabúes sociales o los papeles familiares (pág. 7).

#### Maltrato psicológico:

Goggman (1961) entiende que toda violencia física y sexual implica daño psicológico. La violencia psicológica puede no ir acompañada de violencia física y/o sexual y adoptar la forma de insultos, aislamiento, rechazo, amenazas, indiferencia emocional y menosprecio, todas perjudiciales para el desarrollo psicológico y bienestar de los N, N y A. Puede tener un propósito similar al castigo físico como lo es el intimidar para que los niños y niñas obedezcan y reconducir su comportamiento indisciplinado en entornos en los que se produce violencia. Es necesario considerar dos aspectos: el primero corresponde al contexto estructural o macro social y el segundo al espacio inmediato en el cual se producen y reproducen los hechos de violencia que sufren N, N y A.

#### Maltrato Emocional:

La UTEMIJ lo define como:

La hostilidad, el rechazo, la denigración verbal, la descalificación constante, la indiferencia o cualquier acción que humille al niño, niña o adolescente en forma crónica, proporcionándole un contexto de

desarrollo emocional inestable o amenazante, por parte de sus padres o adultos responsables, o alguna otra persona en relación de autoridad, confianza o poder con él. Las diversas formas de maltrato emocional pueden darse por medio de situaciones de rechazo, evitación o indiferencia sostenida hacia la niña, niño o adolescente, amenazas que aterrorizan, insultos y desvalorización, presiones o exigencias extremas. Asimismo, también la sobreprotección es una forma de maltrato emocional, en tanto se trata de actitudes o conductas de los adultos responsables que obstaculizan o se interponen con el desarrollo subjetivo de la niña, niño o adolescente (pág. 46).

Garrote (2012) lo expresa lo siguiente en su definición: “Hostilidad verbal crónica en forma de insulto, burla, desprecio, crítica y amenaza de abandono y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro) por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar” (pág. 7). Más adelante, el autor desarrolla un concepto similar denominado “abandono emocional” y define el mismo como:

Falta persistente de respuesta a las señales (llanto, sonrisas), expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño, y falta de iniciativa de interacción y contacto por parte de alguna figura adulta estable. El abandono emocional comparte las características de la sintomatología vinculada al maltrato emocional y habitualmente acompaña al maltrato por negligencia o abandono físico (pág. 8).

#### El maltrato por abandono:

La UTEMIJ (s.f) lo expresa como: “la desimplicación física, psíquica y/o emocional permanente, frecuente o eventual de la responsabilidad respecto de la niña, niño o adolescente, por parte de los/las adultos/as a cargo” (pág. 52). Por otro lado, Garrote (2012) lo define como:

Aquella situación en que las necesidades físicas básicas del menor (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en situaciones potencialmente peligrosas o cuidados médicos) no son atendidas



temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño (pág. 9)

#### Los malos tratos prenatales:

De acuerdo a los aportes de Goggman (1961) incluyen circunstancias de vida de la madre o de personas en vinculación estrecha al embarazo que influyen en algunas decisiones a tomar u omisiones teniendo repercusiones en el feto. Algunos ejemplos tienen que ver con gestaciones rechazadas, sin seguimiento médico, con alimentación deficiente, exceso de trabajo corporal, madres fumadoras, hábitos tóxicos (síndrome alcohólico fetal, abstinencia neonatal, etc.) y con enfermedades de transmisión (sida, hepatitis B y sífilis).

#### Los malos tratos institucionales:

Goggman (1961) entiende que ocurren a través de las instituciones o la propia sociedad, por medio de legislaciones, programas de intervención o la actuación de los y las profesionales. Esto perjudica al niño en sus aspectos físicos, psíquicos o sociales o lo coloca en riesgo de sufrir consecuencias que lo afecten en su normal desenvolvimiento. Allí se involucran los servicios sociales, sanitarios, escolares, policiales, judiciales y medios de comunicación social.

La UTEMIJ (s.f) considera el maltrato institucional como una modalidad de maltrato infantil entendiéndolo como:

Cualquier legislación, programa, procedimiento, actuación institucional encarnada en acciones individuales que conlleven maltrato físico y/o emocional, negligencia, abandono, detrimento de la salud, la seguridad, que vulnere los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Al igual que otras modalidades de maltrato, se asienta sobre una asimetría de poder, sea ésta de carácter transitorio o permanente según la relación entre la niña, niño y adolescente y la institución (pág. 73).

#### Explotación laboral o mendicidad:

Los padres, madres o tutores asignan al N, N y A con carácter obligatorio la realización continua de trabajos (domésticos o no). Estos trabajos exceden los

límites de lo habitual interfiriendo de manera clara en las actividades y necesidades sociales de los N, N y A. Además, el objetivo que se persigue con dichas tareas es la de obtener un beneficio económico o similar para los padres o la estructura familiar, de acuerdo a los aportes de Goggman (1961).

Luego del desarrollo del maltrato activo con sus múltiples manifestaciones, Barudy (1998) habla del maltrato pasivo refiriéndose a:

La omisión de intervenciones y/o discursos necesarios para asegurar el bienestar de los niños y corresponde a las situaciones de negligencia o violencia por omisión. Este es el resultado de situaciones en las que, de manera deliberada o por una actitud extraordinariamente negligente, las personas responsables de los niños no hacen nada para evitar los sufrimientos o no hacen lo necesario para satisfacer una o varias de sus necesidades juzgadas como esenciales para el desarrollo de las actitudes físicas, intelectuales y emotivas de un ser humano (pág. 87).

Este tipo de maltrato es el más desconocido e ignorado por los medios de comunicación, literatura científica y servicios sanitarios y de protección. La negligencia también puede darse de diferentes modos, como por ejemplo la negligencia física, emocional, educacional, de seguridad, entre otras.

El maltrato activo es más fácil de definir, más evidente y la intervención es más concreta y con resultados más visibles. UTEMIJ (s.f) comentan que:

El Maltrato por Negligencia refiere a 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. Debe considerarse que esta modalidad de maltrato se establece en un vínculo entre la niña, niño o adolescente, y los adultos responsables caracterizado por el desinterés, la desatención o la desafectivización de estos últimos, generando como resultado la omisión de dichas necesidades, redundando en una vulneración de derechos. El maltrato por negligencia es, tal vez, el menos visible de los

malos tratos, y puede causar alteraciones en la salud mental, emocional o física, de la niña, niño o adolescente, o el riesgo potencial de que sufra dichas alteraciones. Es un maltrato cuyos efectos suelen ser tanto más graves, cuanto más invisible se encuentra, porque su registro generalmente es tardío y los efectos traumáticos suelen ser muy difíciles de reparar. La negligencia puede ser física y emocional (pág.48).

Garrote (2012) sostiene que el maltrato por negligencia se da en aquellas situaciones en que las necesidades físicas básicas del N, N y A (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en situaciones potencialmente peligrosas o cuidados médicos) no son atendidos temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo con quien convive.

En el proceso de recuperar las voces y experiencias de la UIAVI se indagó acerca de los tipos de violencia más frecuentes que se presentaban antes de la pandemia y durante la misma. Sin embargo, la Unidad no detectó modalidades de violencia diferentes antes y durante la pandemia pero sí realizaron aportes significativos que se reconstruyen a continuación.

Desde las vivencias y miradas del equipo interdisciplinario, los tipos de violencia más frecuentes que recibe la Unidad giran en torno a la violencia físico y negligencia. Las y los profesionales resaltan la importancia de destacar la negligencia “grave” y no “básica”. La primera hace referencia a N, N y A en altísima vulneración de derecho a la vida mientras que la segunda se refiere a ejemplos como ausencia de documentación, inasistencia a la escuela, entre otras. Algunos casos que ingresan al Hospital tienen su raíz en que la familia no puede sostener al N, N y A en el domicilio por alto riesgo de vida.

Al comienzo de la pandemia se notó una disminución de casos recibidos en la Unidad. Sin embargo, se cree que fueron producto de la dificultad de circulación establecida desde el gobierno. Se considera que el confinamiento fortaleció situaciones de violencia intrafamiliar afirmando que la violencia infantil es algo que está oculto en tanto no hay un tercero del grupo familiar que pueda mirar y hacer algo al respecto. También se considera que aunque las modalidades de violencia

son similares, los casos ingresados en pandemia son más graves. Un ejemplo que da cuenta de ello es el aumento de la demanda de N, N y A que ingresaron a unidades de terapia intensiva e intermedia. Esto, desde el punto de vista biológico, requiere intervención de mayor complejidad. Se presentaron casos de bebés con traumatismos graves, N, N y A que durante dos años no recibieron un tratamiento médico, abuso sexual intra familiar, daños neurológicos, maltrato global (definido por la Unidad como todas las modalidades de maltrato infantil sostenidas en el tiempo). Muchos de los casos recibidos durante la pandemia ya tenían intervención de otros organismos por lo que se considera a esto como maltrato institucional. Lo recién mencionado es de suma importancia ya que es parte de los hechos y vivencias de la Unidad.

### **3.5 Reconstrucción histórica**

Se apela a los aportes de Bringiotti (2000; Pág. 29-31) para recuperar históricamente las distintas etapas que atravesó la violencia infantil hasta convertirse en un problema social:

- Desconocimiento (hasta 1946): el maltrato infantil era desconocido o ignorado como una conducta natural de la familia. Las y los profesionales de la salud sólo consideraban la atención de las lesiones y no sus causantes. El objetivo era tratar únicamente la enfermedad sin atender los problemas sociales.
- Descripción de síndromes sin identificar (1946-1961): el desarrollo de la radiología supone un paso importante. John Caffey, en el año 1946 describió en pacientes con hematomas subdural, fracturas de huesos largos sin que en ningún caso existieran otros problemas de salud que predispusieron a la fractura. Otros investigadores, plantean que el origen de algunas lesiones traumáticas en los niños pueden deberse a la violencia de los padres o cuidadores y en el caso de lactantes con lesiones traumáticas, se comienza a pensar en la responsabilidad paterna-negligencia, intencionalidad.
- Identificación (1961 hasta mediados de la década de 1970): en 1961, Kempe expone por primera vez el término Síndrome del niño golpeado para describir lesiones que presentaban niños que habían sufrido agresiones de

tipo físico causadas por sus padres o cuidadores. A partir de este momento se amplía el concepto de los malos tratos físicos hacia otros aspectos: bebés sacudidos, maltrato emocional, agresiones sexuales, etc.

- Reconocimiento (desde mediados de la década de los 70 hasta la década del 80): Se reconoce la gravedad del problema de maltrato infantil, y se incorpora en la atención al niño el diagnóstico del Síndrome del Niño Maltratado, desarrollándose investigaciones.
- Prevención (desde mediados de la década de 1980 hasta la actualidad): La prevención del maltrato infantil comienza a considerarse como una prioridad desarrollándose programas de apoyo hospitalario perinatal y de primera infancia, entre otros.

### **3.6 Causas y consecuencias**

Bringiotti (2000) plantea que uno de los posibles factores que colaboran a la naturalización e invisibilización de las violencias hacia N, N y A es su poca posibilidad de hacer pública su denuncia frente a este padecimiento. La voz de los N, N y A suele ser subestimada por el mundo adulto o tenida en cuenta sólo cuando comienzan a aparecer algunos síntomas. Es un derecho de los N, N y A el ser escuchados y participar de las decisiones que los afectan, independientemente de la edad que tengan, teniendo en consideración su progresivo nivel de desarrollo.

Una investigación realizada en México por las autoras Tavira, Sanchez Ahedo, Herrera Basto (1998), aborda el tema del maltrato infantil como un “problema mundial.” En su artículo, reconocen que el agresor suele presentar algunas características como: autoestima baja, individuos deprimidos o con tendencia a la depresión, neuróticos, ansiosos, alcohólicos, drogadictos, impulsivos, hostiles, con poca tolerancia a la frustración, con una percepción inadecuada respecto al niño y con antecedentes de maltrato en su niñez. Por otro lado, las autoras comentan que las características del N, N y A agredido suelen relacionarse con: problemas de salud (congénitos o adquiridos), niños hiperactivos, con bajo rendimiento escolar, y generalmente, hijos no deseados. El disparador de la agresión puede ser una violenta relación de pareja, problemas económicos, desempleo, vivienda inadecuada, etcétera.

El impacto de las violencias en las subjetividades infantiles se da tanto a corto como a largo plazo. Existen cuestiones que serán visibles a nivel físico y psicológico en el mismo momento en que el N, N y A sufre las violencias. A largo plazo pueden hacerse visibles en la transmisión intergeneracional, en los vínculos establecidos con otras personas, en el modo de responder frente a determinados estímulos, entre otras. Pinheiro, en el informe ya citado, señala que las consecuencias de las violencias varían en función de su naturaleza y severidad y que sus repercusiones a corto y largo plazo pueden ser devastadoras.

Tavira, Sanchez, Ahedo y Herrera (1998) afirman la existencia de una estrecha relación entre los diferentes tipos de violencia y el desarrollo biopsicosocial del N, N y A, problemas escolares (tanto en el plano cognitivo como en el de la interacción social) y en alteraciones de la conducta manifestadas por agresión y retraimiento. Algunos también manifiestan las situaciones de violencia vividas a través de ansiedad, hostilidad, miedo, rechazo, depresión y desconfianza.

Continuando con la recuperación de discursos de la Unidad en cuanto a sus vivencias, se resalta que la mayoría de N, N y A que ingresan al Hospital atraviesa situaciones de violencia familiar. Respecto a esto en una de las entrevistas surge este cuestionamiento que me deja mucho en que pensar: *“¿Si en los pilares en los que uno confía cuando naces, te fallan, en quien entonces?”* (E3-J-15/08/20)

Además, el equipo interdisciplinario reconoce que las causas más comunes de violencia, tratadas por la Unidad en pandemia, hacen referencia a violencia derivados del consumo de sustancias entre otras causas.

En la reconstrucción de las miradas de la UIAVI respecto a si la crisis económica que se vive (como producto de la pandemia) influye en la violencia se comentó que históricamente uno de los factores de riesgos que se valora como posible causa de violencia es el estrés por la situación económica de las personas adultas responsables. Sin embargo, la Unidad considera que esto no es algo directamente proporcional a la situación de violencia infantil sino que trasciende la cuestión económica, y se da en todas las clases sociales y económicas. De hecho, los maltratos infantiles de mayor gravedad que la Unidad tiene en su casuística (y de mayor complejidad) han sido de niveles con alto capital social y económico. Se

creo que esto puede darse porque los padres y madres tienen más recursos para generar una dificultad en el diagnóstico, o interponer trabas en el mismo. En palabras de un miembro de la Unidad: *“el que es violento va ser violento con o sin plata”*. (E6-S-18/11/20)

Otra recuperación importante de las voces de la UIAVI respecto a sus vivencias y miradas fue el hecho de que el confinamiento impidió el acceso del N, N y A a la escuela, comedores o actividades barriales. Estas instituciones protegen porque brindan un espacio de contacto con otros niño/as y personas adultas sin violencia. Además, estas instituciones son potenciales identificadores y derivadores de situaciones de violencia. El confinamiento genera que haya N, N y A, en situaciones de violencia grave, aislados en su casa sin contacto con un lugar de contención. Esto impidió el acceso a la estimulación de otras personas, retraso en lo cognitivo y en lo afectivo.

También se indagó acerca de la responsabilidad que asumieron las familias en la educación de sus hijos en tiempos de pandemia. Esto se hizo pensando que pudiera ser un factor de violencia y efectivamente estas situaciones generan estrés que puede acelerar cuestiones de violencia. Sin embargo, las respuestas coincidieron en que fueron mayor los ingresos de lactantes que de N, N y A en edad de escolarización.

Otro aporte interesante en la recuperación de voces y discursos fue el que hicieron desde el área médica acerca del reconocimiento de la violencia, es decir, que en su área se debe considerar a la violencia infantil como un diagnóstico diferencial respecto a las patologías que presentan N, N y A. Además mencionan que es un ejercicio, que debe ser incorporado, el de dar lugar a la “sospecha”. Es decir, a la posibilidad de que exista violencia en el caso que se está tratando. En una entrevista se comenta que:

“Los pediatras son bastante negadores del maltrato. Es muy difícil que lo tomen en cuenta, porque la concepción de maltrato que tienen es solamente física, y no consideran la negligencia como una forma de maltrato o decir que no hace falta que te golpeen para decir que te están

maltratando. Algunos, de a poco, con el correr de los años lo van teniendo en cuenta.” (E7-V-13/11/20)

La y el pediatra de la Unidad registran casos de traumatismo de cráneo abusivo, lesiones de órganos, hemorragias, lesiones en la piel (tales como mordeduras, quemaduras de cigarrillo) caídas de altura, entre otras. Estos casos de violencia se presentan con un discurso que no coincide con las lesiones diagnosticadas. El área médica cuenta que ese es el principal disparador. Sin embargo, también hay casos que entran por situaciones menos sospechosas como una neumonía. La sospecha recién comienza cuando al indagar hay cuestiones que no son coherentes junto a otros indicadores,.

Antes de concluir este apartado, se considera pertinente retomar las palabras de la UTEMIJ (s.f; pág 17) respecto a consideraciones necesarias frente a la violencia infantil. En primer lugar, la importancia de “reafirmar las conquistas alcanzadas, aquellos conceptos y definiciones que permitieron poner en palabras el padecimiento, producto de esta problemática históricamente silenciada.” En segundo lugar:

Retomar aquellos debates que aún queden pendientes sobre cuáles son las prácticas pertinentes para el abordaje de las distintas situaciones de violencia, sin perder de vista que lo único indiscutible, es nuestra responsabilidad en las intervenciones. Continuar profundizando la mirada sobre una problemática cada vez más compleja, apostando a la transdisciplina como abordaje metodológico para comprender la realidad [...] Reconocer la complejidad de la relación dialéctica entre la teoría y las prácticas concretas, entendiendo que las mismas requieren formación específica y articulaciones intersectoriales y comunitarias (pág. 17)



# **Capítulo 4: Pandemia vivida desde UIAVI**

## 4.1 Metodología

Por los condicionantes derivados de la pandemia el proyecto original de esta tesina pensada para un contexto fue modificado. En un primer momento, la población eran los niños, niñas, adolescentes y familias que atravesaban una situación de violencia y el objetivo era una sistematización que pudiera dar cuenta de las negligencias en el cuidado que se presentaban. Con el correr de las semanas se hizo claro que no se podría asistir al Hospital de niños por razones de protocolos (ya que el hospital es centro de Covid-19 infantil), de seguridad, de exceso de trabajo por parte de los y las profesionales, entre otras causas. Además, la referente institucional no podría brindar informes para dicha sistematización porque se resguarda la privacidad y confidencialidad de la base de datos del Hospital.

De esta manera, también hubo modificaciones en la metodología utilizada para el desarrollo de la estrategia de intervención. Se profundizó el proceso de indagación con una metodología cualitativa al tipo estudio de caso exploratorio que de acuerdo a los aportes de Marradi, Archenti y Piovani (2018): “Está orientado a definir preguntas e hipótesis para estudios posteriores más amplios” (pág. 298). La selección del caso, estuvo orientada a la comprensión de la especificidad, a su potencialidad para proveer una base empírica relevante para la interpretación y comprensión del fenómeno.

Los objetivos propuestos fueron los siguientes:

Objetivo General: aportar a la recuperación de voces y experiencias del equipo que conforma la Unidad Interdisciplinaria de Atención en Violencia Infantil del Hospital de Niños Santísima Trinidad, en su abordaje de situaciones de violencia hacia niños, niñas y adolescentes en contexto de pandemia.

Los objetivos específicos:

- Indagar las vivencias de las y los trabajadores del equipo en relación a las situaciones de violencias que se presentaron en pandemia
- Reconstruir, desde el campo de Trabajo Social, los marcos teóricos, éticos políticos y metodologías que pusieron en juego en las estrategias de intervención de las situaciones de violencia

- Conocer el modo organizativo que desarrolló la Unidad Interdisciplinaria para los diferentes momentos de la pandemia

Para lograr el acceso a las voces y experiencias de las y los miembros de la Unidad se utilizaron entrevistas semiestructuradas individuales y virtuales (llamadas telefónicas o videollamadas). Todo lo mencionado se decidió junto a la referente institucional, de acuerdo a fechas académicas y según las posibilidades de acceso a las y los profesionales que conforman la Unidad Interdisciplinaria.

Las entrevistas buscaron indagar sobre las vivencias del equipo en relación a las situaciones de violencias que se presentaron en pandemia, reconstruir los marcos teóricos, metodologías y posicionamientos éticos políticos que pusieron en juego en las estrategias de intervención de las situaciones de violencia y conocer el modo organizativo que desarrolló la Unidad Interdisciplinaria para los diferentes momentos de la pandemia.

En anexos 1 se encuentra un cuadro donde se especifica las fechas de entrevistas, cantidades y áreas de la Unidad a la que pertenecen. Es importante remitirse al mismo para una mejor comprensión y lectura de la codificación utilizada.

## **4.2 Contextualización de la pandemia de Covid-19**

Toda práctica está situada y atravesada por un tiempo y un espacio particular. A continuación se desarrolla un breve recorrido por la pandemia detallando su impacto en Córdoba y en el área de salud. Se considera pertinente ya que ha modificado (y aún lo hace) a grande y pequeña escala las cotidianidades de todos. La pandemia no es un fenómeno ya terminado del que se pueda hablar en retrospectiva sino más bien un fenómeno que aún está ocurriendo.

Siguiendo con la recuperación de las voces y discursos de las y los miembros de la Unidad, un miembro del área médica comenta: *“La pandemia es una situación infectológica y biológica determinada por un virus. La cuarentena es algo sociológico que muchas veces disfraza el problema biológico”*. (E8-O-18/11/20)

Con el transcurrir de la historia han surgido fenómenos patológicos que por alcanzar nivel global fueron denominados pandemias, algunas de ellas han sido la viruela, el sarampión, la gripe española y la peste bubónica. La enfermedad que

denominamos Covid-19 fue reportada por primera vez en Wuhan China a finales del año 2019. Con rapidez se extendió por el resto de los continentes, provocando que al mes de su surgimiento haya sido declarado por el director de la OMS como emergencia de salud pública de preocupación internacional, y a los tres meses haya sido declarada pandemia de alcance mundial. Según lo expresado por Bavel y Baicker (2020) el 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud declaró pandemia al coronavirus provocado por el genoma del SARS-Cov-2. Los autores recién mencionados comentan que China habría declarado los primeros casos en diciembre del 2019 y que con la rapidez que se adjudica a la globalización el fenómeno alcanzó a los cinco continentes afectando a poblaciones enteras. En tres meses, el virus se había extendido a más de 118.000 casos y provocó 4.291 muertes en 114 países.

Cada Estado se organizó de acuerdo a los diagnósticos de voces autorizadas en el país para hacer frente a la pandemia. Las medidas adoptadas varían como lo hace la situación interna de cada país según distintas variables. Se observa como el manejo de la pandemia ha sido diferente, según los aspectos que se han priorizado en cada región. Así como las realidades y las necesidades de cada país son diferentes también lo son las respuestas que se elaboraron. Los resultados de cada región pueden ser más acertados que otros, pero es importante recordar que el contexto es cambiante al interior de cada país, esto reviste de incertidumbre la situación generando impactos en la población.

Siguiendo con los autores mencionados, en el caso de Argentina, en marzo de 2020, se declararon oficialmente las primeras medidas frente a la situación de Covid-19. Con el paso del tiempo, cada provincia fue haciendo sus propios protocolos y medidas de protección intentando dar un manejo de la situación, en algunos casos se sostuvo las medidas de confinamiento y en otros se optó por la flexibilización. La consigna que resonó inicialmente fue: “quédate en casa”. Bajo la misma se le pedía a la población que permaneciera en sus unidades domésticas incluyéndose en el ámbito privado. Se desconocieron, ignoraron y no tuvieron en cuenta las situaciones particulares bajo esta premisa en general. Situaciones como la desigualdad estructural que esta pandemia ha expuesto de manera potenciada y las situaciones de relaciones interpersonales dentro de las unidades domésticas y espacios de convivencia.

Desde el gobierno se instrumentaron dos lineamientos que estructuraron la vida social. La primera de ellas llamada “Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio” (ASPO) la cual implicaba que cada persona debía quedarse en su domicilio, que solo puede salir para hacer compras básicas, para realizar trabajos exceptuados o tareas especialmente autorizadas. El segundo lineamiento se denomina “Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio” (DISPO) implica entre otras cosas que las personas pueden circular, trabajar y realizar sus actividades siempre y cuando guarden dos metros de distancia con otra persona, todas las actividades deben obedecer esta norma, obligatoriedad del uso del tapabocas, higiene de manos, ventilación de ambientes y desinfección de superficies, límite en la cantidad de personas reunidas en espacios cerrados, entre otras.

De acuerdo a lo expresado por el área de salud, el virus es de transmisión alta, ya sea por contacto estrecho con personas infectadas, por medio de gotículas cuando tose o habla, o por tocar superficies que estuvieron en contacto con las mismas en donde el virus permanece por un tiempo. Este modo de contagio llevó a profundas modificaciones en los relacionamientos humanos como por ejemplo: medidas de distanciamiento social, el uso de barbijos, cambio en las interacciones como el saludo, el lavado de manos con mayor frecuencia, sanitización de elementos, entre muchas otras más.

En un podcast de Cordera publicado por UNCiencia (2020) Buriyovich menciona que el sistema de salud de Argentina está siendo desafiado por la creciente demanda de atención médica de pacientes con COVID-19, sumado a las condiciones que impone el aislamiento social en la consulta por parte de la comunidad para todas las enfermedades. El aumento de la mortalidad proviene directamente del Covid-19 y de manera indirecta por casos que se pueden prevenir pero en los cuales se presentan obstáculos para acceder a la atención médica necesaria (uno de esos obstáculos es el temor). Algunos impactos pueden verse en el presente y otros repercutirán con el tiempo.

Luego de especificar la metodología utilizada y los impactos de la pandemia a nivel provincial, y específicamente en el área de salud, se presenta la información obtenida, de las voces y experiencias de la UIAVI, en distintos apartados con aspectos relevantes recuperados acerca de los cambios vividos a nivel institucional.

Los resultados se organizan en ocho ejes, todos se relacionan de algún modo a la particular situación de pandemia y siempre rescatan las ideas y experiencias de las y los profesionales de la UIAVI respecto de cambios, nuevas estrategias implementadas, políticas públicas, sentires acerca de las situaciones de violencia abordadas, cuestiones éticas en las intervenciones, fortalezas y debilidades, impacto del Covid-19 en las y los miembro del equipo y aprendizajes adquiridos.

### **4.3 Cambios vividos por la UIAVI en pandemia**

El actual contexto global de pandemia impactó en las interacciones humanas y también en los modos de organización social. El Hospital de Niños Santísima Trinidad es el único de tercer nivel de complejidad pediátrico por lo que quedó designado por la política de salud como centro de atención pediátrica para Covid. Esta situación se dificulta más al no poder derivar situaciones de mayor complejidad a otras unidades hospitalarias pediátricas por no estar equipadas para la atención de los mismos. De esta manera, de acuerdo a los relatos recuperados en las entrevistas, las autoridades del hospital destinaron una sala de cuidados críticos y mínimos específicamente para la atención de N, N y A con Covid o patologías. Se formaron salas especiales destinadas a enfermedades respiratorias (además de la sala covid, salas de cuidados intermedios y terapia intensiva las cuales también se fraccionaron para atender de modo separado a los N, N y A con esta patología viral). Esto produjo reducción de camas en muchos servicios del Hospital, sin contar que el personal de salud tampoco aumentó en número con la mayor demanda recibida.

Recuperado de las voces y experiencias de la UIAVIA se narraba que desde marzo de 2020 el Hospital implementó una política de cuidado del personal, capacitando con todas las medidas de protección de acuerdo al área de trabajo. Esto se estableció según la necesidad que tenía cada profesional de acuerdo a la exposición al virus. Es así que, por ejemplo, el equipo médico contaba con más protección por estar en contacto directo y constante con las y los pacientes. Desde el Hospital se brindaron todos los insumos necesarios y se fueron realizando testeos a todo el personal (lo que significa análisis de sangre y en algunos casos realizar hisopados) a modo preventivo. Además, hubo cambios en la cantidad de veces que el equipo entraba a las salas a hacer observaciones, disminución en la cantidad de entrevistas

a realizar (priorizando a las personas más directas al N, N y A) y evaluando la modalidad de dichas entrevistas (debido a restricciones en la circulación). También se fomentó el uso de el lavado de manos, de alcohol (ya sea en manos y computadoras), airear los ambientes, tomar distancia (de metro y medio tanto de compañeros/as como de familiares de las y los pacientes), el uso de máscaras protectoras, entre otras. En caso de contacto directo con N, N y A contagiados de Covid, debían además usar una bata gruesa (llamada intro repelente), guantes, botas, barbijo L95 (barbijo más apretado y grueso), gafas y gorra.

El escenario provocó modificaciones y los sujetos construyen miradas al respecto. Un miembro comenta que ahora trabaja con mayor alerta y mayores cuidados recalcando que *“siempre el temor está latente, pero con la confianza de saber que uno está haciendo las cosas que tiene que hacer y que así la posibilidad de contagio es menor”* (E8-O-18/11/20).

Continuando con la recuperación de las voces y experiencias, una de las entrevistadas relata su vivencia respecto a los elementos de bioseguridad que debía usar y el impacto en su intervención dejando ver su mirada en cuanto a los cambios metodológicos:

“Los cambios en relación a la utilización de elementos de protección, dificulto un montón el trabajo (...) Entonces la utilización de la máscara, más barbijo dificulta muchísimo la intervención porque hay situaciones en las que hay que usar el cuerpo, hay que contener con el cuerpo y con los que son muy chiquitos es difícil de usar. He recibido a veces golpes en la máscara porque quieren sacármela, hay dificultad en cuanto a poder generar el vínculo transferencial que nosotras necesitamos para nuestra intervención con los niños.” (E4-J-16/11/20)

Estos relatos dejan ver el modo de intervenir que las y los miembros del equipo interdisciplinario consideran más efectivo. En otra entrevista se comenta que: *“(…) porque todos los elementos de bioseguridad nos cubren mucho. Creo que afecta contra la empatía pero de ningún modo interfiere con el procedimiento y con la calidad de la presentación”* (E2-A-4/11/20).

Casi todos los y las profesionales resaltaron el hecho del lenguaje gestual, la importancia de las expresiones faciales y la incomodidad que genera el uso de los elementos de bioseguridad al comunicarse con otros. Además, en muchas entrevistas debían pedirle al entrevistado que respetara el distanciamiento social y el uso del barbijo. Otra de las voces recuperada en una entrevistada resalta que: *“Trabajamos con niños que tienen necesidad afectiva extrema y era muy difícil pedirles que no se acerquen, que no te abracen, que no interactúen con el cuerpo. Eso genera mucha frustración e impotencia (...)”* (E3-S-8/11/20).

Los y las profesionales que integran la Unidad estaban conformes con las protecciones otorgadas desde el Hospital durante el año 2020. En uno de los casos se comentaba que:

“En algunos lugares el personal no médico quedaba relegado pero, en el caso nuestro no fue así. Siempre tuvimos medidas para protegernos, barbijos, ahora la máscara que usamos de uso obligatorio todo el día en el hospital para desplazarnos en cualquier punto y las medidas de prevención. Por ejemplo antes usábamos chaquetillas ahora usamos ambo.” (E8-O-18/11/20)

Además una de las entrevistadas resalta que: *“Tenés que estar mirando siempre un poco más adelante. Por ejemplo, si te sacas el barbijo porque estás tomando el café no dejarlo tirado en la mesa (...) a nivel institucional (...) el tema del cuidado estuvo”* (E7-V-13/11/20).

Si bien no se tuvo la posibilidad de escuchar las voces de quienes trabajan fuera de la Unidad, se dio a conocer que se hicieron talleres para todos los integrantes del Hospital. En los talleres para todo el personal del Hospital se practicaban varios procedimientos como por ejemplo: como ponerse una máscara, como sacarse los guantes, entre otras. Toda esta preparación y medidas de seguridad fueron tomadas por la dirección del Hospital a nivel general y por el Subdirector a nivel particular (ya que el director fue designado a trabajar en el COE). Entre los responsables de dicha área quedó una médica (coordinadora del COE en el Hospital de Niños) y la jefa de infectología del Hospital. Las actividades de capacitación estaban a cargo del área de residencia médica y el área de enfermería. La primera está formada por



médicos/as del Hospital y jefes residentes (es importante aclarar que el Hospital funciona la mayor parte de su planta con residentes en pediatría). Los testeos estaban a cargo del área de la jefatura, área de clínica médica.

La modalidad de los talleres fue a través de encuentros por video llamadas de zoom donde también se informaba cual era la situación epidemiológica. En lo que respecta a la parte más organizativa dentro del Hospital se redujo el número de camas y se dispusieron dos salas (de las 6 existentes) de las cuales una fue asignada para pacientes sin síntomas respiratorios y otra para pacientes con síntomas respiratorios. Además, una tercera sala estaba dividida en cuidados mínimos y en cuidados intensivos con covid. Apelando a recuperar las voces y discursos del equipo en cuanto a su modo organizativo (tal como se planteó en los objetivos de este trabajo) una entrevistada comenta que:

“Cuando se empezó a organizar más la institución (porque la organización institucional y la comunicación fue clave en esto) los directivos comenzaron a hacer reuniones semanales o cada 15 días por zoom en los cuales iban comentando cuáles eran los cambios o la situación epidemiológica general y del Hospital. Eso fue generando tranquilidad en quienes somos trabajadores de esta instituciones y otra de las cosas fueron las clases que dieron los infectólogos de este Hospital en cuanto a los cuidados según la disciplina que cada uno tenía y el abordaje que realizaba, eso sirvió, la información otorga tranquilidad.” (E2-A-4/11/20)

En cuanto a las tareas realizadas por la Unidad Interdisciplinaria de Atención en Violencia Infantil, una de las entrevistadas menciona que:

“No se afectó el trabajo nuestro, eso está bueno. En el hospital hay un criterio de que los niños con situación de violencia son una emergencia también. Entonces ingresaron los niños que necesitaban ingresar, no fue que esos niños quedaron sin cobertura, ingresaron los casos graves.” (E6-S-18/11/20)

Tales lineamientos fueron políticas de la provincia, del ministerio de salud. Además, se detalló que el Hospital de Niños, independientemente de esta situación

de covid, es centro de tercer nivel de complejidad de toda la pediatría de Córdoba. Es decir, en todas las especialidades, es lo más complejo en atención pediátrica. Entonces a diferencia de otros Hospitales (como el San Roque y el Rawson), que también son centros de atención covid para personas adultas, no se pudo derivar a otros centros para descentralizar. De esta manera, se tuvo que seguir atendiendo la complejidad pediátrica más el covid. En palabras de la entrevistada surgió un claro ejemplo de esta situación: *“fue todo un desafío porque un niño con cáncer tenía ahí su droga y tratamiento entonces no se podía decir: no entran porque acá es covid.”* (E7-V-13/11/20)

También, mencionan como desafío las tensiones propias de los cambios de protocolo y ritmos consecuentes de una pandemia. En una de las entrevistas se comenta que:

“Había que agilizar los tiempos de la intervención y como en todo equipo hay gente que tienen sus procesos. Siempre se estaba pensando en que el niño pasara el menor tiempo dentro de la institución, que no se fuera a contagiar, etc.” (E2-A-4/11/20)

También se dieron tensiones respecto al tiempo de cumplimentar el protocolo, evaluaciones acerca del formulario para que diera cuenta de la gravedad de la situación particular de cada N, N y A. Todo esto requiere agilidad y flexibilidad. Sin embargo, en tres entrevistas más se menciona que no ha habido tensiones profundas porque logran llegar a acuerdos gracias a que la mirada siempre ha sido similar. En palabras de una de las entrevistadas: *“La verdad que no hemos tenido así momentos de tensión, porque podemos trabajar muy bien en equipo. Dentro de todo me parece que estamos así sobre todo dispuestos a aceptar la opinión del otro.”* (E7-V-13/11/20)

Hasta aquí, se ha detallado algunos de los primeros cambios implementados por el Hospital. Donde se evidencia la necesidad de cuidado del personal, la política de capacitación de la institución y diseño de nuevos protocolos de cuidado que implicaron hasta los nuevos equipamientos de uso cotidiano que a la par que protegían, dificultan las experiencias comunicativas sobre todo con las y los niños entrevistados.

Se retoman los aportes de Boaventura de Sousa Santos (2020) quien realiza algunos análisis profundos acerca de las medidas de prevención y sus consecuencias. Por un lado el autor explicita que:

La etimología del término pandemia dice exactamente esto: reunión del pueblo. La tragedia es que, en este caso, para demostrar solidaridad lo mejor es aislarnos y evitar tocar a otras personas. Es una extraña comunión de destinos. ¿Serán posibles otras? (pág. 22)

Por esta razón, la pandemia sólo agrava una situación de crisis a la que ha sido sometida la población mundial. Es por ello que implica un peligro específico. (pág. 58)

Es así que el estado de pandemia conduce a un confinamiento que busca “cuidar” pero sus efectos colaterales son el miedo, la agudización de la injusticia social, y el desamparo de muchos ciudadanos. En el caso del equipo de la UIAVI los cuidados intentan proteger a las y los profesionales y a los N, N y A pero cambian las condiciones de comunicación aprendidas y experimentadas hasta ese momento por el equipo, con sus respectivas inseguridades.

#### **4.4 Voces de la UIAVI sobre nuevas estrategias de trabajo**

Otro de los grandes cambios producidos en la Unidad Interdisciplinaria fue el protocolo de acción establecido en cuanto al ingreso y atención de la demanda de situaciones de violencia. Esto está estipulado en Las pautas de Diagnóstico y Tratamiento del Hospital de Niños. Es importante destacar que las demandas llegan a través de solicitudes directas (por un integrante del grupo familiar) o de modo indirecto cuando esta demanda es elevada por otra persona interesada en la atención de la problemática. Generalmente los episodios de violencia son identificados, en primera instancia, por el área médica a partir de indicadores físicos del N, N y A que llegan al Hospital. En ese momento puede quedar internado para la intervención de la UIAVI a través de un pedido de interconsulta.

Antes de la pandemia, luego del ingreso de la demanda inicial a la Unidad, se realizaban entrevistas para identificar patrones en la reconstrucción del relato y conductas observables que se manifiesten en el N, N y A con derechos vulnerados.

Finalmente se discute cada situación y se elabora el informe interdisciplinario no vinculante desde los aportes de las tres disciplinas con los organismos de justicia y SeNAF. La intervención finaliza con entrevistas de cierre con devolución a las personas adultas responsables del N, N y A y derivación a instituciones de salud profesionales del área u otras que correspondan (SeNAF, el juzgado de familia o la unidad judicial de delito contra la integridad sexual, servicio de Protección de derechos, unidad judicial de violencia familiar y juzgado de niñez juventud y género) para la aplicación de la medida correspondiente dependiendo del grado de vulneración del derecho.

El ingreso ahora se da por consultorio externo o internado. En los casos de internación cuando ingresa el médico/a valora la situación y hace una interconsulta vía sistema, ya que cuentan con la historia clínica digital. De este modo llega a la oficina de la Unidad un pedido de interconsulta. Una vez derivado al médico/a de cabecera se realiza la primera interconsulta en la que participa la trabajadora social y el área de psicología junto al familiar.

Allí, se desarrolla una entrevista semi estructurada con el objetivo de conocer la trayectoria familiar, tipo de convivencia, articulación con instituciones, motivo de consulta, entre otras. Después la trabajadora social realiza la reconstrucción de historia de vulnerabilidad del niño, además de la comunicación con distintas instituciones (centro de salud, fuera de pandemia escuelas, SeNAF y algunas articulaciones con otras organizaciones). También se entrevista a cada uno de los padres del N, N y A y después a la familia extensa (evaluando detalladamente a quien entrevistar para evitar movimiento innecesario de personas dentro del Hospital). Por otro lado el área de psicología realiza el psico diagnóstico a los responsables del N, N y A y hacen la valoración psicológica de los mismos. El área médica realiza la valoración junto a pedidos de estudios de acuerdo a las necesidades de la situación.

Una vez finalizadas estas primeras valoraciones, se da lugar a la realización de los informes. Durante la pandemia estos informes se fueron modificando en su forma, pasando por un formulario hasta informes institucionales. Cuando la situación era compleja dentro de las primeras 24 horas de internación, se elaboraba y mandaba un informe preliminar a los organismos intervinientes, a la justicia, solicitando

intervención de este modo los organismos ya informados podían iniciar su intervención antes del momento del alta hospitalaria. Estas eran estrategias desarrolladas por la Unidad para agilizar, sin embargo no hubo la respuesta esperada.

En un primer momento de pandemia, por semana asistían a la Unidad solo tres profesionales por vez (garantizando la presencia de un médico en ese trío). La segunda parte del 2020, cuando el Hospital estableció que se trabajara bajo un régimen de espejo se requería que el equipo se desdoblara y un grupo asistiera en la institución catorce días y otro grupo los siguientes catorce días, la modalidad no pudo realizarse particularmente en la Unidad por recursos humanos insuficientes. A pesar del crecimiento y empoderamiento del equipo en los últimos años, siempre en un contexto histórico de escasez de recursos, la interrupción de una situación como la pandemia es imponderable en relación a la gestión de los recursos humanos.

Continuando con la recuperación de experiencias, se menciona que desde marzo hasta mayo, aproximadamente, se comenzó con un nuevo formulario denominado *“formulario intervención en covid 19”* (el mismo se encuentra en la sección de anexos). En este formulario se trabajaban de modo conjunto los contenidos y los indicadores del área de psicología y trabajo social; luego se agregaba el área médica. Apelando a los registros de las y los miembros del equipo, a registros de otras áreas e instituciones, a lo interinstitucional. Es decir, se realizaron intervenciones con los indicadores que se podían recabar y se solicitaba intervención a las otras instituciones. Finalmente con la reincorporación del equipo se reinstala la confección del informe interdisciplinario ampliado que contiene los diagnósticos sociales, médicos y psicológicos, la historia de la vulnerabilidad de los N, N y A, la trayectoria familiar que decanta en la intervención del equipo, la red de articulación con instituciones, las evaluaciones e informes médicos, entre otras.

Otros cambios se dieron en relación a la modalidad de comunicaciones interinstitucionales, se acordó con la coordinadora de SeNAF capital que cada situación de violencia infantil sea informado rápidamente a la unidad judicial de violencia familiar y a la secretaría (SeNAF). Respecto a esto, una de las voces y discursos recuperados relata que:

“Los casos mas graves como: un abuso sexual , síndrome de bebe sacudido, uno niño muy lesionado, no lo egresábamos hasta no tener la comunicación de ellas de con quien iban a egresar.” (E7-V-13/11/20)

Antes de la pandemia, se enviaban informes a la secretaría de niñez, adolescencia y familia (SeNAF) y ellos después articulaban con el área de violencia familiar y juzgados de violencia familiar. Este protocolo de intervención requería de un prolongado periodo de tiempo que el hospital como centro de recepción de covid pediátrico, no podía sostener.

También tuvieron que crear una estrategia de referencia y contrareferencia por cuenta propia a través de una red con la comunidad, con el centro de salud, con los profesionales, entre otras:

“Cuando se llegaba al momento del egreso (...) tratábamos de generar algún tejido de tipo social institucional que lo contuviera hasta que el organismo diera respuesta, hacíamos seguimiento por consultorio extremo muy básico (...)” (E6-S-18/11/20).

Cada egreso buscó hacerse de manera detallada y con la respectiva comunicación con cada disciplina permitiendo egresos con una cierta contención. Esto implicaba armar una red y generaba un trabajo extra: *“todo eso llevo mucho desgaste. No era la situación habitual nuestra de estar trabajando solamente con violencia, estábamos enredados en una tela más de araña que nos envolvía de covid”* (E4-J-16/11/20). De esta manera se veía que el N, N y A estuviera el menor tiempo posible en la institución y a su vez, que la familia que era entrevistada estuviera testada de covid para evitar contagios de las y los miembros de la Unidad. La intervención, la mayoría del tiempo en pandemia, fue presencial. De hecho se hizo una sola intervención por video llamada con una familia que estaba con covid. Respecto a esto se narraba que:

“ (...) Dificilísimo entrevistar por video llamada por el manejo de este instrumento porque nosotros necesitamos ver la cuestión gestual, el posicionamiento que tienen ellos cuando hablan de determinados temas. Eso fue un gran obstáculo, de todas maneras quiero aclarar que así y

todo fuimos muy creativos como equipos porque no nos quedamos sin intervenir.” (E6-S-18/11/20)

La articulación con otras áreas del hospital se dio de manera dinámica, “*una comunicación muy aceiteada*” (E2-A-4/11/20) según se comenta en la entrevistas. Se trabajó mucho con los teléfonos personales, evitando andar por el hospital para prevenir el contagio.

Otro cambio se refiere al alta hospitalaria y al alta médica. En la primera todos los servicios dan el alta, incluida la Unidad Interdisciplinaria de Atención en Violencia Infantil, la segunda solo considera el alta por prescripción médica. En el contexto de pandemia y con escaso personal, la pauta de trabajo previa consideraba de 7 a 10 días hábiles para realizar el diagnóstico, fue suplantada por una pauta en pandemia que disminuyó la cantidad de días y dio lugar a un diagnóstico presuntivo acelerado.

Además, las entrevistas de 40 minutos en la pandemia, se acortaron en tiempo pero aumentaron en cantidad. El Hospital brindaba una autorización de circulación vial para concurrir a la institución a ser entrevistados. En otras situaciones se apelaba a los equipos de salud o a los equipos de la SeNAF del interior para que realizaran las entrevistas. Esto a veces generaba demora, sumada a las distancias de los traslados y los procesos de hisopados previos a ingresar al Hospital.

El covid no sólo implicó cambios en los modos de intervenir, en los cuidados personales de salud y uso de elementos de bioseguridad sino también se implementaron algunos cambios en las estrategias de intervención, en los protocolos de acción y nuevas lecturas en los de marco teórico o debates ético-político de las y los miembros de la Unidad. En las entrevistas se relata que siempre mantuvieron un marco de referencia operacional similar. El área de salud mental recalcó el uso de bibliografía respecto a las repercusiones de la pandemia en la salud mental en el plano mundial.

#### **4.5 Voces de la UIAVI sobre la reestructuración de la Unidad**

En este contexto de pandemia un cambio importante para la Unidad fue la posibilidad de dejar de ser comité para comenzar a ser Unidad Interdisciplinaria de

Atención en Violencia Infantil, este cambio de nominación permitió dar cuenta de todas las tareas que el equipo realizaba. Además, se creó una resolución interna habilitando otro soporte a nivel institucional. Dicha resolución acordó con un área del Hospital, encargada de atender cuestiones de consumo y abuso sexual, que sería la Unidad quien haría los diagnósticos de violencia infantil en todas sus modalidades (incluidas cuestiones de consumo y abuso). Esto permitió posicionar a la Unidad dentro del Hospital de una manera diferente aunque las tareas que realizan son las mismas que se venían desarrollando hasta ahora solo que con un acuerdo nuevo que permite cierto respaldo. Algunos profesionales consideran que el cambio de nominación beneficia el “prejuicio” de algunas familias. En palabras de una entrevistada: *“también se cambió el nombre para que las familias no se sintieran perseguidas con esto de ir al comité de maltrato infantil.”* (E5-S-22/08/20)

Además, observan que, la mayor cantidad de población que atienden (por ser una institución pública) tienen una situación de extrema vulnerabilidad y esto dejó ver que hubo muchas infancias que se dejaron por fuera del cuidado Covid-19. En una de las entrevistas se menciona que:

“Se vislumbró con la pandemia la importancia de la salud pública, muchas veces a esta se olvida, o no se prioriza en las políticas públicas ya existentes, eso tuvo una implicancia directa en lo que pasó a nivel de salud en este tiempo” (E8-O-18/11/20).

La reestructuración que vivió la UIAVI en cuanto a su cambio de denominación, nuevas tareas y acuerdos pautados dan cuenta de avances por los que se venían trabajando que apuntan a mejorar la calidad de las intervenciones siempre desde el marco de la complejidad de la población con la que se trabaja y de la interdisciplinariedad tal como el nombre de la Unidad lo indica.

#### **4.6 Sentires acerca de las situaciones de violencia abordadas**

A continuación se recuperan las voces y experiencias del equipo en cuanto a sus sentires de las situaciones de violencia que abordan. Una de las entrevistadas comentó que: *“es muy duro cuando vos te das cuenta y tenés la certeza de que un*



*niño está sufriendo violencia. Nuestra opinión es solo un elemento que puede llegar a servir a la justicia como prueba, la investigación y lo demás depende de ellos”* (E7-V-13/11/20). Gran parte del equipo de la Unidad menciona la impotencia que sienten al diagnosticar situaciones de violencia y tener que esperar que otro organismo del gobierno haga su tarea. Hubo ocasiones en que las intervenciones de terceros tardaron más tiempo del que un N, N y A pudo resistir, otras en que la justicia procedió y eso despierta sensaciones expresadas de la siguiente manera: *“nosotros nos quedamos con eso, con un sabor de no haber podido ayudar, de hacer el intento y no poder”*. (E6-S-18/11/20) Recordemos que este es un trabajo de cada día, con o sin pandemia, ir a trabajar y encontrarse con situaciones de injusticias y vulneración de derechos.

A veces moviliza a las y los profesionales la soledad del N, N y A:

“ (...) puede ser muy duro, aparte vos ves el procedimiento, lo solo que se encuentra el niño, lo solo que se encuentra, porque muchas veces está dentro de la tormenta y ¿Cómo haces para sacarlo de ahí? Y a su vez lidiar con la dolencia que puede venir de parte de quien es acusado.” (E7-V-13/11/20)

Es de suma importancia que todas las instituciones y ámbitos por las que transitan los N, N y A tengan personal alerta a detectar posibles casos de violencia y que los mismos sean denunciados de manera correspondiente.

Otra de las voces recuperadas comentaban lo siguiente acerca de la vulneración:

"(...) una de las situaciones de mayor vulnerabilidad del chico (...) lo veo siempre como al niño en una postura de indefensión total frente al victimario, no tiene una voz fuerte digamos. Cuando yo entre al comité la verdad que me propuse eso, poder ser la voz o ser quien quizás pueda poner en palabras lo que está viviendo esa víctima." (E7-V-13/11/20)

Otra profesional refiere haber estado ante diversidad de situaciones, algunas de menor compromiso y otras altamente complejas y críticas, siendo su principal registro *"la sensación que siempre el niño está pidiendo ayuda y no tiene a quien (...)"* (E6-S-18/11/20).

Las y los miembros de la Unidad intentaron poner en palabras sentimientos encontrados difíciles de ser expresados. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, es tarea de todos (y no solo de la Unidad) promover acciones dirigidas a la restitución de los derechos humanos siempre que se identifique algún tipo de violencia. Además, recordar que la violencia infantil es una violación a los derechos que no debe ser legitimada bajo ningún ámbito ni modalidad. Aun conociendo las implicancias negativas en la violencia infantil, la Unidad coincide en que la cuarentena y medidas que se tomaron fueron necesarias.

#### **4.7 Cuestiones éticas presentes en las intervenciones de UIAVI**

Se detalló anteriormente acerca de las cuestiones éticas presentes en el abordaje en pandemia de la Unidad y a continuación se retoman algunos aspectos que no fueron ampliados.

La ética siempre está presente y atraviesa toda intervención a la hora de dar respuesta a las demandas que recibe la Unidad. Esto va desde el respeto de los derechos del niño, la confidencialidad (ya que se maneja mucha información privada de la vida de los N, N y A), el resguardo del niño y su grupo familiar (el cual se volvió complejo por las características del trabajo virtual), entre otras. El equipo considera que no hubo modificaciones, a causa de la pandemia, en los conflictos éticos que se dan cotidianamente cuando se hace intervención en violencia infantil. Las cuestiones de dilemas éticos que se presentan en un abordaje de violencia infantil, se producen en todas las intervenciones debido a la complejidad de las mismas. Percibimos problemas éticos en el trabajo general con población de N, N y A:

“Nuestro informe tiene un logo arriba donde dice la confidencialidad del niño. Inclusive dentro del Hospital también, en el informe final que hacemos no va cargado a la historia médica del niño. A la historia clínica están habilitados todos los médicos para verla pero como nosotros trabajamos cuestiones muy íntimas, no corresponde.”  
(E2-A-4/11/20)

Dichos dilemas se complejizan y agudizan en el tipo de intervenciones que realiza la Unidad y en las medidas de seguridad de los sistemas actuales:

“Entonces nosotros en el cuaderno ponemos únicamente un informe sintético donde adjuntamos la conclusión del equipo y les decimos que el informe completo se encuentra en el archivo del equipo de la Unidad, un archivo interno. Por ahora va a ser así hasta que este sistema cambie alguna cuestión de seguridad y acceso. Respetando la intervención de cada área.” (E2-A-4/11/20)

En las entrevistas realizadas se mencionaba con frecuencia que uno de los cambios surgidos a raíz de la pandemia es el “dar de alta” a N, N y A por prevención de contagios y agilización de uso de camas. Este cambio que se estableció por situación de contexto, es una situación donde se presenta un dilema ético que involucra al equipo.

Otra preocupación ética, surge en una de las entrevistas realizadas por la intervención misma en situaciones de violencia, que pone en jaque a todos los y las profesionales de la Unidad y del sistema hospitalario. Por otro lado aparece la responsabilidad ética respecto de intervenciones oportunas y rápidas:

“ (...) hemos visto algunos sectores que han tenido que ver con la defensa de los derechos de los niños, que no tenían el mismo compromiso, que nosotros esperábamos. Y bueno básicamente hago referencia a la capacidad de respuesta.” (E8-O-18/11/20)

Banks (1997) afirma que el dilema ético “(...) se produce cuando el trabajador social afronta una elección entre dos alternativas igualmente inadecuadas que pueden implicar un conflicto de principios morales y no está claro qué elección será correcta” (pág. 4). Sin embargo, aunque:

Cualquier opción que se elija es perjudicial si se ha reflexionado cuidadosamente sobre todos los aspectos del dilema y se ha tomado una decisión con vistas a intentar evitar el peor resultado entonces podemos decir que se actuó con integridad moral (pág. 5).

En este caso se generó al tener que decidir entre otorgar el alta hospitalaria o el alta médica. En la primera todos los servicios debían dar el alta, incluida la Unidad Interdisciplinaria de Atención en Violencia Infantil, la segunda solo considera el

alta por prescripción médica. En esta situación el alta hospitalaria demoraba más tiempo por el escaso personal en este contexto de sobre población de los nosocomios. La elección moral se daba entre una atención integral o una atención médica rápida que desocupe una cama cuanto antes para otro paciente. La pauta de trabajo previa a la pandemia establece de 7 a 10 días hábiles para poder realizar el diagnóstico. La nueva pauta en pandemia disminuyó la cantidad de días y dio lugar a un diagnóstico presuntivo más rápido. Además, las entrevistas normalmente duraban cerca de 40 minutos y, en pandemia, se acortaron en tiempo (basadas en el hecho de que el periodo de contagio es de 10 a 15 minutos) pero aumentaron en cantidad. El Hospital brindaba una autorización de circulación vial para concurrir a la institución y ser entrevistados. En otros casos se apelaba a los equipos de salud o a los equipos de la SeNAF (por ejemplo en el interior) para que entrevistaran ellos. Esto a veces generaba demora ya que había familias que venían del interior y tenían que ser hisopadas antes (lo cual demoraba entre 24 y 48 horas antes de ingresar al Hospital).

De esta manera se hace visible como la ética atraviesa todo el proceso de intervención y cada decisión que este proceso implica. Cada informe confidencial, cada compromiso con las situaciones de violencia, cada capacidad de respuesta rápida o tardía son acciones no neutras que generan impactos y comunican mensajes.

#### **4.8 Fortalezas y debilidades de la UIAVI**

También se indagó acerca de las debilidades que el equipo considera presente dentro de la Unidad y se mencionó la importancia de reforzar una formación transversal, sobre la problemática de violencia, de todos los y las integrantes del equipo de salud. Esto debería abarcar a las y los médicos, enfermeros, sociólogos, profesionales de la salud en general. Más allá de la pandemia, esta problemática requiere información técnica, discursos específicos, habilidades (para poder reconocer la violencia infantil y para poder darla a conocer).

Además se destaca la importancia de más recurso humano. Todas las y los miembros comentan que la carencia de personal existía previo a la pandemia y que ésta sólo evidencia aún más la necesidad que ya existía. El porqué de más

miembros en la Unidad tiene su fundamento en la gran cantidad de demandas que reciben, incluyendo consultas de otros hospitales e instituciones. Cada demanda recibida implica entrevistar a contactos directos e indirectos del N, N y A y después de esto arribar a conclusiones y al informe. En sus palabras: *“el laburo abunda, solo que siempre somos las mismas personas y somos pocos”* (E3-J-15/08/20). De acuerdo a sus evaluaciones, se requiere al menos tener el doble de personal capacitado en el área de trabajo social y área médica.

Otro recurso que fue definido como escaso es el tecnológico. Se observa la necesidad de aparatos corporativos para poder hacer las entrevistas con las familias ya que se requiere de tiempo para, dentro del Hospital, encontrar un teléfono corporativo institucional para hacer entrevistas. La tecnología debería permitir más calidad en las entrevistas a distancia (el equipamiento tecnológico es sumamente necesario en este momento, pero no exclusivo de la pandemia, sino para el funcionamiento diario de la Unidad). También se requieren computadoras ya que las actuales están viejas y desactualizadas, con carencia de micrófonos y cámaras (fundamentales a la hora de hacer video llamadas). Esto generó una dificultad y las entrevistas se terminaron realizando en un área de telemedicina del Hospital, donde se pidió un permiso para estar a solas y así resguardar el secreto profesional.

Nadie puede anticiparse a una pandemia, ni siquiera podemos imaginar una política pública previa sino que es algo que interpela a todos como sociedad. Sin embargo, hay recursos a los que el Estado no ha dado respuesta desde un prolongado tiempo, y la pandemia sólo profundizó estas necesidades ya existentes. En palabras de una entrevistada: *“lo que se agudiza son las faltas que siempre tuvimos, pero bueno eso lo venimos arrastrando hace mucho tiempo”* (E5-S-22/08/20). Al respecto, Boaventura de Sousa Santos (2020) plantea que:

Existe un debate en las ciencias sociales sobre si la verdad y la calidad de las instituciones de una sociedad determinada se conocen mejor en situaciones normales, de normal funcionamiento, o en situaciones excepcionales, de crisis. Tal vez ambos tipos de situaciones sean inductores de conocimiento, pero sin duda nos permiten conocer o revelar cosas diferentes. ¿Qué conocimiento potencial proviene de la pandemia de coronavirus? (Pág. 18 ).

Como fortaleza se destaca el buen uso de indicadores lo cual facilitó la construcción del formulario covid permitiendo intervenciones rápidas pero igualmente efectivas para poder proteger a los N, N y A de estas situaciones de vulneración de derechos. También se menciona como fortaleza que institucionalmente se buscó tener una postura de colaboración con todo el resto de las áreas del Hospital y que la articulación con con el resto de la institución de manera fluida fue una posibilidad que beneficio la intervención.. Se resalta la intención de *“ponerle una actitud positiva al trabajo que tenemos que hacer en este contexto”* (E7-V-13/11/20) ya que el espacio de trabajo se volvió un lugar de mayor estrés. Respecto a la unidad que se vive dentro del equipo se lo considera como un “apoyo psicológico”. Se menciona que el trabajo online fue un logro impensado junto a la capacidad de reinventarse.

En cuanto a la flexibilidad del equipo, se destaca la rapidez y eficiencia para adaptarse a los cambios que se iban generando. Además, en algunas entrevistas se comentaba de algunos análisis internos que ellos venían haciendo y evaluando respecto a cambios para agilizar el proceso lo cual me dio a entender que no hay pasividad sino más bien ánimos de crecer. Se mencionaba lo siguiente en el proceso de recuperación de voces y experiencias:

“Estamos repensando unas categorías o modalidades de maltrato que no estarían dando cuenta de la gravedad de la situación que nosotros llegamos a diagnosticar. Estamos pensando en discutir algunas categorías de modo interno para poder trabajar en una redefinición al respecto que nos responda a esa categoría, a la realidad que vemos nosotros en el de niños hoy. Después hemos estado mirando cómo se puede agilizar el protocolo. Estamos pensando desde el año pasado poder articularnos con un programa que se llama “sumar”, de la nación, que tenga acceso ahí a las historias clínicas de los centros de salud de los niños del interior. Entonces es más fácil que vos entres, pidas un permiso y puedas conocer los antecedentes de los niños sin tener que estar llamando a la institución y que ellos te manden el informe, todo ese procedimiento lleva tiempo y esta podría ser una alternativa para agilizar desde el área nuestra por ejemplo.” (E2-A-4/11/20)

Otra de las fortalezas mencionadas fue haber tenido criterios de trabajo acordados previamente y una modalidad de trabajo ya afianzada. Además, el posicionamiento que tiene el equipo hacia el afuera de la institución, el reconocimiento que tiene en los organismos judiciales y en los organismos administrativos. Es importante también el reconocimiento del equipo dentro de la institución en el ámbito operativo con los equipos de sala e internación. A pesar de que siempre se presentan discusiones, se lograron acuerdos y estrategias.

El vínculo al interior del equipo permite debatir, disentir, colisionar en cuanto a pensamiento, ponerlo en común y buscar una salida conjunta funcionando de este modo lo interdisciplinario. Junto a los desafíos siempre aparecen tensiones propias de los cambios. Muchos miembros de la Unidad mencionan que el solo hecho de trabajar con una problemática difícil y particular ya genera sentimientos desencontrados. Sin embargo, las tensiones y diferencias se dan en el marco de respeto, valorando las competencias y las autonomías de cada uno, según se relata en las entrevistas.

El que hayan sido designados con esta nueva nominación de “Unidad Interdisciplinaria de Atención en Violencia Infantil” también es una fortaleza, un cambio y un avance (mencionado anteriormente). Se mencionó además como virtud el compromiso del equipo, el logro de la tarea más allá de todas las limitaciones que se presentaban, ser un equipo que lucha por que se respeten los derechos de los N, N y A, creatividad para resolver dificultades que se presentaron, entre otras.

Finalmente, desde las miradas y decires del equipo se expuso que es considerada una fortaleza la orientación interdisciplinaria y el posicionamiento teórico que se sostiene. El contar con aportes de tres disciplinas diferentes permite una intervención especializada necesaria para una problemática compleja y multicausal. Esto requiere de formación continua, por lo que el personal se ve afectado por actividades como ateneos o participación en cursos periódicos. Si bien cada sub área del equipo de intervención tiene un rol específico, a la hora del diagnóstico, del informe técnico final y de la definición de la estrategia de intervención se realiza un trabajo en conjunto con la respectiva deliberación, además de reuniones periódicas y la formación citada.

De esta manera, se considera que el escenario de pandemia trajo grandes desafíos sobre los cuales aún se está trabajando pero también trajo la posibilidad de ver las fortalezas que la UIAVI ha ido construyendo con el correr del tiempo. Aspectos como la flexibilidad, vínculos sólidos en las relaciones internas, criterios de trabajo pautados y consistentes, compromiso del equipo, rapidez para crear nuevas herramientas de trabajo (como lo es el formulario actualizado) y la posibilidad en medio de todo esto de lograr el cambio de denominación que da cuenta de manera más clara el enfoque de sus acciones y la interdisciplina como central en sus intervenciones.

#### **4.9 Impactos del Covid-19 en las y los miembros del equipo UIAVI**

A todos nos pasó que, al comienzo, los casos de Covid-19 eran solo en otros países pero con el correr de los días los casos eran de personas de nuestro entorno o incluso de nosotros mismos. Esto también tuvo su impacto dentro del Hospital y al interior de la Unidad generando distintas emociones, sentimientos, sensaciones y vivencias que se recuperan a continuación.

Una de las entrevistadas cuenta que tuvo que acceder al trabajo virtual, ya que había que activar cuestiones para que puedan egresar N, N y A que habían quedado internados. Ella relata que:

“En lo que respecta a transitar esta situación tuve mucha angustia, mucha preocupación. Una colega en el equipo tuvo el bicho y eso nos desafió como equipo a poder trabajar a pesar de la contingencia. Un desafío porque no es como trabajamos actualmente es como estar al medio de un proceso y hay que cerrarlo y es como que se vuelve a generar el ser creativo y ser flexible frente a esa situación.”

(E6-S-18/11/20)

Esto se relaciona con la importancia de mantener una estrategia situada en tiempo y espacio que sepa ser flexible a los atravesamientos que trae el contexto y vigilante de que las acciones y decisiones tomadas sean acordes a las manifestaciones de las necesidades cambiantes.



Continuando con la recuperación de voces y experiencias, otras de las entrevistas resaltan los sentimientos personales a la hora del trabajo presencial:

“Es un desafío más a nivel personal, me dio situaciones de temor, en la medida que se van incorporando los profesionales. Estamos trabajando en el límite de las condiciones que tenemos ahora, tampoco puedes estar pasada de foco, estamos todos con este tema y hay que ir tranquilos para evitar que se profundice. Es una cierta incertidumbre pero por otro lado tranquilidad de que estamos inmunizados por tres meses así que no podemos contagiarnos el bicho de nuevo, dicen eso.” (E7-V-13/11/20)

También comentaban desde el equipo que:

“En el aislamiento social más extremo éramos los de salud que continuábamos en el desarrollo de las actividades y eso fue complejo en la institución y fuera de la institución a nivel psicológico también, comprender a qué nos enfrentábamos. Había mucho desconocimiento, posiciones encontradas y eso generaba un estrés en cuanto a saber cómo cuidarse para no llevarlo a casa a nuestros familiares.” (E4-J-16/11/20)

Otro miembro de la Unidad comentaba que:

“Estaba con angustia, con preocupación por que bueno sobre todo en pequeñas enfermedades como el sida no sabían qué síntomas tienen, cual es el tratamiento, en como es contagiable, que síntomas vas a presentar. Muchas veces que no haya un tratamiento eso también es lo que te angustia. Un tratamiento claro decir bueno tengo que tomar tal medicación o hacer reposo, aislamiento tener algún tipo de precaución que sabes que puede hacerte sentir mejor.” (E8-O-18/11/20)

También se expresó que:

“Es como que no tenes mucho tiempo para pensar cómo se sentía, porque inclusive compañeros míos en la terapia estuvieron caídos, entonces bueno sobrecargados de trabajo. Porque el que se enfermaba, implicaba que había que cubrir la guardia, y se potenciaba más el laburo. Generó una sobrecarga, porque el trabajo sigue siendo el

mismo, pero tenes tus compañeros que están aislados, que están enfermos. En la Unidad hubo un momento que estaban todos y se debió haber retrasado más los casos, a su vez gran parte de mi compañeros también estaban caídos en la terapia, es duro. Era mandar un mensaje “Che cómo estas?” y bueno nada, estas en la época en que el que necesita un respirador es importante y el resto no y bueno ahí empezamos a ver la gravedad a veces de las cosas que se nos van escapando, un montón de cosas se escapan.” (E6-S-18/11/20)

Así, el equipo manifestaba sus sentires quizás más agudos al comienzo pero aún latentes. En algunas entrevistas surgió el tema del “cansancio” que genera los cambios de horarios, el uso de elementos de bioseguridad y algunas dificultad más:

“Al salir del hospital y dejar el hospital afuera tardo en desconectarme y me está costando conectarme con mi casa porque te consume mucho, la verdad que estoy muy agotada. Además, emocionalmente por los casos que hemos visto, no solo los de maltrato, sino los de patología, el convivir con la muerte y el sufrimiento hace que falte esa luz, de hecho ponele ahora esto de bajar un cambio de poder procesar todas las cosas.” (E7-V-13/11/20)

Un testimonio llamativo cuenta lo siguiente:

“Yo creo que el personal se va afectando porque nosotros en realidad estamos trabajando todos los días en la trinchera donde te vas a encontrar con el bicho ¿entendés? Eso quieras o no psicológicamente impacta, te va minando en todo sentido. Por ejemplo, un detalle ridículo pero no tan ridículo, habían puesto los sindicalistas globos negros a la entrada del hospital para recordar los muertos y vos tenes que entrara a trabajar ahí es una depresión, es un bajón que te pongan el globo negro porque vos entras ahí y nos sabes. Entonces todo pasa en las sensaciones, esto que recién les contaba de los tiempos, las decisiones que uno tiene que tomar, te va afectando porque es un trabajo de mucha responsabilidad y el contexto que tenes te ajusta cada vez más, y hemos tenido casos muy complejos que requerían de mucha capacidad de

concentración y también responder a ese contexto y hacer las cosas con los parámetros que estábamos acostumbrados a trabajar nosotros.” (E2-A-4/11/20)

Algunos otros miembros expresan que:

“Sentí miedo por contagiarme, miedo por contagiar a los niños con los que intervenimos, a las familias. Es muy estresante, la posibilidad de que un niño se pueda contagiar o que tengamos un problema institucional por ese tema o que te contagies vos y contagies a tu familia esas son como las mochilas más pesadas. También, mucha incertidumbre de no poder planificar acciones, porque de repente una colega saca carpeta médica o una preventiva que son 14 días, no te deja planificar nada. Temor también porque se van muriendo algunos compañeros.” (E2-J-16/1/20)

“Se sintió mucho estrés, podría decir que a veces sentía mucha frustración porque era muy difícil de lograr la intervención interinstitucional tan rápida, esas dos fueron las emociones que más tuve. Además, los niños que más desarrollo neurológico tienen, y los familiares de algún modo ven como extraño por el equipamiento de protección personal”. (E6-S-18/11/20)

“La gente yo creo que no tienen idea lo que se vive adentro de un hospital. Prueben con terapia intensiva y se van a dar cuenta de lo que estamos hablando. Vos te adaptas pero es terriblemente cansador, yo llego con dolor de cabeza todos los días a mi casa, la piel de la cara no sabes cómo tengo, cosas vanales te digo, hasta llegar a mi casa contracturada, las máscaras con el correr de las horas son pesadas y te hacen peso en la cervical. Si a eso le sumas que por ahí no anda el aire acondicionado todo es peor. El covid te consume mucho tiempo, todo es el triple. Y por ahí te das cuenta que tenes que volver a entrar y te tenes que volver a cambiar completa y todo un ritual, entonces todo se atrasa más.” (E7-V-13/11/20)

Cada una de estas sensaciones vividas por el equipo son relevantes ya que como seres complejos atraviesan las motivaciones, decisiones y acciones tomadas. Así como las estrategias no son neutras tampoco son independientes del conjunto de personas que las crean. En este caso las decisiones son tomadas por un equipo conformado por distintas disciplinas y saberes que a su vez son personas con motivaciones, deseos y sentires que no están ajenos a las estrategias utilizadas. Además cada miembro del equipo está inserto en un contexto de pandemia caracterizado por la incertidumbre en donde ellos mismos están expuestos a la enfermedad.

Por otro lado, se observa un acuerdo respecto a la opinión de “sentirse cuidados” por parte del Hospital. Remarcan que no les faltaron los elementos de bioseguridad necesarios y que se cuidó también la salud del paciente.

Otro punto que se abordó en las entrevistas fue acerca de la discriminación latente por el hecho de trabajar en el Hospital. A continuación se detallan algunas de sus voces y discursos:

“Si, lo sentí, no acá en el barrio sino en un grupo de una actividad que hacemos. Porque yo le había mandado al profe de la actividad que no podía ir, que hasta tal fecha no iba a volver, y yo me equivoqué en vez de mandárselo a el lo mande al grupo. Hubo gente que lo agarró de arriba y empezó a decir que si tenía el síntoma no fuera al espacio y toda la historia. Obviamente no conteste lo deje fluir y ya está. Pero bueno, ahí me di cuenta que es complicado. Así mismo algunos amigos te dicen “vos tenes que decir que ya no contagias”, es parte del problema social y alguna gente con la que te encontrás ahora que te miran como bicho raro, es interesante esa parte.” (E2-A-4/11/20)

“Si, afuera del hospital muchas veces, por amistades, en los momentos en los que empezó la flexibilización, preferían conmigo no verse como yo estaba en salud, y en lugares como ir al súper que a veces yo estaba con el ambo cuando salía y se notaba la búsqueda de mayor distancia o la negativa a estar en algún espacio cercano, pero también uno lo comprende a que en ese momento había mucho desconocimiento de

cómo se contagiaba el virus y cómo cuidarse de ese contagio, esto fue al principio.” (E6-S-18/11/20)

Un miembro del equipo menciona lo siguiente: *“Yo no sentí esa discriminación, pero si lo veía mucho en la tele y eso genera bronca. Yo no hubiera sido pasiva, me generaba bronca, pero discriminada no me he sentido, ni con mis amigos, la verdad que bien”*. (E4-J-16/11/20)

Desde el gobierno, y desde los medios de comunicación, se noto una inclinación de denominar “personal de salud” solo a aquellas personas que ejercían profesiones tales como médicos, enfermeros, odontólogos, entre otras. Sin embargo, dentro del personal de salud también estaban otras profesiones y actividades no reconocidas como tales. Respecto a este tema algunas entrevistas resaltan que:

“Yo creo que para la gran mayoría el personal de salud son los enfermeros y los médicos, los que están en el frente de batalla como dicen ellos. En algún momento sí me sentí discriminada pero desde el punto de vista institucional con los médicos que trabajamos habitualmente en la sala no. Ellos siempre me han tratado como un integrante más del equipo , somos un mal necesario, necesitan que intervengamos en estos casos tan complejos como equipos.” (E4-J-16/11/20)

“No, la verdad que no me sentí discriminada. Si sentí mucha ausencia de contención sobre la salud mental. Recién cuando empezó el propio colectivo de salud mental a hablar sobre esto, se empezó a hablar de salud mental y pandemia, pero en principio y en la mayoría de comunicados el personal de salud eran los enfermeros y médicos, las áreas nuestras como trabajo social y psicología quedaron excluidas de esos comunicados.” (E2-A-4/11/20)

“Yo sí sentí esa falta de valoración de los otros profesionales que están trabajando en salud que no sean médicos (...) ahora se nota más pero es una constante entre los hospitales. Por ahí el trabajo del médico es más valorado quizás que otras profesiones y bueno ahora en la pandemia también se nota como que el esfuerzo es cuando en realidad todos

estamos trabajando al estar aportando digamos algo o interviniendo en las situaciones que ocurren.” (E6-S-18/11/20)

Parte de los cambios vividos en la pandemia tuvieron que ver con la forma en que nos relacionamos con otras personas. Además del distanciamiento social, preventivo y obligatorio, hubo personas que tuvieron que cambiar hábitos en sus relaciones con personas cercanas a modo preventivo. Se indagó en relación a los cambios, que la Unidad tuvo que realizar, en la vinculación con sus familiares o convivientes por ser personal trabajador de la salud. Estas son algunas de sus respuestas:

“Lo único que hice fue extremar los cuidados cuando venía de trabajar, cambiarme de ropa, llevar doble ropa, toda la historia, porque mi gran preocupación era contagiarlos a ellos, mi gran mochila era que se contagiara algún familiar y bueno tome todos los recaudos sobre todo cuando llegaba a casa. No se contagió nadie acá adentro, algo tan raro, yo seguí haciendo mi actividad cotidiana normal pero con los cuidados previos de cuando llegaba del hospital. Yo llego y me saco los zapatos a la entrada y saco toda la ropa, me lavo las manos y me siento y los saludos. Pero la verdad el cambio ha sido este agotamiento, que me duele la cabeza todos los días, y eso la verdad es lo que no me gusta y es lo que quiero tratar de revertir de alguna manera, osea no quiero que el recuerdo de ellos sea hacia eso de andar cansada, el cuello, me duele, que esto.” (E7-V-13/11/20)

“Yo sigo teniendo muchos cuidados al estar trabajando en una institución de salud. Por más que haya flexibilización, yo tengo que tener otra modalidad de interacción con mi familia.” (E8-O-18/11/20)

“Yo tuve que aislarme para no contagiarlos, evitar los contactos, yo vivo sola y bueno tengo mis padres que son personas mayores osea que no puedo acercarme mucho a ellos y tengo ciertas precauciones ahora. También tengo familiares que he dejado de ver durante mucho tiempo y si los viera sería de lejos o con uso de la comunicación virtual y también amigos también personal de salud que bueno también están

aislados. Gente que vive en el interior, gente amiga que quizás directamente no los vaya a ver.” (E6-S-18/11/20)

A modo de síntesis, la pandemia trajo aparejados cambios en los hábitos internos (tales como los modos de relacionarse con familiares), modificaciones en horarios, modos de trabajar (lo cual implicó creatividad y flexibilidad), sentimientos nuevos frente a la incertidumbre y lo desconocido del escenario (en palabras de la UIAVI: miedo, estrés, angustia, preocupación, sobrecarga, cansancio y sentimientos de discriminación de personas allegadas y en algunos casos del Estado), entre otros. Se buscó hacer un detalle de distintas áreas que fueron afectadas y que sufrieron un impacto por el Covid-19 sin embargo, se comprende que muchos de estos impactos son más profundos o complejos de lo que las respuestas a entrevistas pueden lograr y muchos de esos impactos aún están por verse con el correr del tiempo.

#### **4.10 Aprendizajes de la UIAVI en tiempos de pandemia**

Una de las preguntas finales en la entrevista, tenía que ver con enseñanzas, específicas de la pandemia, que sería bueno dejar asentado en una producción escrita. Algunos mencionaron que:

“Me parece que hay muchísimo para escribir, interesante poder ver los cambios, las transformaciones y las flexibilizaciones, la creatividad que tuvimos que poner como equipo en esta situación, es un desafío el de venir llevando por bastante tiempo una modalidad de trabajo y tener que adecuarla a esta situación. Hay muchos aprendizajes.” (E2-A-4/11/20)

También se mencionó la complejidad que implicó el estar inmersos en el contexto de pandemia junto a la población que además de este contexto atravesaban situaciones de violencia:

“Un gran aprendizaje es haber estado todos atravesados por el contexto. Vos como profesional lo ves desde otro lugar, pero ahora estábamos todos atravesados por la situación, tiene una marca interesante para todos.” (E8-O-18/11/20)

Como se mencionó anteriormente, pensar en una pandemia no es asunto único del área médica sino que abarca a un conjunto de disciplinas que deben trabajar a la par para abordar la complejidad de la población sobre la cual se abocan. Una de las entrevistadas resalta lo siguiente:

“Yo creo que la importancia de la salud mental, sería importante mencionarlo. En la pandemia se ha mostrado la importancia que tiene porque ha generado muchísimas secuelas a nivel psicológico, lo que fue el encierro, la distancia, la ausencia del contacto.” (E6-S-18/11/20)

Algunos plantearon enseñanzas en modo de desafíos que se dejaron ver en este tiempo expresado de la siguiente manera:

“Creo que primero, formar gente en la temática, que seamos reconocidos institucionalmente, no dentro del hospital porque claramente lo hemos obtenido durante todos estos años de trabajo, si no también que seamos reconocidos fuera del hospital dentro de nuestro sistema del ministerio de salud pública y todo lo que es el ministerio de justicia. Allí se ponen en duda nuestros informes o la toma de decisiones es contrarias a lo que nosotros hacemos minuciosamente en el trabajo institucional.” (E4-J-16/11/20)

“Un desafío importante sería que todos los profesionales tuvieran el maltrato como una posibilidad, eso hasta el día de hoy no lo hemos conseguido. Después estaría bueno ser reconocidos como un servicio porque a raíz de eso vos podes pedir que se le dé entidad, porque vos de esa manera podes pedir gente, pedir cosas para trabajar y de más. Y como otros objetivos, quizás el tener más tiempo pudiendo hacer “discusiones de casa” (...) Gracias a que existen muchas especialidades porque nosotros los médicos no lo podríamos hacer, hay gente que te puede enseñar mucho.” (E7-V-13/11/20)

La Unidad plantea que continúa el desafío de pensar cuestiones teóricas que van surgiendo respecto a las categorías conceptuales de las modalidades de violencia infantil o de diferentes formas de intervención. Otro desafío planteado (y del que espero haber logrado en parte) fue el de poder escribir todo lo que vivenciaron en



este momento de pandemia ya que podría constituirse como un insumo para cualquier otra situación, respecto a cómo intervenir en contexto de crisis. Una de las entrevistas mencionaba que:

“Yo creo que siempre es bueno frente a toda la situación difícil volver pasos atrás y trabajar sobre esos errores para tratar de reconvertirlos, claramente no sé si para mí o para la sociedad, pero bueno siempre nos va a dejar esta enseñanza.” (E8-O-18/11/20)

Un desafío llamativo decía lo siguiente:

“Ojalá todos los médicos se tomaran muy en serio la opinión de los especialistas. Yo lo veo porque a veces uno se cierra a escuchar y dejar entrar a otras especialidades, pero es tan importante darle otra visión y no ser tan cuadrada. Yo siempre digo que es tan lindo el trabajo en equipo, y en el maltrato necesariamente tiene que ser así en equipo y escucharnos, escuchar todas las voces que digo que es tan importante el trabajo de los médicos, psicólogos y los trabajadores sociales, que yo te digo me saco el sombrero.” (E7-V-13/11/20)

Otros aprendizajes que dejó la pandemia fueron planteados en términos de disfrutar más aquellas cosas que uno tiene naturalizadas, aprender a potenciar los recursos profesionales, el recordar que todos pueden reinventarse, la capacidad de respuesta, el recordar que nadie es indispensable, que somos seres pasajeros, que la vida hay que tratar de vivirla al máximo, dosificar los esfuerzos en materia del cuidado para la salud y el autocuidado. Los desafíos que quedan por delante también son producto de las enseñanzas que dejó este tiempo resaltando la importancia de aprender de los errores para mejorar, de continuar con formación académica sobre la temática y fomentar que todo el personal esté capacitado y mantenga una mirada activa para ver el maltrato infantil como posibilidad en las situaciones que aborda. Es el conjunto de las disciplinas valoradas con la misma intensidad y respetadas en igualdad lo que permite un acercamiento a intervenciones más completas incluso en contextos en donde nadie está exento como lo fue y es esta pandemia de Covid-19-

**Conclusión: A modo de  
cierre abierto**

Esta conclusión fue denominada “a modo de cierre abierto” porque se considera que este es un cierre que queda abierto a nuevos análisis, debates, entrevistas y profundizaciones. Sin embargo este trabajo de tesina si va llegando a su final con algunos aportes y reflexiones que se estiman importantes.

La sistematización es importante para la producción de conocimiento situado, de hecho, la forma en que conocemos el mundo está mediada por el lenguaje el cual nunca es neutro. Se apela a que este escrito contribuya a la construcción y consolidación de subjetividades, apropiación de saberes y habilidades valiosas para la vida en sociedad. Tal como fue planteado en la propuesta del objetivo general (aportar a la recuperación de voces y experiencias del equipo que conforma la Unidad) cada análisis, cada voz recuperada, cada experiencia situada que se transmitió puede ser un recurso para pensar y conocer con ánimos de que pueda aportar a la transformación de la realidad.

A modo de síntesis de esta tesina, antes de recuperar las voces y experiencias de la Unidad se buscó definir el escenario de intervención, el sujeto y la estrategia a desarrollar. Luego se hizo una aproximación histórica a las niñeces (población con la cual trabaja la Unidad) para comprender los cambios y paradigmas que acompañan el concepto de N, N y A. En el capítulo tres, para adentrarse a la problemática sobre la cual trabaja la Unidad, se resumió los paradigmas de la salud en la historia hasta arribar a la salud como asunto de derecho y posicionar a la violencia como asunto de salud pública, tema central de la UIAVI. De allí, se buscó una reconstrucción histórica del concepto de violencia desde los aportes de autores reconocidos en el tema y se realizó una clasificación de las modalidades de violencia. Finalmente, se desarrollaron algunos aspectos relevantes de la pandemia y un detalle específico de la metodología utilizada dando lugar a una sistematización de la indagación obtenida de las vivencias de las y los trabajadores del equipo en relación a las situaciones de violencias que se presentaron en la pandemia. También se buscó sistematizar el modo organizativo que desarrolló la Unidad para afrontar intervenciones junto a las estrategias de intervención en pandemia tal como fue propuesto en los objetivos específicos. Se rescata la visión de las y los profesionales sobre las políticas públicas que se implementaron en este tiempo, algunas/os miembros de la Unidad, vivieron este tiempo de pandemia como un retroceso, en materia de políticas públicas, ya que entre los cambios más

destacados se volvió a la intervención judicial como prioritario, otros profesionales manifiestan que la pandemia evidenció la falta de política pública en relación a la violencia infantil. Se relata también una síntesis de los discursos de la UIAVI respecto a sus sentires frente a las situaciones de violencia abordadas, fortalezas y debilidades del equipo en pandemia, vivencias personales en contexto de covid-19 y aprendizajes de cada miembro.

Es oportuno mencionar que hubiera sido enriquecedor poder conocer de primera mano cómo se llevan a la práctica y se viven aquellas respuestas que fueron otorgadas en las diferentes entrevistas obtenidas. Se considera que siempre hay factores que pueden ser analizados cuando se está en terreno y que son difíciles de percibir desde lo remoto. Sin embargo, fue interesante acceder a tesis de años anteriores donde se relata no solo las entrevistas, sino también la recuperación de las experiencias vividas por compañeros que pudieron acceder al Hospital. Aun atravesando este contexto de pandemia, se intentó mantener escucha activa, relación cercana a la institución y capacidad de análisis que permita ver aquellas cosas que están siendo entredichas o no dichas.

Aún quedan interrogantes muchos de los cuales quizás acompañen siempre la profesión. Algunas de estas preguntas tienen que ver con la necesidad que se tiene como estudiantes del contacto con los profesionales. En este caso particular, el equipo se encontraba sobrepasado de trabajo y cuando brindaron su tiempo para la realización de entrevistas se produjo sensación de “usar” sus conocimientos y de “incomodar” sus tiempos apretados. Si bien esta sistematización pretende recuperar sus memorias como profesionales en pandemia y que esto sea una herramienta útil para hacer ajustes, los tiempos en que se necesitó de ellos, el recorte de preguntas puntuales, entre otras cosas producía este sentir.

Por otro lado, es interesante preguntarse si con tan poco tiempo es posible descubrir aspectos a analizar en la Unidad, sabiendo que ellos buscan lo mejor éticamente desde hace años, atravesando procesos de autoevaluación. Con esto no menosprecio el presente análisis, pero sí aclarar que no es la intención caer en señalamientos sin ser consciente de que es necesario más tiempo para conocer razones y reflexiones implícitas.

El último interrogante que se plantea aquí, tiene que ver con los tiempos académicos que no son los mismos de los tiempos en terreno. Esto influye en las decisiones, en los modos de ver, en los ritmos que les damos a los sujetos “intentando” conjugar ambos en pos del objetivo académico, sin desconocer la diferencia entre ambos que se agudizó por las mediatizaciones tecnológicas a la que nos llevó la pandemia.

Un desafío fue el proceso de escritura. En primer lugar fue un desafío porque las demandas (en escritura y profundización) en el nivel de tesina son más altas que las que se requieren en los cinco años de cursada y por lo tanto se hizo difícil la adaptación al mismo entendiendo que aún hay mucho más por mejorar y aprender en ese sentido. En segundo lugar, el no ser dos en el proceso es algo que no recomendaría ya que nada es puesto en debate crítico, nada es analizado desde dos ópticas de pensamiento y cada desánimo es vivido sin un otro que esté atravesando exactamente el mismo sentir. Aun así, luego de muchos aciertos y desaciertos se considera que el objetivo propuesto fue cumplido y que sobre todo fue un proceso de aprendizaje en la formación del carácter y de la vida. Fue indispensable la paciencia y el acompañamiento de aquellos profesores que no solo marcan el error sino que orientan hacia el como salir de él sin perder la capacidad de enseñanza al hacerlo.

Sin embargo, el desafío más grande es el que presenta la profesión. Aunque se crea estar terminando una etapa, la realidad es que esto apenas está comenzando. Apelo a algunos autores que dejan planteos interesantes a perseguir como futura profesional.

“Nuestra convicción debe tener como eje el compromiso con los derechos humanos y con la democracia” (Nora Aquin, s.f, Pág. 7).

“(…) es la responsabilidad del trabajo social de desafiar la opresión y trabajar por los cambios en las instancias políticas y en la sociedad” (Sara Banks, 1997; Pág. 6)

(…) debe visibilizar, denunciar, organizar, entender a las instituciones públicas como dispositivos privilegiados para la materialización de los derechos, la construcción de legitimidad de los derechos, visibilizar demandas desatendidas para legitimar su rango de derecho (…)

buscando que ciertos reclamos desatendidos, invisibilizados, caricaturizados por los sectores concentrados, comiencen a formar parte de la agenda, disputando el fundamento contingente de la sociedad, quebrando consensos del sentido común (...) voz autorizada en estos temas y con capacidad de agencia y visibilización (...). (Hermida, 2014; Pág. 14)

Ante todos estos desafíos de la profesión que se espera ejercer, se resalta el reto de vivir la ética como lo describe Trachitte et al. (2008):

(...) más que un accesorio, un código, un conjunto de reglas, un protocolo sino como reflexión. Tiene que ver con inscribir una mirada crítica sobre nuestras prácticas ya que tienen efectos en los demás a la vez que somos afectados por los otros (...) cuando el recurso de la reflexión está presente, la intervención se convierte en una intervención ética porque da cuenta de una nueva versión reconstruye y repiensa (...) (Pág.. 9).

El trabajo social debe intervenir desde realidades concretas, con análisis crítico y reflexión activa de la niñez en cada sector buscando garantizar los derechos promulgados, y con mucho cuidado de no caer en intervenciones desde construcciones sociales que no se corresponden con la realidad, en donde exista un enfoque de derecho, más bien enunciativo, que coexista con intervenciones tutelares y adultocéntricas, según lo que mencionan las autoras Anton, Ligor, Baez, Perulan, Romano, Sajin (2016). Además, esta profesión debe aprender a ser flexible para siempre estar capacitada para el trabajo en escenarios de urgencia.

Por último y no por eso menos importante, se toman las palabras de Boaventura de Sousa Santos (2020) quien plantea que la pandemia y la cuarentena revelan que hay alternativas posibles, que las sociedades se adaptan a nuevas formas de vida cuando es necesario y se trata del bien común. Además, la pandemia cerró todo tipo de cosas y abrió todo tipo de preguntas permitiéndonos hacer camino al andar. Son interesantes las palabras recuperadas en una de las entrevistas: *“las pandemias son históricas, no hay que tenerles miedo. La historia de la humanidad ha pasado por muchas pandemias. Y han podido salir adelante”* (E8-O-18/11/20). Se considera

que el dar la posibilidad, desde la Carrera de Trabajo Social, de continuar la tesina en contexto de pandemia fue el más claro ejemplo de que siempre hay formas de seguir adelante aunque no sea el camino que estamos acostumbrados a transitar.

## Referencias

- Anton, S., Ligor, P., Baez, V., Perulan, J., Romano, M., Sajn, B. ( 2016). *La Infancia en Deconstrucción desde el Paradigma de Derechos*. UNCuyo: Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.
- Aquín, A., Miranda, G., Artazo, Y., Lucero, E., Torres, N., Veyrand. (s.f). *“Nosotros y los Otros: Encuentros y Desencuentros en el Campo del Trabajo Social”*. IV Encuentro Internacional de Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires
- Aquín, N. (2005). *Pensando en la Dimensión Ético-Política del Trabajo Social*. Revista Trabajo Social No. 1. Medellín, enero-junio 2005 pp. 71-83.
- Aquín, N. (s.f). *Afinidades y Desafinados de la Ética Profesional*.
- Aquín, N. (2013). *Intervención Social, Distribución y Reconocimiento en el Postneoliberalismo*. Revista Debate Público reflexión de trabajo social, 3 (5), 65 - 76.
- Aranda, N. (2009) *Maltrato Infantil. Introducción a la Problemática del Maltrato hacia los Niños*.
- Aramburu, S. (2017). *¿Del Enfoque Tutelar al Enfoque de Derechos? Análisis de los Marcos Interpretativos de los Actores Legislativos en las Principales Leyes sobre Familia*. Colecciones: Tesis Postgrado. Recuperado de: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/148989>
- Bavel, JJV., Baicker, K., Boggio, PS y col. (2020). *Uso de la Ciencia Social y del Comportamiento para Respaldar la Respuesta a la Pandemia de COVID-19*. Nat Hum Behav 4, 460–471 . Recuperado de: <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0884-z>
- Bank, S. (1997). *Ética y Valores en el Trabajo Social*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Barudy, J. (1998). *La Violencia Física sobre los Niños. En El dolor Invisible de la Infancia: una Lectura Ecosistémica del Maltrato Infantil*. Editorial Paidós.



- Barudy, J. (2000). *Maltrato Infantil. Ecología Social: Prevención y Reparación*. Santiago de Chile: Editorial Galdoc.
- Barudy, J. y Maryorie, D. (2005). *Los Buenos Tratos a la Infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Editorial Gedisa.
- Benach, J. (2014). *La Salud de Todos y sus Causas. La Salud Pública, la Equidad y sus Causas: ¿De qué Depende Nuestra Salud?* Comprendiendo el derecho humano a la salud. España: Editorial Advantia.
- Bringiotti, M. I. (1999). *Maltrato Infantil, Factores de Riesgo para el Maltrato Físico en la Población Infantil*. Editorial: Miño y Dávila Editores.
- Bringiotti, M. I. (2000). *¿Qué nos dice la Historia de la Infancia? La Escuela ante los Niños Maltratados*. Editorial: Paidós Cuestiones de Educ.
- Britos, N. (2007). *Exigibilidad de los Derechos Sociales: Estrategias y Líneas de Acción*. Córdoba Argentina: Seminario bimensual “Trabajo Social y exigibilidad de derechos sociales”.
- Boaventura De Sousa Santos. (2020). *La Cruel Pedagogía del Virus*. Buenos Aires, Argentina: Editorial CLACSO.
- Boixados, M. C, Maizon, A. S, Eguia, M. A. (2017). *Plaza de las Niñas y los Niños. Memorias de mi Plaza*. Cordoba Argentina: Editorial Secretaria de ambiente de la Municipalidad de Córdoba, secretaria de extensión de la Facultad de Filosofía y Humanidades.
- Burijovich, J., Ase, I. (2003). *Las Políticas de Salud en Córdoba: ¿Una Oportunidad para el Fortalecimiento del Paradigma Asociativo?* Córdoba: Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales UCC.
- Cano, M. V. (2020). *Cuando la Frase ‘Quédate en Casa’ No es Igual Para Todos los Sectores Sociales. El Ciudadano y la Región*. Recuperado de: <https://elaboraciones.sociales.unc.edu.ar/cuando-la-frase-quedate-en-casa-no-es-igual-para-todos-los-sectores-sociales/>

- Carballeda, A. J. (2010). *La Intervención en lo Social como Dispositivo. Una Mirada desde Escenarios Actuales*. Trabajo Social UNAM , VI (1), 46-59.
- Carballeda, A. J. (2020). *Apuntes sobre la Intervención del Trabajo Social en Tiempos de Pandemia de Covid-19*. Colegio de Trabajadores Sociales. Recuperado de: <https://www.trabajo-social.org.ar/wp-content/uploads/La-intervenci%C3%B3n-del-Trabajo-Social-en-tiempos-de-Pandemia-2.pdf>
- Cardozo, G., Micchalewics, A. (2017). “*El Paradigma de la Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes: en la Búsqueda de la Plena Implementación*”. Revista Interdisciplinaria de Doctrina y Jurisprudencia. Número 82, Noviembre 2017. ISSN 1851-1201.
- Casado, F. y otros. (1997). *Niños Maltratados*. Madrid España: Editorial Díaz de Santos.
- Castel, R. (1995). *Metamorfosis de la Cuestión Social*. París, Francia: Editorial Gallimard.
- Cifuentes, D. (2006). *Evolució dels Mecanismes de Control del Metabolisme del Glicogen*. Barcelona España: Universitat de Barcelona, Departament de Bioquímica.
- Concha, C., J., Colomer, R., Mercere, R., Peiro, Pérez, L. R. (2004). *La salud y el Sistema Sanitario desde la Perspectiva de Género y Clase Social*. Gaceta sanitaria, 18 (4).
- Cussianovich, A. (2006). *Ensayos sobre la Infancia. Sujetos de Derechos y Protagonistas*. Perú: Ifejant.
- Danani, C. (2006). *Politización: ¿Autonomía para el Trabajo Social? Un Intento de Reconstruir el Panorama Latinoamericano*. Revista Katálysis, vol. 9, núm. 2, julio-diciembre, 2006, pp. 189-199 Universidad Federal de Santa Catarina Santa Catarina, Brasil.

- De Bonis, M. C. (1998). *Evolución Histórico-Social del Fenómeno Maltrato (Infantil) Implicancias Médico-Legales Actuales en Nuestro País*. Recuperado de: [https://sistemadif.jalisco.gob.mx/cepavi/Material\\_didactico/Maltrato%20infantil/historia%20de%20maltrato%20infantil.pdf](https://sistemadif.jalisco.gob.mx/cepavi/Material_didactico/Maltrato%20infantil/historia%20de%20maltrato%20infantil.pdf)
- Del Pino, S., Ermili, S., Fernández, R., Rodríguez, B. D. (2008). *La Atención De La Enfermedad: El Sistema De Curación Argentino*. La Plata, Bs As Argentina: Editorial Universidad Nacional de la Plata.
- Duarte Quapper, C. (2012). *Sociedades Adultocéntricas: Sobre sus Orígenes y Reproducción*. Última década, 20(36), 99-125. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362012000100005>
- Fazzio, A. (2018). *La Niñez en la Argentina del Siglo XXI*. Mar del Plata, Argentina. Recuperado de: <http://capacitasalud.com/wp-content/uploads/2018/11/LA-NI%C3%91EZ-SIGLO-XXI-LIBRO.pdf>
- Fernandez, L. (1994). *Instituciones Educativas, Dinámicas Institucionales en Situaciones Críticas*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Ferrandini, D. (2010). *Salud: Opciones y Paradigmas*. Editorial: Mimeo.
- Fidel, C., Prado, L. (2012). *La Construcción Social de la Infancia y el Reconocimiento de sus Competencias*. Colombia: Universidad de San Buenaventura, Facultades de Educación.
- Frigerio, G. y Poggi M. (1989). *Las Instituciones Educativas Cara y Ceca*. Capítulo 3: actores, instituciones, conflictos. Buenos Aires.
- Follari, R. (2013). *Acerca de la Interdisciplina: Posibilidades y Límites*. Vol. I, núm. 1, pág 111-130. Universidad Nacional de Rosario, Argentina.
- Foucault. (1963). *El Nacimiento de la Clínica*. Recuperado de: <https://www.un.org/es/sections/universal-declaration/history-document/index.html>
- Foucault (1977-1978). Discurso dictado: *Seguridad Territorio Población*. College de France.

- Flores, M. E. (2018). Ficha Cátedra. *Sociología de las Organizaciones. Trabajo Social Facultad de Ciencias Sociales*. Córdoba: UNC.
- Garay, L. (2000). *Algunos Conceptos para Analizar Instituciones Educativas*. Córdoba: Publicación del Programa de Análisis Institucional de la Educación. Centro de Investigaciones de la Facultad de Filosofía y Humanidades. Universidad Nacional de Córdoba.
- Garrote, N. Indart de Arza, M. J. (2012). *Maltrato Infantil, Practica Pediatría*. Revista Pediátrica Elizalde , 21-27. Argentina: Buenos Aires. Ediciones Journal.
- Hermida, M. (2014). *La Noción de Pueblo en Laclau: Aportes para el Problema del Sujeto Colectivo en Trabajo Social*. Argentina. Recuperado de: [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.4464/ev.4464.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4464/ev.4464.pdf)
- Hermida, M. (2018). *La Dimensión Ético-Política en el Ejercicio Profesional: la Revisión de las Prácticas en la Actual Coyuntura*. Santa fe Argentina: Editorial FAAPSS-CPAS.
- Kempe, R. S., Kempe, H. C. (1985). *Niños Maltratados*. Madrid España: Editorial Morata.
- Kempe, H. C., Silverman, N. F., Steele, B. F., Droegemuller, W., Silver, H. K. (1962) *The Battered-Child Syndrome*. JAMA 181:105-112.
- Kempe, H. C. (1971). *Paediatric Implications of the Battered Baby Syndrome*. Arch Dis Child 46:28-37.
- Laurell, C. (1981). *La Salud Enfermedad como Proceso Social*. Recuperado de: <https://buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/laurell.pdf>
- Leonardi, Y. (2010). *Educación y Entretenimiento para los Niños Peronistas: la Infancia como Cuerpo Político*. VI Jornadas de Sociología de la UNLP. La Plata Argentina: Editorial Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología.

- Lemos, S. (2016). *Maltrato Infantil Intrafamiliar: el Niño, la Familia y la Regulación Interna*. Argentina: Siglo XXI.
- Liborio, M. (2013). *¿Por qué Hablar de Salud Colectiva?* Revista Medica Rosario (79), 136 - 141.
- Llorente, B. (2014). *En los Últimos 10 Años, los Niños Pasaron de Ser Objetos Bajo Tutela del Estado a Sujetos de Derecho*. Recuperado de: Télam S.E. Agencia Nacional de Noticias <https://www.telam.com.ar/notas/201408/74053-en-la-ultima-decada-los-ninos-pasaron-de-ser-objetos-bajo-tutela-del-estado-a-sujetos-de-derecho.html>.
- Marchetti, C. (2017). *Maltrato Físico. Modalidades. Indicadores Físicos*. Capacitación llevada a cabo por INFOSSEP. Córdoba, Argentina.
- Marradi, A., Archenti, N., Piovani, J. (2018). *Manual de metodología de las ciencias sociales*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores.
- Medina, M., López, M. V., Muñoz, J. B. (1997). *La Violencia y sus Repercusiones en la Salud; Reflexiones Teóricas y Magnitud del Problema en México*. México.
- Mouseca, J. (2015). *Prevención del Maltrato Infantil: Función del Pediatra. Ira Parte: Aspectos Generales, Evidencia, Factores de Riesgo, Factores Protectores y Desencadenantes*.
- Muñoz, R. D. I. (2006). *El Maltrato Infantil es un Problema de Salud Pública*. Facultad de ciencias de la Salud, universidad Cauca, 8 (4), 33-38.
- Netto, P. (2003). *Cuestión Social Intervención Profesional y Proyecto Ético Político. Triada para Pensar las Formas de Consolidación de una Teoría y Práctica Crítica para el Trabajo Social Colombiano*. Revista Eleuthera, 10, 99-120.



Rotondi, G. Verón, Gaitán, Corona, Fonseca, Giordano, Miani, Varela, Milesi, Liascovitz, Molina, Benedetti, Colomba, Rossi, Rotondi, M., Mignola, Barraza, Tramontana, Artazo, BardWigdor. (2001-2016). *Compartiendo Quince Años del Programa “La Universidad Escucha a las Escuelas” Perspectivas, Debates y Propuestas desde el Trabajo Social Institucional*. Cátedra Teoría, Espacios y Estrategias de Intervención IV – Institucional, Lic. en Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Córdoba.

Rozas Pagaza, M. (2010). *La Intervención Profesional un Campo Problemático Tensionado por las Transformaciones Sociales, Económicas y Políticas de la Sociedad Contemporánea*. *O Social em Questão*, XIII (24), 43-54.

Ruiz del Ferrier, C. (2016). *El Sistema de Protección Social en la Argentina y en América Latina Contemporánea : El Rol del Estado Frente a la Cuestión Social*. Buenos Aires Argentina: Editorial FLACSO sede Argentina. Recuperado de: [http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/flacso-ar/20171108045136/pdf\\_1425.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/flacso-ar/20171108045136/pdf_1425.pdf).

Shlemenson, A. (1998) *Dimensiones Relevantes para el Análisis Organizacional, Análisis de la Situación de Conflicto en el Marco de una Crisis, El Significado de la Crisis en: Análisis Organizacional y Empresa Unipersonal*. Editorial Paidós Bs.As. (p.p 38-47)

Tavira, S., Sanchez, R., Ahedo, R., Herrera, E. (1998). *El Maltrato Infantil: un Problema Mundial*. *Salud pública Méx* vol.40, n.1 [cited 2012-01-23], pp. 58-65. Recuperado de: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36341998000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36341998000100009&lng=en&nrm=iso);

Trachitte, M., Lera, C., Arito, S., Ludi, M. C, Martínez, G., González, M. (2008). *Ética y Trabajo Social: la Dimensión Ética en la Intervención Profesional*. Paraná, Entre Ríos: Sociedad en debate, Pelotas, 14(1): 47-79.

- Tenti Fanfani, E. (1989). *Estado y Pobreza: Estrategias Típicas de Intervención*. Buenos Aires Argentina: Editorial América Latina.
- Tonon, G. (2001). *Maltrato Infantil Intrafamiliar*. Buenos Aires Argentina: Editorial Espacios.
- UNICEF. (2016). *Estado de Situación de la Niñez y la Adolescencia en Argentina*. Recuperado de: <https://www.unicef.org/argentina/media/2211/file/SITAN.pdf>
- UNICEF. (2019-2020). *Violencia Contra Niñas, Niños y Adolescentes*. Recuperado de: [https://www.unicef.org/argentina/media/6776/file/Datos%20Las%20víctimas%20contra%20las%20violencias"%202019-2020.pdf](https://www.unicef.org/argentina/media/6776/file/Datos%20Las%20víctimas%20contra%20las%20violencias)
- Cordera, J. (presentador). (2020). *Covid-19 y Desigualdad Social*. Episodios: 1-5. [Episodio de podcast de audio]. Publicado por: UNciencia. Recuperado de: [COVID-19 y desigualdad social – UNciencia](#)
- Unidas, N. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Recuperado de <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/#:~:text=Toda%20persona%20tiene%20derecho%20a%20un%20nivel%20de%20vida%20adecuado,de%20desempleo%2C%20enfermedad%2C%20invalidez%2C> .
- Vergara, Quintero, M. D. (2007). *Tres Concepciones Históricas del Proceso Salud-Enfermedad*. *Hacia la promoción de la salud*, 12, 41-50.
- Verón, D (2014) *Las Dimensiones: Herramientas para la Lectura de las Instituciones*. En: *Compartiendo quince años del Programa “La universidad escucha las escuelas”*. Perspectivas, debates y propuestas desde el Trabajo Social Institucional (2001-2016) Comp. Rotondi, G. Facultad de Ciencias Sociales, UNC, 2016.
- Winslow C.E.A (1920) *The Untilled Fields of Public Health, Science*.
- Wolfe, D. (1991). *Programa de Conducción de Niños Maltratados*. México: Editorial Trillas.



Zamarbide, A., Lazuri, O., Marchetti, C., Lerda, E., Montes, S., Varas, Y., Revol, J. (2016). *Manual de Pautas de diagnóstico y tratamiento: Abordaje pediátrico del niño Maltratado*. Córdoba Argentina.

Zapiola, M. C. (2010). *La Ley de Patronato de Menores de 1919: ¿una bisagra histórica*.

### **Fuentes documentales:**

Código Civil y Comercial de la Nación Ley 26.994. (Día de consulta: 19/08/2020). Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=235975>

Código de Ética del Colegio de Profesionales en Servicio Social de la Provincia de Córdoba. (Fecha de consulta 19/11/2020) Recuperado de: <http://www.cpsscba.org/principales/codigo%20de%20etica>.

Constitución Mundial de la Salud. (2006). Documentos básicos, suplemento de la 45a edición.

Convención Internacional sobre los Derechos del Niño. (1989). Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Estados Unidos.

Equipo Hospital de Niños (s.f). Recuperado el 19 de septiembre de 2020 de: <http://hospitaldeninos.com.ar/hn/index.php/4-breve-historia-del-hospital>

Fine Research - COVID-19 (2020): *Evidencias Sobre su Impacto en América Latina en Base a los Profesionales de la Salud*. (Día de consulta: 13/04/21). Recuperado de: <https://www.fine-research.com/es/blog/news/coronavirus-disponibilizamos-nuestracomunidad-de-investigacion/>

Ley Nacional 26061: Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. (Día de consulta: 17/08/2020). Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm>

Ley Nacional 24.417: Protección Contra la Violencia Familiar. (Día de consulta 19/08/2020). Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/90000-94999/93554/norma.htm>

Ley Nacional 25.087: Delitos Contra la Integridad Sexual. (Día de consulta 28/08/2020). Recuperado de: <http://novedades.filo.uba.ar/sites/novedades.filo.uba.ar/files/10%20LEY%20Nacional%2025087%20-Delito%20Contra%20la%20Integridad%20Sexual.pdf>

Ley 26.485: Protección Integral a las Mujeres. (Día de consulta 28/08/2020). Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>

Ley Federal de TS 27072/14. (Fecha de consulta 19/11/2020). Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27072-239854> .

Ley Provincial 9.283: Violencia Familiar . (Día de consulta: 19/08/2020). Recuperado de: <http://www.mpfcordoba.gob.ar/pdf/Ley%209283%20Violencia%20Familiar.pdf>

Ley Provincial 9944: Promoción y Protección Integral de los derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes en la Provincia de Córdoba. (Día de consulta 18/06/2020 ). Recuperado de: <https://senaf.cba.gov.ar/wp-content/uploads/2019/08/Ley-9944-con-modificaciones-introducidas.pdf>

Rivera, Schilling y Trujillo (2017), tesina de grado. Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Córdoba: Argentina.

Taibo, Casas y Fonseca (2017), tesina de grado. Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Córdoba: Argentina.

Unidad Técnica Especializada en Maltrato Infante Juvenil (s.f). *Maltrato Infante Juvenil, Marco Conceptual*. Buenos Aires: Argentina. Recuperado de:

[http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/maltrato\\_infante\\_juvenil\\_-\\_marco\\_conptual.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/maltrato_infante_juvenil_-_marco_conptual.pdf)