CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN **EN POLÍTICAS PÚBLICAS DE NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y FAMILIA**

Facultad de Trabajo Social UNER

Universidad Nacional de Entre Ríos

TRABAJO INTEGRADOR FINAL:

"CONSUMOS PROBLEMÁTICOS, GÉNERO Y NIÑEZ: REFLEXIONES EN TORNO A UN DISPOSITIVO DE TRATAMIENTO PARA MUJERES"

TESISTA: LICENCIADA EN PSICOLOGÍA JESICA SUAREZ

DIRECTOR: LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL EDUARDO BOGLIANO

Sede: Buenos Aires
Tutora: Licenciada Silvia Miorin

Carrera de Especialización en Políticas Públicas de Niñez, Adolescencia y Familia. Resol. "C.S" 320/11, 324/12.

BUENOS AIRES, MARZO DE 2017.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi agradecimiento a quienes hicieron posible este trabajo, en principio a todos quienes conforman la Casa Educativa Terapéutica “El Puerto”, las coordinadoras, los trabajadores, las mujeres, las niñas y niños, que me recibieron desde el primer momento con predisposición, abriéndome las puertas.

A mi director de tesis, el Lic. Eduardo Bogliano, por sus aportes y generosa colaboración.

A mi familia y amigos, por su interés y acompañamiento.

Y a muchos más, presentes desde el anonimato, que en el intercambio contribuyeron a que las ideas puedan ser plasmadas en las siguientes páginas.

RESUMEN

El trabajo ofrece al lector la posibilidad de reflexionar acerca de las tensiones y confluencias existentes en la noción de *centro de vida*[1] y el dispositivo Casa Educativa Terapéutica "El Puerto" que brinda tratamiento por consumo problemático de sustancias a mujeres, mujeres embarazadas y mujeres con hijos[2].

Para ello, se propone la metodología de *estudio caso*, que permite a través de un caso concreto realizar conexiones con instancias de orden más general.

La bibliografía utilizada se encuentra descripta y citada como referencia del marco teórico conceptual en función de los temas estudiados en la especialización y de relevancia para la temática del presente trabajo. En ese sentido, los ejes de niñez, consumo problemático de sustancias y políticas públicas serán centrales otorgando relevancia y coherencia epistemológica a la presente investigación.

Se concluye que el dispositivo construye una doble respuesta desde el Estado, por un lado para que la mujer-madre pueda realizar un tratamiento reestableciendo el derecho a la salud que se encontraba vulnerado, y por el otro lado para que pueda mantener el vínculo con su o sus hijos en un espacio que proteja los derechos de la niñez.

Asimismo, se señala la importancia de ampliar la oferta de tratamientos de distinta complejidad con *perpectiva de género*, que garanticen la *accesibilidad* de las mujeres con *consumo problemático de sustancias* y garanticen el respeto al *centro de vida* de los niños en los diferentes procesos de desarrollo de su autonomía.

A partir de los resultados del trabajo, se espera contribuir al desarrollo de estrategias terapéuticas, así como políticas públicas con *perspectiva de género* que contemplen los derechos de la niñez.

Palabras clave: CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS- GÉNERO- NIÑEZ- ACCESIBILIDAD- POLÍTICAS PÚBLICAS

[1] Artículo N° 3 de la ley 26.061 De Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.

[2] Teniendo conciencia de la orientación androcéntrica del español, en este trabajo se utilizará el género masculino en los plurales solo para facilitar su lectura, sin olvidar por ello sus implicancias simbólicas y políticas.

ÍNDICE

1. Introducción **4**

1.1 Descripción de la Situación Problemática
1.2 Planteo del problema
1.3 Objetivos
1.4 Estado del arte
1.5 Relevancia
1.6 Encuadre teórico conceptual

2. Contextos que construyen textos **14**

2.1 Historia del lugar en diálogo con la niñez
2.2 Acerca del dispositivo
2.3 El contexto de las mujeres que realizan tratamiento y sus hijos

3. Entramando redes: los vínculos familiares y comunitarios **23**

3.1 El dispositivo y la noción de centro de vida: tensiones y confluencias
3.2 Diálogos con otros países: la experiencia de Lua Nova en Brasil.

4. De la rectoría en Políticas Públicas. **31**

5. Reflexiones finales **34**

6. Bibliografía **37**

7. Anexo. Resolución SEDRONAR Nº 355/15 **42**

1. Introducción

El análisis teórico que se postula el presente trabajo parte de la metodología de *estudio de caso*, la cual consiste en una investigación procesual, sistemática y profunda de un caso en concreto. Un caso puede ser una persona, organización, programa, un acontecimiento, aquella situación o entidad social única que merece interés en investigación (Shaw 1999, Martínez Carazo 2006). Un aspecto importante, es que el *estudio de caso* permite las generalizaciones de una instancia concreta a un aspecto más general. Para ello, se siguieron los componentes que propone Shaw (1999: 65): planteamiento del problema, preguntas de investigación y objetivos; revisión de la literatura y formulación de proposiciones; obtención de los datos (realización de entrevistas y encuestas, obtención de catálogos y datos financieros, entre otras); transcripción de los datos; análisis global (comparación de la literatura con los datos obtenidos); análisis profundo (comparación sustantiva de los resultados con los conceptos de la literatura) y conclusiones generales e implicaciones de la investigación.

Para realizar el estudio, se escogió el dispositivo Casa Educativa Terapéutica "El Puerto", la cual ofrece tratamiento residencial para mujeres con *consumo problemático de sustancias*, las cuales pueden permanecer con sus hijos el lapso que dure el tratamiento. Dicha institución, se encuadra en la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SE.DRO.NAR)[3]. Es de especial relevancia el análisis de dicho caso, por tratarse del único dispositivo de gestión estatal nacional que existe en el país para brindar tratamiento a la población mencionada.

A partir de lo señalado, el trabajo se organizará en los siguientes capítulos:

El ***primer capítulo*** da marco a la estructura del trabajo, en ese sentido describe la situación problemática, los objetivos, el estado del arte, la relevancia y el marco teórico. El lector encontrará el escenario donde se ponen en diálogo los procesos de estigmatización y las *barreras de accesibilidad* a los tratamientos que sufren las mujeres que consumen sustancias. Así como la posibilidad de realizar tratamiento residencial acompañadas por sus hijos en el marco del *interés superior del niño* y el derecho a la salud de las mujeres. Contexto que se entrama construyendo una respuesta posible en el dispositivo analizado, y que se formula a través de la pregunta que guía la investigación: ¿Qué tensiones y puntos de confluencia posee la noción de *centro de vida* planteada en la Ley Nacional 26.061 de protección integral

[3] Resolución 15- E/2017 del 20 de enero del 2007. Disponible en: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/270000-274999/271213/norma.htm

de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes, con la propuesta del dispositivo Casa Educativa Terapéutica “El Puerto”?

Por su parte, el ***segundo capítulo***, contribuye a comprender el campo en el que se inserta la temática. En ese sentido es importante situar el lugar histórico y social que se le otorgó a la niñez y adolescencia en el trascurrir de las últimas décadas, de la mano de las políticas públicas e instituciones dedicadas a su tratamiento. La responsabilidad centrada en un principio en la familia, pasa a estar en manos del Estado a partir de 1919 con la sanción de la ley Agote (10.903), y a partir del año 2005 hasta la actualidad a través del cuerpo normativo (ley 26.061) se transforman en responsabilidades compartidas. Serán responsables las familias de los niños, la sociedad y también el Estado de garantizar los derechos. Así también, y no menos relevante, las modificatorias legales marcaron un cambio en la nominación de los sujetos a los cuales alcanza, se pasará de la nominación de *menor* entendido como objeto de tutela estatal, a la de niños, niñas y adolescentes desde una perspectiva de *sujetos de derechos*.

A la vez, en este capítulo se realizar una descripción del dispositivo sobre el que se centra la reflexión, que contempla su marco legal de referencia, así como su plan terapéutico, estructura y dinámica de trabajo. Asimismo, el contexto de múltiples vulneraciones por los que transitaron las mujeres que realizan tratamiento y sus hijos, construyen una parte fundamental del capítulo. Se puede ubicar un aspecto central en las profundas *desigualdades*, debido a las crisis atravesadas por el país, donde se inscribe el *consumo problemático de sustancias* como una respuesta ante el *sufrimiento social*.

En el ***tercer capítulo***, se desarrolla la pregunta eje del trabajo vinculado a las tensiones y confluencias que encuentra la noción de *centro de vida* en el dispositivo analizado. Es así como entraran en diálogo postulados claves referentes al *interés superior del niño*, la *autonomía progresiva* y el derecho de los niños a ser criados por su familia. También, un factor fundamental será la importancia de fortalecer los vínculos familiares con los referentes afectivos de los niños, sean éstos de la familiar nuclear y/o ampliada, y su red socio comunitaria. Por otro lado, con el fin de establecer líneas comparativas, se describe la metodología de abordaje de un dispositivo de similares características que funciona en Brasil.

El ***cuarto capítulo***, dedica la reflexión a las políticas públicas en materia de *consumo problemático de sustancias* y las *barreras de accesibilidad* que hoy en día están atravesando las mujeres con dicha problemática para incluirse en un tratamiento. De la misma forma, indaga acerca de las respuestas previas que tuvieron esas mujeres y sus hijos en el ámbito comunitario, y de qué manera fortalecerlas para que el tratamiento residencial sea la última respuesta. Un aspecto a destacar, es cómo a través del análisis de un dispositivo que forma parte de una política pública, se puede ampliar la reflexión a un universo más amplio vinculado a las políticas públicas *de adicciones con perspectiva de género*.

Para finalizar, el ***quinto capítulo*** estará dedicado a las conclusiones y principales hallazgos del trabajo entre los cuales se puede señalar, que tratansose de niños en los primeros años de vida, un aspecto que respete el *centro de vida* va a ser priorizando el vinculo materno filial, principalmente cuando la madre sea el único referente afectivo para el niño. En el caso de niños que posean mayor autonomía, la desición se desplace al derecho del niño a ser oído y que su opinión sea tenida en cuenta, considerando en todos los casos el marco interpretativo del *interés superior del niño*. En línea con lo mencionado, se destaca que se podrían ampliar las garantías del respeto al *centro de vida*, tanto del niño como de la madre, mediante el desarrollo de dispositivos ambulatorios de distintas complejidades, así como dispositivos de *bajo umbral* que articulen una respuesta previa al tratamiento residencial.

1.1 Descripción de la Situación Problemática

Para construir el marco de referencia de la situación problemática es necesario introducir determinados aspectos en relación a la cuestión de género y que matices se presentan en las situaciones de consumo de sustancias psicoactivas en las mujeres.

El concepto de género puede definirse por el conjunto de identidades, creencias, sentimientos, valores y conductas que son producto de un proceso de construcción social y que involucran diferencias, desigualdades y jerarquías entre lo que una sociedad entiende por lo masculino y lo femenino. Según Gamba (2008: 1) "[el género] remite a los rasgos y funciones psicológicas y socioculturales que se le atribuyen a cada uno de los sexos en cada momento histórico y en cada sociedad". Así, los roles sociales de género inciden sobre las expectativas y conductas esperables para una mujer y para un varón, y su cumplimiento indican el grado de pertenencia y aceptación en una sociedad determinada.

A las mujeres, se las socializa en rol de cuidadoras vinculado al mundo familiar y el ámbito privado. Por lo mencionado, "para una mujer ser catalogada como "adicta" es mucho más "costoso" en términos sociales y familiares, ya que se aleja de lo que se espera del desempeño de su rol de madre, protectora, etc."[4]. Este es un punto fundamental en lo que refiere a la dificultad de acceso a los tratamientos por parte de las mujeres.

[4] Consumo de psicofármacos y género en la Ciudad de Buenos Aires (2010). Observatorio de Drogas. Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones. Ministerio de Desarrollo Social.

Por lo mencionado, las mujeres con consumo problemático atraviesan procesos de estigmatización, que condicionan fuertemente el ejercicio de ciudadanía, especialmente por encontrase dentro de los grupos social y económicamente más vulnerables, junto a los niños. Si bien, la palabra estigma refiere a “la marca física que se dejaba con fuego o con navaja en los individuos considerados extraños o inferiores. En la actualidad las marcas físicas han desaparecido, pero el estigma permanece, basado en uno o más factores, como edad, clase, color, grupo étnico, creencias religiosas, sexo y sexualidad. Con frecuencia algunas de estas características indicen para que parte de una sociedad no acepte a dichas personas entre sus miembros (Callejas Fonseca y Piña Mendoza 2005: 65)”. Entre la diversidad de circunstancias que han originado, producido y reproducido calificaciones estigmatizantes por parte de las sociedades, se encuentra la mirada hacia los sujetos que consumen sustancias ilegales y más aún si se trata de mujeres, las cuales cargan con un doble estigma: el de “adictas” y “malas madres” por no cumplir su rol social de género asignado. Así, las personas estigmatizadas representan, para el conjunto de las normas y valores de una sociedad, aquello indeseable que merece ser rechazado, limitando de esta manera sus oportunidades y derechos.

Además de la estigmatización que sufren las mujeres que consumen sustancias, otros factores que limitan la accesibilidad a los tratamientos, tal como lo muestran los estudios analizados en “Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer de la Oficina de Naciones Unidas” (2004) es que las mujeres con consumo problemático de sustancias suelen estar a cargo de sus hijos, la falta de ayuda para atender a los hijos es probablemente el factor más constantemente limitativo del acceso de la mujer al tratamiento. Las mujeres, más que los varones, suelen vivir con una pareja que consume sustancias, ser originarias de familias donde existen o han habido problemas de consumo y en muchos casos han sufrido en su niñez abuso físico y/o sexual o abandono. Ello puede hacer que no cuenten con proveedores “naturales” de cuidado de los hijos y apoyo (a saber, cónyuges, padres u otros familiares) en caso de necesitar tratamiento. A la vez, son escasos los programas de tratamiento por consumo de sustancias que financian el cuidado de los hijos. La condena social a la mujer embarazada consumidora de sustancias y el miedo a perder la custodia de los hijos lleva a que no concurran a un servicio asistencial o lo hagan tardíamente aumentando los riesgos.

Existen otros factores como las pautas culturales que impiden a la mujer salir de su comunidad, sus deberes en el hogar y de cuidado de los hijos, la falta de medios de transporte a los lugares de tratamiento y los gastos que éste conlleva que hacen difícil para muchas mujeres ausentarse de la comunidad para recibir tratamiento residencial. Es posible también que tengan problemas para participar en programas de carácter ambulatorio ofrecidos a cierta distancia de donde viven, incluso si se encuentran en la misma ciudad o comunidad. Los deberes familiares y domésticos pueden impedir que las mujeres asistan a programas con horarios fijos. En ese

sentido, los programas con horario flexible y opciones para asistir de día, los fines de semana o por la noche pueden facilitar el acceso.

En el contexto mencionado, surge como una respuesta por parte del Estado el dispositivo Casa Educativa Terapéutica (en adelante CET) “El Puerto” de Luján, para el tratamiento de mujeres con consumo problemático de sustancias psicoactivas, que pueden asistir solas o con sus hijos, así como mujeres embarazadas. La modalidad es residencial por lo que brinda asistencia las 24hs los 365 días del año para las mujeres que allí se encuentran realizando tratamiento. Es importante destacar, que el dispositivo se enmarca en los postulados de la Ley 26.657 de Derecho a la Protección de la Salud Mental, por lo que el tratamiento residencial que allí se brinda es la última opción ofrecida por haberse agotado las respuestas a nivel comunitario previas, voluntario bajo la firma de consentimiento informado y abierto, pudiendo retirarse las mujeres cuando así lo deseen.

Si bien el dispositivo mencionado es una manera por parte del Estado de articular una respuesta ante la problemática, aún existe una fuerte invisibilización que queda expuesta frente a la escasa oferta de tratamientos con *perspectiva de género* tanto residenciales como en modalidades ambulatorias y de *bajo umbral*. Este punto permite arrojar luz sobre las tensiones existentes en la relación entre las mujeres con consumo problemático, la sociedad y el Estado. En el marco de las variables señaladas el Estado adquiere un posicionamiento, con sus respectivos efectos, en la resolución de la situación.

Como se viene señalando, en el dispositivo se encuentran conviviendo los niños con sus madres que realizan tratamiento, en ese sentido el presente trabajo tiene como objetivo problematizar la noción de centro de vida que figura en el artículo 3° de la ley 26.061 De Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes referente al *interés superior del niño*, con sus respectivas tensiones y puntos de confluencia que encuentra en el dispositivo CET “El Puerto”.

Es de destacar, que el artículo 3° de la ley 26.061 postula que “se entiende por *interés superior de la niña, niño y adolescente* la máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos en esta ley. Debiéndose respetar: a) Su condición de sujeto de derecho; b) El derecho de las niñas, niños y adolescentes a ser oídos y que su opinión sea tenida en cuenta; c) El respeto al pleno desarrollo personal de sus derechos en su medio familiar, social y cultural; d) Su edad, grado de madurez, capacidad de discernimiento y demás condiciones personales; e) El equilibrio entre los derechos y garantías de las niñas, niños y adolescentes y las exigencias del bien común, y f) Su *centro de vida*. Se entiende por *centro de vida* el lugar donde las niñas, niños y adolescentes hubiesen transcurrido en condiciones legítimas la mayor parte de su existencia.

Las respuestas que el Estado desarrolla para la temática, instalan nuevas tensiones que dan cuenta de la complejidad que implica el abordaje al considerar

todas las dimensiones involucradas. Sin perjuicio de ello, cabe resaltar que las tensiones emergentes son fruto de un avance frente al escenario previo. Por lo expuesto, la situación problemática sobre la que intenta reflexionar el presente trabajo radica en pensar la noción de *centro de vida* en un dispositivo específico, con sus respectivos alcances, limitaciones e implicancias.

1.2 Planteo del problema

El problema a investigar es planteado en la siguiente pregunta:

¿Qué tensiones y puntos de confluencia posee la noción de *centro de vida* planteada en la Ley Nacional 26.061 de protección integral de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes, con la propuesta del dispositivo Casa Educativa Terapéutica "El Puerto"?

1.3 Objetivos

- **Reflexionar** acerca de las tensiones y puntos de confluencia existentes entre la práctica desarrollada en el dispositivo CET "El Puerto" y la noción de *centro de vida* planteada en la ley 26.061.

- **Contribuir** al desarrollo de estrategias terapéuticas con *perspectiva de género* que contemple los derechos de los niños y niñas.

1.4 Estado del Arte

En relación a los antecedentes encontrados acerca de la temática a tratar en el presente trabajo, si bien existen investigaciones que abordan el consumo de sustancias en mujeres y problemas vinculados a la accesibilidad al tratamiento de dicha población, al momento de realizar la investigación no se encontraron estudios que trabajen la noción de *centro de vida* de los niños que acompañan a sus madres en el dispositivo donde ellas realizan tratamiento. Esta situación puede deberse a la escases de dispositivos de estas características en América Latina. A continuación se presentan los antecedentes encontrados al momento del desarrollo de esta investigación.

Hay varios estudios que indagan y visibilizan el consumo de sustancias en mujeres:

1- Observatorio de Drogas. Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones. Ministerio de Desarrollo Social (2010). "Consumo de psicofármacos y género en la Cuidad de Buenos Aires".

-Se estudian las representaciones sociales en relación al consumo de sustancias en mujeres.
-Se visibilizan estadísticas en relación al consumo de psicofármacos y la "medicalización de la vida cotidiana" como una práctica habitual y naturalizada en mujeres de distintos sectores sociales.

2- Romo, Nuria (2005). "Repensar la diferencia. Género en la prevención y uso de drogas". Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanía.

-El artículo analiza el concepto de género entendiéndolo como un elemento transversal a incluir en la investigación sobre el uso de drogas tanto desde su perspectiva teórica como metodológica, en ese sentido reflexiona sobre su inclusión en los estudios acerca de usos de drogas y las intervenciones para prevenirlos.
-Indaga formas de iniciación, tipos de sustancias y modalidades de consumo propias de cada género.
-Señala situaciones donde es recomendado desarrollar intervenciones específicas para mujeres, y en qué caso no son necesarias.

Así como lo hacen los estudios mencionados, existen otros que trabajan la perspectiva de género en el consumo de sustancias y el foco particular que se debe considerar en los tratamientos:

3- Catalán P., De Lucía G., Fernández E. y Graber M. (2015) "La Salud mental de las mujeres desde una perspectiva de género. Una mirada desde el dispositivo de Guardia Interdisciplinaria del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo). Serie Investigaciones: Nuevas Políticas en Salud Mental: Desafíos para la intervención interdisciplinaria. Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.

-Sitúa las características poblacionales de las mujeres que concurren a la guardia del dispositivo y las situaciones de vulneración en las que se encuentran la mayoría.
-Describe cuales son los principales factores de protección y de riesgos de las mujeres asistidas y su influencia en el abordaje de su problemática de salud.
-Identifica los aspectos a tener en cuenta en el dispositivo para la atención de mujeres en situación de uso problemático de sustancias psicoactivas.

4- Xunta de Galicia. (S/D) Plan de atención integral a la salud de la mujer en Galicia. "Drogas y perspectiva de género". Disponible en:
http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/217.pdf

-El documento sistematiza información acerca del consumo de drogas y la perspectiva de género.
-Hace foco en la importancia de trabajar la prevención y el tratamiento desde una perspectiva de género.

Es importante destacar que existen estudios etnográficos realizados en el país acerca de las mujeres con consumo problemático de sustancias, principalmente consumo de *pasta base*[5], en contextos de alta vulneración social:

5- Castilla V. y Lorenzo G. (2012) "Emociones en suspenso: maternidad y consumo de pasta base/*paco* en barrios marginales de Buenos Aires". En cuadernos de Antropología Social, n° 36, agosto- diciembre. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-275X2012000200005

- A partir de una investigación etnográfica llevada a cabo en un barrio del Área Metropolitana de Buenos Aires caracterizado por altos índice de pobreza, vulnerabilidad y marginalidad, se describen y analizan desde la perspectiva de las propias usuarias, las características y formas en que el consumo intensivo de PB/*paco* moldea las dinámicas emocionales vinculadas con la maternidad. En el marco de esta relación consumo-maternidad, se destacan distintos momentos entre los que se encuentran las "*emociones maternales en suspenso"* vividas durante el consumo intensivo ("*giras*"); los malestares emocionales asociados a la "culpa" y la "vergüenza" durante el "*bajón*"; y las emociones maternales intensificadas asociadas a un intenso apego emocional con los hijos y las hijas, sobre todo cuando comienzan a "*rescatarse*".

Por último, cabe mencionar informes a nivel internacional que hacen foco en las *barreras de accesibilidad* que las mujeres que consumen sustancias tienen que afrontar para incluirse en los tratamientos. En ese sentido también, efectúan recomendaciones para el desarrollo de políticas públicas en adicciones con perspectiva de género:

6- Naciones Unidas. Oficina contra la droga y el delito. (2004). "Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida". Viena. Dispoble en: https://www.unodc.org/docs/treatment/04-55686_ebook%20Spanish.pdf

[5] La pasta base de cocaína (llamada también paco) es una droga de bajo costo elaborada con residuos de cocaína y procesada con ácido sulfúrico y queroseno. En ocasiones suele mezclarse con cloroformo, éter o carbonato de potasio, entre otras cosas. La dosis pesa solo entre 0,01 y 0,03 gramos. Es una droga estimulante del sistema nervioso central, cuyo componente activo es el alcaloide cocaína.

- Arroja luz acerca de los estigmas con los que cargan las mujeres consumidoras de sustancias psicoactivas.
- Señala como estos estigmas y los roles sociales que ocupa la mujer en la sociedad influyen sobre la accesibilidad a los tratamientos.

7- Villar Márquez, Eliana (2014). Perspectiva de género y programas sobre drogas: El abordaje de las desigualdades. Consorcio COPOLAD, Madrid, 2014.

-El trabajo recoge la experiencia, resultados y buenas prácticas en el abordaje de los problemas relacionados con las drogas bajo una perspectiva de género. Su objetivo es contribuir en el apoyo y definición de políticas públicas que permita la incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de la atención a los problemas de producción, tráfico y consumo de drogas. Hace hincapié en el aislamiento social y la condición de marginalidad económica en el que viven muchas mujeres.

Así como se menciona más arriba, existe un área de vacancia en trabajos que problematicen el derecho a la salud de las mujeres que consumen sustancias en consonancia con los derechos del niño, de allí un punto principal de relevancia del presente trabajo.

1.5 Relevancia

La relevancia del presente trabajo radica, como se desarrolla en el apartado anterior, en la escasa oferta de dispositivos de tratamiento para mujeres, y aún más en el caso de mujeres embarazadas o que deseen permanecer con sus hijos durante el tratamiento. En ese sentido, las reflexiones que puedan surgir tienen como objetivo aportar al desarrollo de políticas públicas en materia de consumo problemático de sustancias psicoactivas con *perspectiva de género* que contemplen el derecho de la niñez. Asimismo, al tratarse de una experiencia pionera como política de Estado, la reflexión sobre sus posibilidades, virtudes y dificultades es un aporte fundamental, que permite fijar parámetros para el desarrollo de nuevas prácticas.

1. 6 Encuadre teórico conceptual

Los ejes centrales del presente trabajo se focalizarán en la noción de *centro de vida* que, como se menciona más arriba, aparece desarrollada en el artículo 3° de la ley 26.061 referente al *interés superior del niño*. Así como en la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), la cual se refiere explícitamente al *interés superior del niño* en otras disposiciones, a saber: el artículo 9 (separación de los padres); el artículo 10 (reunión de la familia); el artículo 18 (obligaciones de los padres); el

artículo 20 (privación de un medio familiar y otros tipos de cuidado); el artículo 21 (adopción); el artículo 37 c) (separación de los adultos durante la privación de libertad), y el artículo 40, párrafo 2 b) iii), (garantías procesales, incluida la presencia de los padres en las audiencias de las causas penales relativas a los niños en conflicto con la ley). Por lo expuesto, el cuerpo normativo que protege los derechos de la niñez, van a ser un insumo central para el análisis.

Asimismo, en diálogo con el cuerpo normativo mencionado, otros autores colaboraban a otorgar un marco interpretativo mayor a nociones fundamentales para el presente trabajo como la *autonomía progresiva* y el *interés superior del niño* (Minyersky y Herrera 2006 y Colángelo 2005), el rol de la familia, el pasaje de un *Estado intervecionista* a un *Estado garante* (Famá y Herrera 2005) y la responsabilidad en la reorganización de respuestas desde las políticas públicas (Lerner, 2006). A la vez, desde una óptica antropológica, la discusión que establece Colángelo (2005) respecto de la noción de infancia vinculada a la división de clases sociales y a la categoría de *desigualdad* como eje central. Lo que contribuirá a iluminar las mediaciones analíticas entre lo individual, lo familiar, lo socio cultural, entre lo macro y lo micro (los casos concretos), para recuperar las complejidades de las infancias.

Sumado a ello, la ley 26.657 que protege el Derecho a la Protección de la Salud Mental (Diciembre 2010), así como la ley 26.934 Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos, también entraran en diálogo debido a que el dispositivo sobre el que se basa el análisis se desarrolla en el marco de las leyes mencionadas por tratarse de una institución que brinda tratamiento en el marco de la salud mental y los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas. En ese sentido las reflexiones en torno a los *consumos problemáticos* y el *lazo social* que realiza Carballeda (S/D) y Raiden (2006) contribuirán a pensar las categorías mencionadas.

A la vez, con el fin de situar el análisis en relación al contexto social de las mujeres que realizan tratamiento en el dispositivo y sus hijos, se ubicaran las transformaciones dadas por las crisis sociales y económicas que llevaron a las condiciones actuales de pobreza y desigualdad social, y su influencia sobre el trabajo y los contextos familiares. Para arrojar luz sobre el contexto de transformación estructural iniciado en el país a partir del ´76, el cual va a tener como consecuencia profundos cambios sociales, económicos y culturales se retomará a Beccaria (2002), Merklen (2005) y Míguez (2011), los cuales coinciden en que el sistema social va a sufrir una continua desarticulación ligada a la contracción del mercado interno, la desindustrialización y el desmembramiento del Estado.

Por último, para reflexionar acerca de la política pública escogida, es menester pensar en las *barreras de accesibilidad* que atraviesan las mujeres con *consumo problemático* de sustancias psicoactivas y sus consecuentes *obstáculos inherentes al sistema, estructurales, sociales, culturales y personales* (Naciones Unidas, 2004).

Así como propuestas para mejorar la accesibilidad vinculadas a dispositivos de *bajo umbral* (Milanese E, S/D) y de *umbral de baja exigencia* (Kameniecki M, 2006), con *perspectiva de género* y un enfoque *intersectorial* (Oszlak 2002, Repetto 2004), que articule respuestas integrales acordes a la complejidad que implica la temática.

2. Contextos que construyen textos

2.1 Historia del lugar en diálogo con las miradas acerca de la niñez

El dispositivo sobre el que se realizará el análisis, se encuentra ubicado en el predio del Instituto Agrícola Ángel Torcuato de Alvear, el cuál fue inaugurado el 28 de Septiembre de 1928 en el Barrio "Los Laureles" del partido de Luján. Fue donado por los esposos Maria Unzué de Alvear y Angel Torcuato de Alvear (hermano del presidente Torcuato de Alvear) y dirigido por los Hermanos Maristas para dar enseñanza agrícola y ganadera a *menores*. Funcionó como hogar para huérfanos y humildes, quienes recibían educación con orientación agropecuaria. [6] Posteriormente, en el espacio comenzó a tener injerencia la actual Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF) con el funcionamiento de un *instituto de menores*, hasta que en el 2006 se produjo un incendio en un pabellón, lo que obligó a las autoridades a trasladar a otros establecimientos a los 50 jóvenes que residían allí y a algunos empleados.

Actualmente en el predio funcionan un Jardín de Infantes dependiente de la SENAF, en los fondos del predio funciona la escuela comunitaria agrotécnica Ruca Hueney, así como también un obrador del programa Argentina Trabaja. En el 2014 se firmó un convenio entre la SENAF y SE.DRO.NAR donde se habilitaba el uso del predio con fines de tratamiento e integración para personas con consumo problemático de sustancias, momento a partir del cual, funciona el dispositivo CET "El Puerto".

La historia del lugar, arroja algunas claves para pensar el abordaje de las temáticas vinculadas a la niñez y su entramado institucional. La construcción de la juventud y la niñez realizada desde el Estado cambiará de eje de acuerdo al momento histórico y el espacio donde se sitúen las prácticas de control social. Desde el siglo XIX hasta la actualidad en la Argentina, los mecanismos de control

[6] Información disponible en: http://www.elcivismo.com.ar/nota.php?nota=11580

hacia la niñez y juventud van a atravesar un recorrido que irá desde las instituciones clásicas con su principal exponente en la familia, realizando un giro a principios del siglo XX donde la respuesta va a estar del lado de la construcción formal de normatividad con la creación de leyes en la materia. Éstas últimas ejercieron un fuerte control social, imponiendo sanciones ante ciertas conductas entendidas como desviadas, es decir, comportamientos que salen por fuera de la norma establecida por el sistema social dominante.

Para comenzar con el análisis, se puede ubicar hasta mediados del siglo XIX un primer momento donde los mecanismos de control hacia la juventud y la niñez en el país estaban construidos en torno a las instituciones tradicionales como la familia, la escuela y la iglesia, entre otras. Estos mecanismos de control serán mencionados como informales en contraposición a los mecanismos formales que ejercerán la justicia y la policía con un mayor grado de institucionalización (García Méndez 1997). A principios del siglo XX existieron modificaciones en la configuración social del país, se acrecentaron los niveles de inmigrantes en las grandes ciudades, lo que trajo aparejado grandes masas de desocupados y un aumento de la pobreza. La clase política de la época comienza a considerar que el control informal que era llevado a cabo por las instituciones clásicas era insuficiente. En el año 1892 se crea el Patronato de la Infancia, institución que continua en funcionamiento hasta la actualidad, el objetivo fundacional de dicha organización va a ser asistir y brindar educación a los niños que comienzan a deambular por las calles de Buenos Aires, también tendrá una amplia influencia en los aspectos relativos a la intervención judicial de niños que se los considera en *peligro moral y/o material.*

Como surge del relato, el Instituto Alvear formó parte de la institucionalidad que se configura para dar respuesta a la niñez en el marco de la ley de patronato. En el año 1919 a través de la sanción de la Ley Agote (Ley 10.903) se va a concebir una modificación fundamental en los actores encargados de ejecutar el control social de la infancia, en este sentido el objetivo de control que al momento era ejercido por las instituciones clásicas como la familia y la escuela, queda centrado en la figura del juez. Se otorga al Estado el poder de patronato y tutela, en otras palabras, la facultad de protección directa hacia los *menores* cuando se los deba separar de sus progenitores por suspensión o pérdida de la patria potestad[7], en los casos que exista *riesgo para sí o para terceros*, así como también por la comisión de hechos delictivos. Durante este período no existirá una diferenciación en cuanto a las medidas dispuestas así como en las instituciones que alojen a jóvenes que cometan algún tipo de delito de los que sufran de abandono familiar o vulneración material, en ambos casos la determinación judicial va a dar como respuesta la institucionalización. Se destaca en este período una profunda falta de garantías

[7] Patria potestad se refiere a los derechos y obligaciones que poseen los progenitores o tutores de un niño en torno a su protección y formación integral. En el 2009 mediante la promulgación de la ley 26.579 fue modificada la mayoría de edad de los 21 a los 18 años, edad hasta la cual los progenitores y tutores ejercen la patria potestad, quedando supeditada hasta los 21 años la provisión de alimentos.

procesales ya que si el niño era considerado desde el discurso criminológico como “peligroso”; el magistrado podía disponer de él hasta los 21 años. La ley Agote da origen a la penalización de los *menores* e inaugura una serie de prácticas de institucionalización, el Estado va a crear instituciones encargadas de sustituir el espacio familiar y social de los jóvenes para sustraerlos del contexto que los mantenía en *peligro moral y/o material*. El principal eje de intervención va a estar centrado en la pobreza como justificativo de la institucionalización.

En lo que refiere a la adhesión a tratados internacionales en materia de niñez, en noviembre de 1989 es aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en Nueva York la Convención sobre los Derechos del Niño, la cual es sancionada por el Congreso de la Nación Argentina como ley 23.849 en septiembre de 1990, momento a partir del cual va a adquirir rango constitucional. A partir de la sanción de la Convención de Derechos del Niño surgieron diversos cuestionamientos al complejo tutelar que culminaron, en el año 2005, con derogación ley Agote (10.903) y la sanción a nivel nacional de la ley 26.061 de promoción y protección. Entre los diversos cuestionamientos se pueden situar la nueva concepción en la mirada hacia la niñez, el niño pasa a ser *sujeto de derechos* al igual que los adultos para dejar de ser objetos de protección por parte del Estado. En lo que se refiere al ámbito familiar, se va a proteger el derecho del niño a vivir con su familia y va a ser obligación del Estado acompañar a la familia en lo necesario para que ese sea el espacio de crianza de los niños, ya no se va a poder separar a los niños por motivos de falta de recursos económicos del medio familiar, la separación del niño de su familia va a ser solo en casos excepcionales y por el menor tiempo posible.

Al respecto, Famá y Herrera (2005) van a manifestar que se inaugura una nueva relación entre el derecho y los niños, y va a resumir las profundas modificaciones que ello implicó en seis puntos: 1. el pasaje de Estado intervencionista al Estado garante; 2. la función central que van a poseer las políticas públicas quitando el poder centrado en la figura del juez de “menores”; 3. los límites en la actuación administrativa y judicial; 4. la revalorización del lugar de la familia; 5. el principio de autonomía progresiva y 6. los derechos colectivos de los Niños, Niñas y Adolescentes. En este sentido se pasa de la visión del niño desde un lugar de carencia, de lo que le falta para ser adultos, a ser definido por sus atributos y derechos frente al Estado, la sociedad y la familia, por lo que va a desarrollar progresivamente su autonomía social, jurídica y personal (Cillero Bruñol, 1999), así niño va a adquirir el lugar de ciudadano que por muchos años le fue negado.

Las reformas legales e institucionales mencionadas fueron generando a la vez, si bien no en los mismos tiempos, un cambio en la manera de pensar y consecuentemente de nominar la infancia. Hasta la derogación de la Ley Agote (2005), la expresión utilizada para mencionar a niños o jóvenes que se encontraban en el marco de algún tipo de intervención por parte del Estado era *menores*, este término se traduce en la práctica como habilitador de la tutela estatal. El *menor* era pasivo en relación a las determinaciones del Estado, el cual velaba por su salud y

educación, tomaba las decisiones necesarias por él y por su futuro. Roigé (2010: 25) dirá que "…la "condición especial" de esos niños no proviene ni es inaugurada exclusivamente por la categoría legal con la que se define su situación, sino de la condición inicial que tiene en la sociedad civil (se trata de niños y jóvenes que padecen necesidades materiales, afectivas y de integración social que los mantienen en una situación de marginalidad o exclusión social".

A través de los aspectos señalados, es interesante resaltar la mutación que fue teniendo el espacio institucional analizado, trasladándose de un espacio de aislamiento de la niñez y distanciamiento de los vínculos familiares durante los años de funcionamiento del complejo tutelar. Hacia un lugar donde los niños pueden permanecer con sus madres que hacen tratamiento, resguardando y fortaleciendo ese vínculo en el marco de la promoción y protección de los derechos de la niñez.

2.2 Acerca del dispositivo

A continuación se describirá brevemente el dispositivo Casa Educativa Terapéutica "El Puerto" (en adelante CET), el cuál se encuentra ubicado en la calle Unzúe de Alvear s/n, Barrio Lezica y Torrezuri, Partido de Luján, Provincia de Buenos Aires.

El proyecto institucional, concibe el dispositivo como expresión de la política general de inclusión, contención, generación de oportunidades para posibilitar un proyecto de vida digno y saludable para mujeres, quienes pueden asistir solas o con sus niños/as, así como mujeres embarazadas. Su encuadre legal de funcionamiento, se encuentra dado por la Resolución SEDRONAR Nº 355/15 (Disponible en Anexo II).

Así como también, visibiliza la necesidad de dar respuesta, desde el Estado, a la población de mujeres, mujeres embarazadas y mujeres con niños, poblaciones que se encuentran entre las más vulnerables por las dificultades en el acceso al sistema general de atención de Salud y particularmente a tratamientos por consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Las leyes centrales que otorgan el marco al dispositivo son: Ley 26.657, que regula los derechos de las personas con padecimiento mental e incluye a las adicciones; Ley 26.934, que propone el Plan Integral para el Abordaje de los consumos Problemáticos; Ley Nacional 26.061 y Provincial 13.298 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes.

El modelo de abordaje es desde una mirada integral del sujeto, centralizada no sólo en el proceso de tratamiento terapéutico sino también en su integración general al tejido social, desde una *perspectiva de género*. El plan de abordaje es llevado a cabo de manera interactoral y en proceso de articulación con instituciones y organismos locales atendiendo a dicha población específica.

Los objetivos específicos, detallados en la Resolución 355/2015 ANEXO I, punto III, son los siguientes:

- Promover la concepción de un espacio abierto de *umbral mínimo de exigencia*.
- Generar un primer diagnóstico situacional que contemple la particularidad de la población, basado en la lectura de riesgo que permita poner en marcha medidas urgentes.
- Poner en marcha un proceso de escucha que permita la construcción de planes de abordaje singulares de acuerdo a las necesidades de cada sujeto.
- Contemplar a los niños y niñas dentro del plan de abordaje para sus madres y garantizando el acceso a sus derechos.
- Contemplar la especificidad del acceso a la salud de mujeres embarazadas.
- Considerar que cualquier dimensión de la CET de Luján será potencialmente terapéutica en tanto logre reducir, en alguna medida, el padecimiento (deportivo, cultural, formativo y recreativo, entre otras).
- Acompañar mediante prácticas de cuidados en la línea de reducción de riesgos y daños.
- Generar espacios de escucha profesional (individuales, grupales para referentes afectivos y encuentros vinculares).
- Considerar que el acceso a espacios con otros que permitan generar condiciones para la construcción de proyectos propios.
- Promover, fortalecer o construir relaciones de articulación con los organismos e instituciones locales, gubernamentales y no gubernamentales.
- Acompañar en las articulaciones sugeridas en las redes territoriales en un marco de corresponsabilidad a fin de garantizar el abordaje a las mujeres y el acceso a derechos de niños y niñas.
- Visibilizar el espacio a fin incluirlo en las redes junto a otras instituciones públicas y comunitarias.

La metodología de abordaje hace hincapié en la no estigmatización de dicha población, considerándola sujetos de derechos. En tal sentido, se considera que lo comunitario juega un papel central en el tratamiento, incluyendo a referentes

afectivos y creando condiciones para que las mujeres transiten su red a fin de construir proyectos viables y saludables.

Se brinda un modelo de abordaje asistencial con alojamiento (funcionando de lunes a lunes, 24hs).

Dada la población a quienes está dirigido el dispositivo, las prácticas están orientadas a abordar la problemática de las mujeres priorizando el vínculo entre ellas y sus hijos/as. De esta forma las intervenciones terapéuticas están centradas tanto en ellas como en los niños en tanto sujetos de derecho, garantizando el acceso a los mismos, informando y articulando con el órgano administrativo de protección local pertinente.

Dentro de dicho proceso las usuarias y los niños participan de diversos espacios de abordaje específico, a cargo de profesionales psicólogos, trabajadores sociales, médico generalista, psiquiatra, educadores y talleristas.

Se confecciona un Plan de Tratamiento Individual que contempla las características y necesidades particulares de cada una de ellas.

Todas las intervenciones como también las supervisiones de los tratamientos son registradas en las Historias Clínicas y libros de Acta correspondientes (libro de novedades, libro de entrevistas, libro de supervisiones, reuniones de equipo)

Dentro del Plan Terapéutico se brinda los siguientes espacios. A cargo del equipo técnico y coordinación: proceso de evaluación (Psicodiagnósticos), evaluación y asistencia médica y psiquiátrica, terapia individual, terapia vincular, grupo terapéutico, grupo de crianza, grupo de anuncios, grupo economía social y mundo del trabajo y taller de reflexión.

A cargo de Educadores y Talleristas los siguientes espacios: grupo de apertura, grupo de cierre, grupo de convivencia, taller recreativo vincular entre madres y niños, taller de Enthodance, taller de danzas contemporáneas, taller de teatro, taller de música, taller de cine debate, taller audiovisual y actividad física.

Asimismo se articula con distintas instituciones barriales y locales (escuela primaria adultos, CDI, Centro de formación profesional, sociedad de fomento, entre otros) que permiten trabajar la reinserción social desde el inicio del tratamiento.

Uno de los principales desafíos dentro de la reinserción, son aquellos aspectos vinculados al mundo del trabajo, y como respuesta a esta problemática, se ha desarrollado el Proyecto Productivo de Panificados “La Gran Flauta” para su posterior comercialización en diferentes puntos de venta. Este proyecto es acompañado de una capacitación constante tanto en producción, venta y administración de los recursos. Cabe destacar que el emprendimiento cuenta con la aprobación municipal, dado que cumple con los requisitos solicitados por el área de bromatología, entre otras.

Tal como se menciona en el objetivo general la población destinataria son mujeres, mujeres embarazadas y mujeres con hijos, proponiendo un modelo de tratamiento que les permite acceder al mismo sin que esto implique la separación entre ellos. En la actualidad, el dispositivo está pensado para un total de 25 personas, incluyendo tanto madres como niños.

A la vez, se diseña un abordaje específico para los niños teniendo como punto de partida la ley 26.061, dando lugar a sus características y necesidades particulares, orientado a trabajar la modalidad vincular saludable del niño con la madre y/o referentes, así como también la restitución de sus derechos vulnerados. Todas las intervenciones que se realizan son registradas en un legajo que queda adjunto a la Historia Clínica de la madre.

Dentro de este marco los niños reciben desde el ingreso los controles de salud pertinentes a cargo del médico generalista y enfermera. Así como también se gestiona los trámites correspondientes para la inscripción y obtención del DNI en caso de que no lo posea.

Mientras que las madres participan de las actividades anteriormente mencionadas, los niños permanecen al cuidado de educadores, participando de espacios de juegos y talleres acordes a su edad (hora de juego; taller de lectura; taller de música; taller de actividad física y taller de juego/arte). Aquellos que se encuentran en edad escolar, concurren a los espacios educativos pertinentes como el Centro de Desarrollo Integral o la escuela primaria del barrio.

El equipo de trabajo está conformado por 50 personas, entre las cuales se encuentran psicólogos, psicopedagogo, trabajadores sociales, educadores, personal de mantenimiento, enfermero, médico generalista, psiquiatra y equipo de coordinación.

2.3 El contexto de las mujeres que realizan tratamiento y sus hijos

Para ampliar el análisis es relevante situar algunos aspectos en relación al contexto social de las mujeres que realizan tratamiento en el dispositivo y sus hijos. Para ello es importante ubicar el contexto histórico que contribuyo a la emergencia de las transformaciones sociales y económicas que se ubicarán a continuación.

La totalidad de las mujeres que realizan tratamiento provienen de contextos de en extrema vulneración socio económica, muchas de ellas viven en las barrios pobres de la Ciudad o de la Provincia de Buenos Aires, denominados habitualmente como *villas de emergencia o villas miseria*. Davis (2004) caracterizará dichos barrios cuando afirma que en las actuales metrópolis hay una producción masiva de *áreas urbanas hiperdegradadas* cuyos elementos centrales son el hacinamiento, la vivienda pobre o informal y autoconstruida, su fragilidad e inseguridad respecto de la

propiedad del terreno, el acceso inadecuado a medidas sanitarias y al agua potable. Otro aspecto central es que la mayoría de las mujeres que concurren al dispositivo se encuentran por fuera del mercado laboral formal con inserciones en mercados informales, o directamente por fuera de cualquier actividad laboral.

Es necesario en este punto ubicar el contexto histórico de emergencia de la situación mencionada, el cual se establece a partir de un proceso iniciado a mediados de la década del `70, con la desindustrilización llevada adelante durante la última dictadura militar del `76. En ese período se produjo una reducción de los salarios para la masa trabajadora que alcanzó un 30 por ciento, acompañado de elevados niveles inflacionarios, los cuales llegaron a su pico más alto para fines de la década de los `80 y principio de los `90 (Beccaria 2002, Míguez 2011). El aumento de la desigualdad distributiva y los niveles de pobreza, se profundizaron con las políticas neoliberales de los `90. El mercado de trabajo argentino en el período señalado tuvo las siguientes características: aumento del desempleo abierto; crecimiento de la importancia de los puestos asalariados no registrados en la estructura del empleo y disminución de los asalariados registrados y los no asalariados; como derivación de lo anterior se elevó el grado de inestabilidad ocupacional de los miembros más estables, y se ampliaron las brechas entre las remuneraciones de los más y de los menos calificados (Beccaria 2002).

En este recorrido no se puede dejar de lado la crisis político institucional que sufrió el país en el año 2001, algunos de sus aspectos más relevantes fueron las elevadas cifras de desocupación, la caída del PBI, el cierre de fuentes externas de endeudamiento, un profundo proceso de recesión, la caída de la recaudación y déficit fiscal, el retraso en los salarios públicos (más de tres meses), la emisión de bonos, el vaciamiento de las instituciones estatales y de asistencia (escuelas, hospitales, comedores comunitarios, etc.) esto conformo una delimitación difusa entre incluidos y excluidos (Fradkin 2002). Otros autores, como es el caso de Merklen (2005), también van a referirse a este proceso iniciado en el ´76 con su corolario en el 2001 como de “fractura social” y “descomposición”. El sistema social va a sufrir una continua desarticulación ligada a la contracción del mercado interno, la desindustrialización y el desmembramiento del Estado. Los ingresos familiares no sólo van a ser producto del trabajo sino que también van a provenir de programas de transferencia condicionada (conocidos como *planes sociales o planes*) otorgados por el Estado para mitigar estas situaciones.

Los contextos socioeconómicos expuestos dejaron como saldo enormes masas de trabajadores por fuera de mercado laboral, y otras tantas dentro del mercado informal. Uno de los aspectos que pueden señalarse dentro del ámbito familiar es en relación a la crisis de los roles paternos y maternos, cultural y socialmente asignados. La pérdida de empleo y la imposibilidad de acceder al mercado laboral nuevamente, o en otros casos los bajos ingresos, produjeron que otros miembros de la familia contribuyan con la economía familiar, como es el caso de las mujeres y los jóvenes. Esto dio lugar a lo que Beccaria (2002) denominó el “efecto trabajador

adicional"; la inclusión de estos nuevos actores como una estrategia familiar para diversificar los ingresos.

Siguiendo a Raiden (2006), esta lectura admitirá análisis cuantitativos como los expuestos, así como cualitativos donde "la gravedad de la crisis se expresa en procesos de desintegración social y fracturas de las redes colectivas de solidaridad" (pág. 1). En ese sentido, otros aspectos de gran relevancia en relación a las trayectorias de vida de las mujeres que asisten a tratamiento en el dispositivos es que algunas transitaron largos periodos en situación de calle, muchas de ellas atravesaron situaciones de violencia de género, poseen una frágil red de contención socio familiar, como se mencionaba más arriba la mayoría son proveedoras del hogar y están a cargo de sus hijos, en cuanto a los niveles educativos formales, se caracterizan por ser bajos no habiendo finalizado en su mayoría los estudios secundarios.

En el mencionado entramado social, económico y cultural, emerge el *consumo problemático de sustancias*, situación que atraviesan las mujeres que participan del dispositivo y que conforma el principal criterio para el ingreso al mismo. En ese sentido, Carballeda (2006: 1) dirá:

> "La drogadicción se presenta en este contexto en un escenario donde pujan las restricciones a la ciudadanía y los derechos subjetivos. La pérdida de espacios de socialización que sufrió nuestro país en los últimos treinta años, muestran dificultades de diversa índole que van desde la fragmentación de la vida cotidiana hasta la complejidad para acceder a formas constructivas de la pertenencia y la identidad. La drogadicción, en tanto padecimiento, se convierte en una expresión del desencanto frente a un mundo fragmentado y sin sentido. Estas cuestiones son observables desde diferentes aspectos que van desde el sentido del cuerpo, donde se inscribe una nueva forma de la biopolítica, hasta la aparición de problemáticas sociales complejas que integran desde el sufrimiento las parcelaciones institucionales que dejó como huella la crisis de los últimos años"

Es de destacar, que a lo largo del trabajo se utilizará la categoría de *consumo problemático de sustancias*, entendiendo que el consumo de drogas se inserta en una sociedad donde el consumo, de todo tipo de objetos, va a ocupar el lugar central en las mediaciones sociales (Raiden, 2006). En ese sentido, el principal eje no va a estar centrado en la sustancia que se consume, sino en la relación que el sujeto establece con esa sustancia, y cuando ésta afecta negativamente – en forma ocasional o crónica- una o más áreas de la persona, a saber: su salud física o mental, sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos); sus relaciones sociales secundarias (trabajo, estudio), así como otros ámbitos de sociabilidad (Kornblit, A.; Camarotti a. y Di Leo P, 2011). Por lo expresado, la categoría escogida es la de *consumo problemático* y no la de *adicción* o *drogadicción*.

Si bien el eje no va a estar centrado en la sustancia, la mención a las principales sustancias de consumo que tienen la mayoría de las mujeres que ingresan al dispositivo, consumo problemático de *pasta base* y alcohol principalmente, está vinculado a los contextos donde la sustancia pierde la categoría de mediación social. Consumos que Raiden (2006) va a situar en "un tercer grupo, representado por las zonas más pauperizadas, marginales y excluidas, dónde el consumo de sustancias, como la cocaína, la marihuana o el paco – menos las drogas de diseño como el éxtasis – pierde su carácter de mediación social y de prótesis y se transfigura en moneda corriente de intercambio, es decir, donde las redes sociales se han cortado se ha metido la sustancia, se ha incorporado en el modo de relacionarse, en suma, la droga se hace piel" (pág.3).

Lo mencionado se anuda, a una respuesta de tratamiento desde una óptica integral, que articule una respuesta integrada a la multiplicidad de derechos vulnerados que atraviesan las mujeres que acceden al dispositivo así como sus hijos. En ese sentido considero relevante reflexionar acerca de uno de los principales puntos que plantea el presente trabajo, y que es la noción de *centro de vida* en función de los niños que residen en el dispositivo con sus madres.

3. Entramando redes: los vínculos familiares y comunitarios

3.1 El dispositivo y la noción de centro de vida: tensiones y confluencias

El apartado tiene como objetivo trabajar la noción de *centro de vida*, que conforma una de las pautas contempladas en el marco del *interés superior del niño*, así como las tensiones y confluencias que encuentra el dispositivo analizado. Para ello es menester retomar la ley 26.061 como la Convención de Derechos del Niño respecto de las nociones mencionadas, así como en las de *autonomía progresiva* y en lo que refiere al *derecho a la convivencia familiar* y a la *identidad*.

Los niños que acompañan a sus progenitoras en el tratamiento que ellas realizan en el dispositivo, generalmente se distancian de su contexto socio comunitario por el plazo que dure el tratamiento de sus madres. En ese sentido, se alejan del contexto barrial y de sus vínculos locales, aspecto que puede ser interpretado como su *centro de vida*, de acuerdo a lo que plantea rigurosamente la ley 26.061 que lo entiende como el lugar donde las niñas, niños y adolescentes hubiesen transcurrido en condiciones legítimas la mayor parte de su existencia.

En función de lo planteado, es necesario complejizar la noción de *centro de vida*. Para ello, es interesante resaltar las pautas de interpretación que aporta la Observación General No.14 sobre el derecho del niño a que su *interés superior* sea una consideración primordial. En el punto 32 plantea que:

> "el concepto de *interés superior del niño* es complejo, y su contenido debe determinarse caso por caso. El legislador, el juez o la autoridad administrativa, social o educativa podrán aclarar ese concepto y ponerlo en práctica de manera concreta mediante la interpretación y aplicación del artículo 3, párrafo 1, teniendo presentes las demás disposiciones de la Convención. Por consiguiente, el concepto de interés superior del niño es flexible y adaptable. Debe ajustarse y definirse de forma individual, con arreglo a la situación concreta del niño o los niños afectados y teniendo en cuenta el contexto, la situación y las necesidades personales. En lo que respecta a las decisiones particulares, se debe evaluar y determinar el interés superior del niño en función de las circunstancias específicas de cada niño en concreto" (p. 265)

A la vez, por tratarse de una norma de procedimiento, siempre que se tenga que tomar una decisión que afecte a un niño, el proceso de adopción de decisiones deberá incluir una estimación de las posibles repercusiones (positivas o negativas) de la decisión en el niño o los niños interesados. En este punto, es importante situar que los niños que se encuentran en el dispositivo dan su consentimiento para permanecer allí con sus progenitoras, este aspecto es informado por escrito al servicio de protección local de niñez. Asimismo, sus actividades están articuladas con la red local, por lo que concurren a la escuela del barrio, así como al sistema sanitario local en caso que lo requiera, también realizan actividades recreativas, deportivas y culturales por fuera del espacio institucional.

Es interesante destacar, que en ocasiones el dispositivo desarrolla una doble función, a saber, de ofrecer tratamiento y también de extender cierta protección del vínculo materno filial, en el caso que exista deseo por parte de la madre de sostener ese vínculo y del niño a la convivencia con la madre en ese espacio institucional, ambos aspectos en el marco interpretativo del *interés superior del niño*. Existen varias situaciones de mujeres que ingresan al dispositivo a realizar tratamiento, como última medida ofrecida por el organismo de niñez, antes de tomar una *medida excepcional*[8] con los niños. Al respecto Villar Márquez (2014: 58) va a mencionar que "tener hijos/as constituye tanto un factor de mayor vulnerabilidad (debido a la presión por ocuparse de ellos además de ocuparse de su propia salud) como de resiliencia en la medida en que puede funcionar para algunas mujeres como un incentivo para la rehabilitación". En ese sentido es interesante resaltar el punto 61 de la Observación N° 14 la cual señala:

[8] Las medidas excepcionales están mencionadas en el artículo 39 de la ley 26.061 y se refiere a aquellas que se adoptan las niñas, niños y adolescentes estuvieran temporal o permanentemente privados de su medio familiar o cuyo superior interés exija que no permanezcan en ese medio.

> “Dada la gravedad de los efectos en el niño de que lo separen de sus padres, dicha medida solo debería aplicarse como último recurso, por ejemplo, cuando el niño esté en peligro de sufrir un daño inminente o cuando sea necesario por otro motivo; la separación no debería llevarse a cabo si se puede proteger al niño de un modo que se inmiscuya menos en la familia. Antes de recurrir a la separación, el Estado debe proporcionar apoyo a los padres para que cumplan con sus responsabilidades parentales y restablecer o aumentar la capacidad de la familia para cuidar del niño, a menos que la separación sea necesaria para proteger al niño. Los motivos económicos no pueden ser una justificación para separar al niño de sus padres” (p.270).

Como se viene desarrollando, el Estado ya no podrá separar al niño de su familia por falta de recursos materiales de los padres sino que deberá implemetar políticas públicas para revertir esta situación y garantizar el cumplimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes (en adelante NNyA) dentro de su núcleo familiar (art 33 ley 26.061). Para ello deberá poner en funcionamiento la institucionalidad y los recursos materiales y humanos necesarios para acompañar y orientar a los padres/ tutores en la crianza. Existe una revalorización del rol de la familia y del derecho del niño en crecer en su medio familiar y social, por lo que la separación del niño de su familia pasa de ser la regla general a ser la excepción. En palabras de Lerner (2006: 11) “la ley objeto de comentario refleja la necesidad de que el Estado (principalmente a través de su poder ejecutivo o administrador) desarolle, a partir de acciones positivas, de carácter promocional y preventivo, la defensa y protección no ya de la persona de los niños, niñas y adolescentes sino de sus derechos”.

A partir de lo señalado, el dispositivo puede enmarcarse en una respuesta que el Estado otorga para acompañar a la familia para que cumpla con su rol de cuidado en relación los niños. En este punto, se abre la posibilidad para trabajar la modalidad vincular que posee la madre con su o sus hijos, y acompañar el fortalecimiento de ese vínculo en el caso que sea necesario. Independientemente de ello, es importante reflexionar acerca de la necesidad de fortalecer otras respuestas articuladas en el ámbito comunitario, que en ocasiones podrían llegar a ofrecer alternativas previas a la instancia del tratamiento residencial.

Es importante destacar, que los niños que acompañan a sus madres en el dispositivo, poseen vínculo con otros referentes afectivos y familiares a través de los espacios de visita regulares existentes. Tal como lo indica el punto 60 de la Observación N° 14:

> “(…) el niño que esté separado de uno o de ambos padres tiene derecho “a mantener relaciones personales y contacto directo con ambos padres de modo regular, salvo si ello es contrario al interés superior del niño” (art. 9, párr. 3). Ello también se aplica a cualquier persona que tenga el derecho de

> custodia, los tutores legales o habituales, los padres adoptivos y las personas con las que el niño tenga una relación personal estrecha" (p. 270)

A la vez, se propende a realizar re-vinculaciones, siempre en el marco del *interés superior del niño*, en el caso que por distintos motivos los niños hayan perdido vínculo con algún familiar significativo. En el caso de niños que viven en hogares convivenciales, y por los cuales el órgano administrativo de niñez haya tomado una *medida excepcional*, se facilita la visita tanto de los niños al dispositivo como de las madres al espacio institucional donde se encuentren los niños. Cabe destacar, que existieron situaciones donde el órgano administrativo consideró conveniente cesar con la *medida excepcional* y los niños se integraron a convivir con sus madres en el dispositivo.

Los aspectos que se vienen señalando, referidos a la importancia de resguardar los vínculos significativos de los niños, están íntimamente en relación a la *identidad*. La misma se puede pensar desde su aspecto jurídico como el reconocimiento de una persona como sujeto de derechos y responsabilidades, así como la pertenencia a un territorio, una sociedad, un Estado Nación y una familia. La *identidad* como un aspecto que alojado en el yo va a referirse al "ser" tanto a nivel social, individual y subjetivo, y en este sentido va a permitir la diferenciación de cada sujeto como único. Esta categoría, va a suponer una serie compleja de elementos vinculados entre sí de carácter espiritual, psicológico, somático, biográficos, culturales, ideológicos, valorativos, etc. Por lo dicho, el *derecho a la identidad* va a encontrarse íntimamente vinculado a otros derechos a saber: a la nacionalidad, a la autonomía, al reconocimiento de personalidad jurídica, al desarrollo en el ámbito familiar y a la identidad cultural entre otros, tanto la ley 26.061 como la Convención de los Derechos del Niño (CDN) resguardan el *derecho a la identidad*. Es así que la CDN en sus artículos 7 y 8 describe tres aspectos de la identidad: nacionalidad, nombre y relaciones familiares, a su vez, dichos artículos se complementan también con otros derechos como el de convivencia familiar.

El *derecho a la identidad*, así como la posibilidad de desarrollar y fortalecer la red vincular, son aspectos íntimamente conectados con el desarrollo de la autonomía. En ese sentido, también es importante introducir otro elemento al análisis a través principio de *autonomía progresiva*, que es el principio que establece la Convención para saldar la contradicción entre el rol de los padres en la crianza y educación y el hecho de que son los niños, niñas y adolescentes quienes ejercen sus derechos. El rol de los padres o responsables de acuerdo al art. 5 de la Convención de Derechos del Niño va a ser el de "impartirle, en consonancia con la evalución de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención". En línea con ello, Famá y Herrera (2005) van a decir al respecto:

> " […] en el marco de la familia, el paradigma de protección integral parte de una concepción del niño como sujeto de derechos en la relación paterno filial reformulada a partir del principio democrático de interacción entre el adulto y el niño. Esta interacción se basa necesariamente en la consideración de la personalidad y el respeto de las necesidades del niño en cada período de su vida, en su participación activa en el proceso formativo, y en un gradual reconocimiento y efectiva promoción de su autonomia en el ejercicio de sus derechos fundamentales en función de las diferentes etapas de su desarrollo evolutivo"(p.7).

Para Minyersky y Herrera (2006), la *autonomía progresiva* involucra la capacidad en el ámbito civil como de los derechos sociales y políticos. Las autoras van a considerar que la Convención de Derechos del Niño y la ley 26.061 receptan una capacidad vinculada a la madurez y facultad de juicio propio que posea el NNyA que en la ley de fondo (Código Civil) se trata del discernimiento art. 921. Por lo que todo acto en ejercicio de un derecho personal (a diferencia de un derecho patrimonial para el cuál la normativa dispone una edad precisa) de un NNyA que cuente con el "desarrollo, madurez y edad suficiente, se reputa realizado con discernimiento, intención y libertad. Por ende, quién alegue lo contrario, deberá probarlo" (p.5). Van a proponer tres figuras que van a ser ejercidas por los adultos de acuerdo al nivel de autonomía del niño, las cuáles van a ser: la representación que va a estar presente cuando los niños cuenten con un nivel mínimo de autonomía. La segunda figura va a ser la asistencia cuando se trate de un nivel medio de autonomía y por último la cooperación cuando se trate de un NNyA que sea autónomo para tomar decisiones. A mayor autonomía va a ser menor la participación de un tercero para arribar a una decisión.

Las autoras van a sugerir que cuando el niño no posea la madurez suficiente para formarse un juicio propio, el *interés superior* va a predominar desde una perpectiva de interpretación de los adultos. Esta pauta va a modificarse cuando se trate de adolescentes o niños con una madures suficiente, ya que el *interés superior* va a desplazarse hacia el *derecho a ser oídos* y que *su opinión sea tenida en cuenta* y ese va a transformarse en el *interés superior del niño*. En este sentido, van a plantear una "tensión potencial" entre el *interés superior del niño* y la opinión del propio niño, la cual va a tener una vía de resolución haciendo hincapié en que el *derecho del niño a ser oído* va a ser la vía regia para alcanzar el *interés superior del niño*.

Por lo expresado, la noción de *centro de vida* se va a entender no solo como el lugar comunitario donde viven los niños, sino también el lugar donde residen parte de sus vínculos significativos. En ese sentido, en algunos casos el *centro de vida* va a ser en su comunidad y en otros (tratándose de niños más pequeños), el *centro de vida* tendrá que ver con sostener el vínculo y la convivencia con la madre cuando no exista otro vinculo significativo en la vida de ese niño. Si bien estrictamente los niños que acompañan en el tratamiento a sus madres dejan por un lapso de tiempo su

contexto socio comunitario y en ese sentido puede entenderse que se estaría vulnerando la noción de *centro de vida*, del análisis surge que es una noción compleja, y como tal, requiere pensarla en las múltiples variantes que la componen. Es así que puede entenderse que el vínculo madre hijo forma parte del *centro de vida* en la primera infancia, y que la posibilidad de resguardar ese vínculo en los niños donde su autonomía aún se ve limitada por su desarrollo, es una manera de contribuir a la protección del *interés superior del niño*. Sin perjuicio de ello, un punto esencial es evaluar la red familiar primaria y ampliada de la mujer que realiza tratamiento para contar con otros referentes que puedan ejercer el rol de cuidadores en el caso que el niño no quiera permanecer allí con su madre o que esa permanencia este afectando de alguna manera el pleno desarrollo de los derechos del niño.

El último punto mencionado abre la mirada sobre la noción de co-responsabilidad, y la tensión entre el espíritu de la ley 26.061 que promueve las responsabilidades compartidas entre el Estado, la Sociedad Civil y la familia, donde prevalezca el *interés superior del niño*, y el rol de cuidadora que posee la mujer en la sociedad, por lo que en muchas oportunidades el cuidado de los niños recae únicamente sobre dicha figura, no pudiendo contar con otra red de apoyo. Asimismo, en este punto arroja luz la categoría de *desigualdad* (Colángelo, 2005) que impulsa a la pregunta acerca de ¿qué contradicciones surgen de la aplicación de una legislación que presupone la igualdad en abstracto de todos los niños y niñas- como es la legislación que se ajusta a los principios de la Convención Internacional de los Derechos del Niño- en términos del “interés superior de niño”, en una sociedad profundamente desigual? (Fonseca 1995, citada en Colángelo 2005), pregunta que visibiliza las tensiones que plantea la noción de *centro de vida*.

Así como se vienen visibilizando las fortalezas que posee el dispositivo en relación a la posibilidad de resguardar el vínculo madre hijo, es importante señalar algunas de sus limitaciones en diálogo con la noción de *centro de vida*. Partiendo de la base que a través de la protección del vínculo materno filial se resguardan aspectos del *centro de vida* en los niños donde su autonomía es aún limitada (niños en sus primeros años de vida), emerge la pregunta acerca de ¿qué ocurre con los hijos adolescentes de las mujeres que realizan tratamiento residencial?, teniendo en cuenta la complejidad y necesidades propias de la adolescencia como etapa vital, y la preponderancia de los vínculos con pares, la escuela y el ámbito comunitario. En línea con lo mencionado, la ubicación del dispositivo en una zona semi- rural, alejada del centro urbano y por sobre todo de los barrios de donde provienen las mujeres que hacen tratamiento y sus hijos, dificulta el fortalecimiento de la red comunitaria que la mujer y sus hijos poseían previamente tendiendo a debilitarla, así como también, oculta e invisibiliza desde lo espacial la problemática. A la vez, se podría mencionar que al tratarse de un dispositivo residencial, el abordaje posee una fuerte intervención que en ocasiones limita el desarrollo de la autonomía.

Para finalizar, es importante retomar un aspecto mencionado con anterioridad, vinculado a la situación en la cual llegan la mayoría de las mujeres y sus hijos al dispositivo, lo que da cuenta de las múltiples vulneraciones de derechos y de la deficiente respuesta previa que tuvieron en sus contextos socio comunitarios. La mayoría de las propuestas de tratamiento no desarrollan estrategias basadas en una *perspectiva de género* que contemple las particularidades de las mujeres madres que atraviesan situaciones de consumo problemático de sustancias. Este punto se retomará en el capítulo dedicado a políticas públicas.

3.2 Diálogos con otros países: la experiencia de Lua Nova en Brasil.

En este apartado se señalarán aspectos centrales del dispositivo Lua Nova[9], el cual comparte características similares con la CET "El Puerto" ya que ofrece tratamiento a mujeres, que pueden permanecer con sus hijos durante esa etapa, así como también mujeres embarazadas. Situar algunos puntos claves de Lua Nova, contribuirán a establecer líneas de diálogo que trasciendan la realidad local.

Lua Nova fue creado en el año 2000 en la ciudad Sorocaba, en el interior de San Pablo, a través de la iniciativa de la psicóloga brasileña Raquel Barros, quién es la directora del proyecto[10]. Acerca del nombre del proyecto, "se llama Lua Nova (luna nueva) porque esta es una fase en que el brillo y la luz de la luna están presentes pero nadie la ve. Es así también con las mujeres que atendemos aquí. Ellas tienen una fuerza espectacular. Solo les falta descubrirlas. Estamos aquí para ayudarlas". (Barros 2010: 144-147). Es importante destacar que a diferencia del dispositivo "El Puerto", Lua Nova es una Organización No Gubernamental que posee convenios con el Estado provincial para que las mujeres que así lo requieran puedan recibir un subsidio para realizar tratamiento en el dispositivo.

El contexto de donde provienen las mujeres que realizan tratamiento en el dispositivo, es fundamental para otorgar una mayor compresión de los programas y las líneas de acción que desarrollan. En ese sentido, cabe destacar que la mayoría de las mujeres que hacen tratamiento en Lua Nova, eran habitantes de las calles de la región conocida como "cracolandia". Situada en los alrededores de la Rua Helvética, en el centro de San Pablo, más de 1.500 personas y 500 carpas[11] ocupan

[9] Cabe destacar que la información del dispositivo fue relevada en el mes de agosto 2016, en oportunidad de visitar el mismo y realizar entrevistas a la directora, el equipo y las mujeres que allí realizan tratamiento.
[10] Información institucional disponible en: http://www.luanova.org.br/br/institucional
[11] Datos obtenidos del "Encuentro de la comisión de Derechos Humanos y Unidad de Juventudes de la red de Mercociudades". 1 al 5 de agosto. San Pablo. Brasil.

sus calles desarrollando actividades de venta y consumo de crack[12]. Allí funciona desde el 2013 un programa de *bajo umbral* llamado “De Brazos Abiertos”, el cual ofrece un lugar de descanso, alimentación, actividades culturales, así como asistencia psico social y sanitaria para usuarios de crack. Muchas mujeres, una vez iniciado el proceso de trabajo en el dispositivo de *bajo umbral*, solicitan continuar el tratamiento en otro tipo de dispositivo y es así que algunas de ellas continúan su tratamiento en Lua Nova.

En un primer momento, las mujeres que inician tratamiento, ingresan al llamado dispositivo de acogimiento, el cual es de características residenciales y donde mediante el acompañamiento ofrecido por el equipo interdisciplinario, se elabora un plan de tratamiento que se va construyendo, revisando y reformulando junto a la mujer. Dicho plan, se encuentra articulado a la red comunitaria territorial, ya que las mujeres concurren para controlar distintos aspectos de su salud a la unidad sanitaria, los niños asisten a la escuela del barrio, así como también realizan distintos tipos de actividades articuladas a la vida social y comunitaria del lugar. En paralelo al ingreso, y en función de los intereses y saberes que la persona manifieste, se la vincula a un área productiva que forma parte de uno de los ejes fundamentales del proyecto. Los proyectos están vinculados a la generación de ingresos, así como la formación profesional y personal de las mujeres.

En ese sentido, se desarrollan distintos talleres productivos, uno de ellos es “Criando Arte” que se inició en el 2001, se trata de un taller de costura y artesanía. Las mujeres que más se destacaron, fueron contratadas formalmente para trabajar como instructoras del proyecto, mientras que otras (con un equipo de asesoramiento) pudieron iniciar un trabajo por cuenta propia o desarrollar grupos de producción independientes. Entre la producción del emprendimiento se encuentran: carteras, mochilas, muñecas, llaveros, agendas, entre otros productos, que son distribuidos en ferias y eventos. Asimismo, otro de los proyectos es la panadería “Lua Crescente”, las mujeres que se incluyen en este proyecto, realizan una formación en panificación que, acompañado de un diseño y planificación, les permite ofrecer servicios de catering en eventos, así como también abastecen a comedores de escuelas y cafés.

A la vez, otro de los proyectos más importantes que posee el dispositivo, es la “Empreiteira Escola”, en este proyecto las mujeres se capacitaron en construcción y a través de la adquisición por parte de la Asociación de las herramientas necesarias, principalmente una máquina para hacer los ladrillos, construyeron sus propias casas en un predio donado por el municipio. Estos barrios, los cuales denominan

[12] El término Crack (debido al sonido que emite cuando se calienta la sustancia, un crujido (crack en inglés), es el nombre de un derivado de la cocaína, del que resulta de la mezcla de base libre de cocaína con una parte variable de bicarbonato de sodio.

condominios sociales[13], es donde viven las mujeres, con sus hijos y en algunos casos también con sus parejas. En la actualidad ya existe tres condóminos donde viven más de 30 familias, además en colaboración con la carrera de arquitectura de la Universidad de Sorocaba, se están construyendo dos más para las mujeres que aún no poseen su vivienda. Cabe destacar, que las mujeres son propietarias de las viviendas, y firman un contrato que indica que en el caso que quieran vender la vivienda y mudarse del condominio, están obligadas a venderla a la Asociación para que otras mujeres puedan vivir allí.

Simbólicamente, "junto a los proyecto "Criando Arte", "Empreiteira Escola", y la panadería "Lua Crescente", se completa la intervención llevada a cabo en la vida de la madre con el niño: juego (muñecos), vivienda (casas) y alimentos (galletas). (…) la maternidad es el vínculo más fuerte que muchas mujeres tienen, eso tiene que ser preservado", explica Raque Barros, directora de Lua Nova.[14]

Algunos aprendizajes que deja el dispositivo y son de interés destacar, es el foco que hace en la generación de ingresos sustentables para las mujeres y la posibilidad de acceder a una vivienda. Debido a que la mayoría de las mujeres y sus hijos provienen de contextos de extremas vulneraciones sociales, los aspectos mencionados, se transforman en dos de los pilares claves para sostener en el tiempo los objetivos alcanzados durante el tratamiento. A vez, es interesante destacar como en los condominios, se entrama una red de solidaridad y cuidados entre las mujeres y los niños que allí habitan, rescatando aspectos fundamentales que hacen a una comunidad.

4. De la rectoría en Políticas Públicas

Así como se viene mencionando, el dispositivo analizado de tratamiento para mujeres, mujeres embarazadas y mujeres con niños, es el único en el país de gestión estatal que involucra a la población mencionada. Las principales respuestas a la problemática de consumo de sustancias por parte del Estado, así como de las organizaciones civiles, están principalmente situadas en la población de varones. Por tal motivo, merece realizar una reflexión en el marco de las políticas públicas,

[13] Video de la construcción de las viviendas, disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=zPVs79Th5dI

[14] Notas de campo y fragmento de la entrevista realizada a Raquel Barros en oportunidad de visitar Lua Nova. Agosto 2016.

acerca de las *barreras de accesibilidad* que hoy en día están atravesando las mujeres con *consumo problemático de sustancias* para incluirse en un tratamiento, y en ese sentido algunos aspectos centrales que deben tenerse en cuenta para desarrollar una política pública en *consumo problemático de sustancias* con *perspectiva de género*. A la vez, como se viene mencionando en el apartado que trabaja los aspectos relativos al *centro de vida* de los niños, incluir en la discusión la posibilidad de respuestas previas que tuvieron esas mujeres y sus hijos en el ámbito comunitario.

Existen distintas *barreras de accesibilidad* que limitan la posibilidad de inclusión a un tratamiento por parte de las mujeres *con consumo problemático de sustancias*. Estas barreras estarán ligadas a diversos *obstáculos* (Naciones Unidas, 2004) algunos de los cuales ya se vienen mencionando en el discurrir de los capítulos y que pueden agruparse en:

- ***Obstáculos inherentes al sistema*** son los que impiden el establecimiento de servicios adecuados a las necesidades de las mujeres. Esto implica, escasa sensibilización de las diferencias de género y servicios que incluyan esta perspectiva en su diseño de tratamientos. La necesidad de servicios que incluyan la construcción de respuestas intersectoriales tanto desde lo sanitario como desde lo social por la complejidad que implican las situaciones que atraviesan las mujeres con consumo problemático, en ese sentido debe involucrar respuestas desde la vivienda, trabajo, cuidado de los niños, etc.

- ***Obstáculos estructurales*** son las políticas y prácticas que, a nivel de los servicios y programas, dificultan el acceso de las mujeres al tratamiento. Lo que involucra, el cuidado de los hijos debido a que la mayoría se encuentra a cargo de dicha responsabilidad, la escasa existencia de servicios para mujeres embarazadas, programas de tratamiento por fuera de la comunidad que implican transitar largas distancias con su consecuente tiempo y costo económico, así como las largas listas de espera, los horarios rígidos y la falta de garantía en la seguridad física a mujeres que atravesaron situaciones de violencia de género. A la vez, la necesidad de desarrollar oferta en programas de reducción de riesgos y daños en el marco de la atención primaria de la salud para mujeres que no desean dejar de consumir.

- ***Obstáculos sociales, culturales y personales*** obedecen a las normas sociales y culturales en vigor, referentes en particular al papel de la mujer y el tipo de comportamiento que se considera apropiado; la falta de poder de decisión de la mujer en muchas sociedades; y las normas y actitudes sociales y comunitarias respecto de las mujeres con problemas de consumo de sustancias. Estos obstáculos están compuestos por las situaciones de pobreza, violencia de género, baja alfabetización y atención sanitaria en la que vive gran parte de la población de mujeres. Asimismo, como se desarrolló con anterioridad, la estigmatización que implica el consumo de sustancias

especialmente en las mujeres, el temor a perder la custodia de sus hijos y la débil red familiar de apoyo.

En los contextos desarrollados, el consumo de sustancias se instala como una solución al sufrimiento y no como un problema, muchas mujeres consumen drogas para "sobrellevar" situaciones de violencia física, emocional y/o sexual. Así como problemáticas de salud mental que no poseen el tratamiento adecuado y otros *sufrimientos sociales* (Renault 2008; Das 1997). Por lo que el tratamiento por consumo de sustancias, necesariamente tiene que dialogar con políticas vinculadas a la violencia de género, vivienda, trabajo, educación, entre otras. En palabras de Travi (2004: 98) "hallamos la dificultad de darle existencia explicita a una gama de situaciones que afectan gravemente la calidad de vida de la población, y que aún no fueron "anunciadas oficialmente como problemas" […] situaciones naturalizadas de hecho, que en su formulación invisibilizan los complejos procesos que generan y legitiman la desigualdad social".

Una posibilidad para disminuir las *barreras de accesibilidad* mencionadas así como de articular una respuesta que proteja aspectos vinculados a la noción de *centro de vida* de los niños que se viene trabajando, es desarrollar respuestas en el ámbito comunitario. Las mencionadas respuestas pueden ir de la mano del desarrollo de dispositivos de *bajo umbral* (Milanese E, S/D) entendido como dispositivos anclados en la comunidad, que pueden desarrollar acciones de escucha y evaluación de demandas y necesidades, comida, bebida, espacios para dormir algunas horas, baño, insumos recreativos (TV, Juegos, lecturas, etc.), asistencia de salud (primeros auxilios) y orientación, higiene, materiales e información para uso seguro de sustancias y conductas sexuales seguras. Así como de *umbral de baja exigencia* (Kameniecki M, 2006) los cuales no exigen la abstinencia obligatoria como precondición para el inicio de un tratamiento, la misma puede ser un paso de un proceso que puede alcanzarse o no. Es esencial, que estos dispositivos incluyan *perspectiva de género* y un *enfoque intersectorial,* fuertemente articulados con la red sanitaria local en el caso que no formen parte de ella. A la vez, para los tratamientos específicos que requieran de una respuesta residencial, es importante que los dispositivos residenciales puedan incluir a mujeres con sus hijos, si así lo requieren.

La *intersectorialidad* es uno de los aspectos claves a tener en cuenta al momento de diseñar políticas públicas en la temática, debe haber interrelación entre diferentes abordajes, considerando las problemáticas desde la integralidad. En ese sentido, la apuesta a la *intersectorialidad*, apunta a una política pensada desde la integralidad y no sectorizada a quienes desde su especificidad intervienen en la temática. Un Estado transversal que rompe con los compartimentos estancos y promueve una articulación de tipo horizontal, que deja de fragmentar la realidad y genera articulación, facilitando la descentralización territorial desde una perspectiva de recuperación de capacidades de las instituciones estatales (Oszlak 2002; Carballeda S/D). En esa línea, el abordaje pasa de las políticas focalizadas a políticas con mayor amplitud apuntando a estrategias que impliquen la *co-*

responsabilidad, ya que como lo expone Repetto (2004:6) “la exacerbación de los mecanismos de focalización no sólo ha derivado en algunos casos en nuevas formas de estigmatización de los sectores beneficiarios, sino que es improcedente cuando pretende ser la única forma de asignación de recursos sociales. Hoy día comienza a quedar más clara la necesidad de combinar instrumentos de focalización con concepciones más amplias de asignación de recursos, donde las sinergias positivas entre diversas áreas, pero con responsabilidad en lo social, pudieran ayudar a brindar mejor y mayor cobertura a las poblaciones con carencias básicas”.

A partir de lo desarrollado, es menester preguntarse ¿Qué desafíos enfrenta la política pública analizada?, parte de la respuesta puede encontrarse en pensar el abordaje de los consumos de sustancias psicoactivas desde el paradigma de derechos humanos, lo cual implica romper con los procesos de estigmatización para comprender a los sujetos en sus potencialidades, como titulares de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales; derechos que encuentran sustento jurídico en las Leyes 26.934 (Plan IACOP), 26.657 (Ley Nacional de Salud Mental), y 26.061 (Ley Nacional de Promoción y Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes) dejando atrás concepciones que ubicaban a las personas consumidoras de sustancias psicoactivas como incapaces y carentes, enfermos o delincuentes. En ese sentido, fortalecer un enfoque basado en el concepto de sujeto de derecho en su proceso de integración social (Arriagada, M.; Ceriani, L.; Monópoli, V, 2013).

5. Reflexiones finales

El presente trabajo se propuso indagar sobre las tensiones y confluencias que posee la noción de *centro de vida* planteada en la Ley Nacional 26.061 en la propuesta de un dispositivo específico, la Casa Educativa Terapéutica “El Puerto”. Así como contribuir al desarrollo de estrategias terapéuticas con *perspectiva de género* que contemple los derechos de los niños y niñas. Para ello, se reflexionó en los apartados en torno el encuadre institucional y la metodología de trabajo del dispositivo, leyes encargadas de garantizar los derechos de la niñez puntualizando el análisis en los postulados relativos al *centro de vida*, *interés superior del niño* y *autonomía progresiva*. A su vez, se analizaron los contextos sociales donde transitan las mujeres que realizan tratamiento en el dispositivo y sus hijos. Por último se reflexionó acerca de las *barreras de accesibilidad* que poseen las mujeres con consumo problemático de sustancias para incluirse en los tratamientos y como ello tendría que dialogar en el diseño de políticas públicas con *perspectiva de género*. En

las próximas líneas se expondrán los principales hallazgos que emergen del trabajo presentado.

Las mujeres que realizan tratamiento en el dispositivo, así como sus hijos, transitaron contextos de múltiples vulneraciones producto de las sucesivas crisis económicas y sociales que atravesó el país, las que causaron un fuerte incremento de la *desigualdad*. En esos contextos donde las vulneraciones forman parte de la cotidianidad, el *consumo problemático de sustancias* se inscribe como una respuesta para atravesar situaciones de degradación de los derechos y *sufrimiento social*. En ese marco, la posibilidad de inclusión a un tratamiento por parte de las mujeres se ve signado por diversas *barreras de accesibilidad* entre las cuales se mencionaron factores territoriales, económicos, culturales y personales. Por sobre todo aspectos vinculados al estigma que recae sobre una mujer-madre que consume sustancias frente a su rol social de cuidadora y en la mayoría de los casos sustento económico del hogar.

En las variables sociales mencionadas es donde se instala la pregunta acerca de la noción *centro de vida*, ya que como se señaló en el capítulo que aborda esta temática, los niños se distancian de su contexto socio comunitario para acompañar a sus madres en el tratamiento residencial que ellas realizan. En ese sentido, arrojaron luz a las reflexiones el diálogo entre el derecho al respeto de las necesidades del niño en cada período de su vida, la promoción de su autonomia en el ejercicio de sus derechos fundamentales en función de las diferentes etapas de su desarrollo evolutivo, así como también el derecho del niño a ser criado por su familia.

Por lo mencionado, la noción trabajada se complejiza y nos permite pensar que en algunas situaciones (y tratansose de niños en los primeros años de vida) el *centro de vida* va a respetarse priorizando el vinculo materno filial, aún más cuando la madre sea el único referente afectivo para el niño. Y en el caso de niños que posean mayor autonomía, la desición se desplace al derecho del niño a ser oído y que su opinión sea tenida en cuenta, considerando en todos los casos el marco interpretativo del *interés superior del niño.*

En el sentido expuesto, la *accesibilidad* a los tratamientos de las mujeres con *consumo problemático de sustancias* y la noción de *centro de vida* de los niños van a ser dos categorías que deben entrar en diálogo constante al momento de diseñar políticas públicas de adicciones con *perspectiva de género* respetuosa de los derechos de la salud mental y de la niñez. Así, algunas de las limitaciones mencionadas para el dispositivo podrían comenzar a saldarse con el desarrollo de otros dispositivos con *perspectiva de género* que articulen distintos niveles de complejidad conformando una red. Donde, el tratamiento residencial- en los casos que lo requiera y por el menor tiempo posible- sea la última respuesta de la red, la cual debería comprender previamente respuestas ambulatorias simples e intensivas, así como dispositivos comunitarios de *bajo umbral*.

Asimismo, un punto esencial que tienen que afrontar las mujeres es el sustento del hogar, ya que muchas de ellas son las principales proveedoras. En ese sentido la autonomía económica y los aspectos vinculados a la integración socio laboral durante el periodo que las mujeres realizan tratamiento y una vez que lo finalizan es un factor esencial a desarrollar y que aún presenta serias dificultades[15]. De la mano de lo mencionado, otro saldo son los aspectos relativos al acceso a la vivienda, que la mayoría de las mujeres no posee. Así como el desarrollo de casas de medio camino, las cuales contemplan en su estrategia terapéutica lógicas de mayor autonomía.

Es así, que surge como recomendación en el apartado de políticas públicas, la ampliación y el desarrollo de dispositivos de *bajo umbral* que articulen una primera respuesta en la comunidad con el fin que el tratamiento residencial sea la última instancia. Estos espacios podrían facilitar, por un lado que las madres se acerquen con sus hijos en la misma comunidad, y a la vez fortalecer las redes comunitarias que hagan de sustento al momento de poder realizar un tratamiento. Es esencial que las intervenciones incluyan en su diseño a las familias y a la comunidad como un elemento de contención y red de soporte para sostener los tratamientos. A la vez, trabajar para sensiblizar a la comunidad y a la red de atención primaria en salud en la temática, ya que se trata de los espacios donde se acercan en primera instancia las mujeres.

Otro aspecto fundamental es la *intersectorialidad* en el diseño de dichas políticas, como se viene señalando la transversalidad es un eje fundamental ya que en el caso de las mujeres, son particularmente cruciales la coordinación y colaboración entre los servicios de tratamiento por consumo problemático de sustancias y otros servicio de la red sanitaria como los de atención prenatal, obstetricia y ginecología, así como servicios de protección de niñez, los de violencia de género, vivienda, educación, entre otros.

Por último, situándonos en el caso del dispositivo específico analizado, es interesante ubicar como desde la protección integral de la niñez se extiende la protección a la maternidad y la posibilidad de ejercer la función materna. Es posible pensar, que el dispositivo construye una doble respuesta desde el Estado, por un lado para que la mujer-madre pueda realizar un tratamiento reestableciendo el derecho a la salud que se encontraba vulnerado, y por el otro lado para que pueda mantener el vínculo con su o sus hijos en un espacio que proteja los derechos de la niñez.

Es de destacar, que si bien no fue uno de los ejes del trabajo, la *perspectiva de género* vinculada a la diversidad en el caso de personas transexuales y transgénero

[15] En la actualidad se está desarrollando una experiencia piloto del Programa de Integración Educativa y Laboral de SE.DRO.NAR, política que se desarrolla de manera intersectorial con los Ministerios de Educación y Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, ambos de la Nación.

en procesos de terapia hormonal que atraviesan por situaciones de consumo problemático de sustancias, pueden ser aspectos de interés para estudios posteriores.

6. Bibliografía

Aguilar Villanueva, O. (1992) “El estudio de las políticas públicas”, Porrúa Grupo Editorial. México.

Andrenacci, L. (2005): “Problemas de política social en la Argentina contemporánea”. Prometeo/UNGS. Buenos Aires.

Arriagada, M.; Ceriani, L.; Monópoli, V. (2013) “Políticas Públicas en Salud Mental. De un paradigma tutelar a uno de Derechos Humanos”. Serie Normas y Acciones en un Estado de Derecho. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Disponible en: http://www.jus.gob.ar/media/1199853/pol_ticas_p_blicas_en_salud_mental.pdf

Barros, R. (2010) “Forca da maternidade”. 25 anos criando oportunidades. UNESCO. Brasilia.

Beccaria, L. (2002) “Empleo, Remuneraciones y Diferenciación Social en el último cuarto del Siglo XX” En Felman, S. Muráis, M y otros. En Sociedad y Sociabilidad en la Argentina de los 90. Bs. As: Ed. Biblos.

Callejas Fonseca, L. y Piña Mendoza, C. (2005). “La estigmatización social como factor fundamental de la discriminación juvenil”. El Cotidiano 2005, noviembre-diciembre. Disponible en: ***http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32513409***

Carballeda, A. (S/D) “Drogadicción, Problemáticas Sociales Complejas y Políticas Públicas: Una mirada desde la Intervención en Lo Social”.

Carballeda, A. (2006) **“**La adolescencia y la drogadicción en los escenarios del desencanto”. Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales, Nº. 42, 2006.

Castilla V. y Lorenzo G. (2012) “Emociones en suspenso: maternidad y consumo de pasta base/*paco* en barrios marginales de Buenos Aires”. En cuadernos de Antropología Social, n° 36, agosto- diciembre. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-275X2012000200005

Catalán P., De Lucía G., Fernández E. y Graber M. (2015) “La Salud mental de las mujeres desde una perspectiva de género. Una mirada desde el dispositivo de

Guardia Interdisciplinaria del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo). Serie Investigaciones: Nuevas Políticas en Salud Mental: Desafíos para la intervención interdisciplinaria. Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.

Cillero Bruñol, M. (1999) "Infancia, Autonomía y Derechos. Una cuestión de principios". Disponible en: http://www.inau.gub.uy/biblioteca/cillero.pdf

Colángelo, A. (2005). "La mirada antropológica sobre la infancia. Reflexiones y perspectivas de abordaje". Serie encuentros y Seminarios, disponible en: www.me.gov.ar/publica/oei_20031128/ponencia_colangelo.pdf

Das, V. (2002). "Sufrimientos, teodiceas, prácticas disciplinarias y apropiaciones". Disponible en: www.pain-initiative-un.org/doc-center/articulos%20y%20documentos/

Davis, M. (2004) Planeta de ciudades-miseria. Involución urbana y proletariado informal. Revista *New Left Review*, n.26 pp.: 5-34, Estados Unidos.

Epele, M. (2010) "Sujetar por la Herida. Una Etnografía sobre drogas, pobreza y salud". Paidos. Buenos Aires

Epele M. (2001) "Violencias y traumas. Políticas de sufrimiento social entre usuarias de drogas". Cuadernos de Antropología Social, n° 14.

Fama M. y Herrera M. (2005) "Crónica de una ley anunciada y anunciada", en ADLA 2005-E, 5809.-

Fradkin, R. (2002) "Cosecharás tu Siembra. Notas Sobre la Rebelión Popular Argentina de Diciembre de 2001".Buenos Aires: Prometéo.

Gamba, S. (2008) "¿Qué es la perspectiva de género y los estudios de género?". En Diccionario de estudios de género y feminismos. Biblos. Buenos Aires.

García Méndez, E. (1997) "Para una historia del control socio penal de la infancia: la informalidad de los mecanismos formales de control socia". Disponible en: www.iin.oea.org.

Kameniecki, M. (2006) "Concepciones clínicas e institucionales en las toxicomanías". Clínica institucional en toxicomanías; Una cita con el Centro Carlos Gardel. 1°ed. Letra Viva. Buenos Aires.

Kornblit, A.; Camarotti a. y Di Leo P. (2011) "La construcción social de la problemática de las drogas". Ministerio de Educación. Presidencia de la Nación. Disponible en: https://infanciayjuventudsc.files.wordpress.com/2011/05/1-construccic3b3n-social-de-la-problemc3a1tica-de-las-drogas2.pdf

Lerner, G. (2006) “La redefinición de las funciones de los órganos administrativos y judiciales en la protección de los derechos de los niños en la ley 26.061”. RDF nº 35, LexisNexis, Buenos Aires, 2006.-

Martínez Carazo, P. (2006) “El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica Pensamiento & Gestión”, núm. 20, julio, 2006, pp. 165-193. Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia

Merklen, D. (2005). “Pobres Ciudadanos. Las Clases Populares en la Era Democrática Argentina”. Buenos Aires: Gorla.

Míguez, D. (2011) “Algunas Precisiones sobre la Relación entre Juventud, Pobreza y Violencia”. Exploraciones Etnográficas y Estadísticas Comparadas. En: Saintout, Florencia (comp.) Jóvenes: Pensar lo Político. Buenos Aires: Prometeo.

Milanese, E (S/D) “Tratamiento comunitario de las adicciones y de las consecuencias de la exclusión grave”. Manual de Trabajo. Disponible en: http://procrearfundacion.org/nueva/wp-content/uploads/2016/11/manual.pdf

Minyersky N. y Herrera M (2006). “Autonomía, capacidad y participación a la luz de la ley 26.061”, en García Méndez, E. (comp.), Protección Integral de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Análisis de la ley 26.061, Editores del Puerto, 2006.

Naciones Unidas. Oficina contra la droga y el delito. (2004). “Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida”. Viena. Disponible en: https://www.unodc.org/docs/treatment/04-55686_ebook%20Spanish.pdf

Observatorio de Drogas. Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones. Ministerio de Desarrollo Social (2010). “Consumo de psicofármacos y género en la Cuidad de Buenos Aires”

Oszlak, O. (2006) “Burocracia estatal: política y políticas públicas”, en Revista “Posdata”, N° 11. Buenos Aires. Disponible en: www.oscaroszlak.org.ar

Raiden, M. (2006) Drogas en el siglo XXI: “mercado, consumo e identidad de clases”. Trabajo presentado en las Jornadas de Debate: “Drogas, mitos y realidades”, organizadas por la Dirección de la Carrera de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Septiembre 2006.

Renault, E. (2008). “Souffrances Sociales. Philosophie, psychologie et politique”. Paris: Editions La Découverte.

Repetto, F. (2004). “Capacidad estatal: requisito necesario para una mejor política social en América Latina”. Documento de Trabajo N° I-52. Washington D.C.: Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES).

Roigé M. (2010) “Niñez, marginalidad y Políticas públicas. Análisis de un dispositivo estatal”. Libros de la Araucaria. Buenos Aires.

Romo, N. (2005). “Repensar la diferencia. Género en la prevención y uso de drogas”. Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanía.

Shaw, E. (1999). A guide to the Qualitative Research Process: Evidence from a Small Firm Study. Qualitative Market Research: An International Journal, *2* (2): 59-70.

Travi, B. (2004) “La investigación diagnóstica en Trabajo Social: la construcción de problemas a partir de la demanda de intervención profesional”. En Escalda Mercedes, Travi Bibiana y otros: El Diagnóstico Social. Proceso de conocimiento e Intervención profesional. Buenos Aires. Espacio

Vázquez Mojena L. y Salazar Matamoro Y. (2012) “El enfoque de género en la configuración del proceso salud-enfermedad”. Revista contribuciones de las Ciencias Sociales. Marzo.

Villalta, C. y Llobet, V. (2013) Clases de la Especialización en Políticas Públicas de Niñez, Adolescencia y Familia. Temas 1 y 2. Facultad de Ciencias Sociales UBA. 17 y 18 de mayo 2013.

Villar Márquez, E. (2014). Perspectiva de género y programas sobre drogas: El abordaje de las desigualdades. Consorcio COPOLAD, Madrid, 2014.

Xunta de Galicia. (S/D) Plan de atención integral a la salud de la mujer en Galicia. “Drogas y perspectiva de género”. Disponible en: http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/217.pdf

Marco Normativo

-**Ley 26.657** Derecho a la Protección de la Salud Mental. Nación Argentina (Diciembre 2010)

-**Ley 26.934** Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos

-**Ley 26.061** De Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Nación Argentina (2005).

-**Convención sobre los Derechos del Niño**, Resolución 44/25, Asamblea General de las Naciones Unidas, Nueva York, 20 de noviembre de 1989 (sancionada por el Congreso de la Nación Argentina como la ley 23.849 el 27 de septiembre de 1990 y promulgada de hecho el 16 de octubre de 1990)

-**Ley 10.903** De Patronato de Menores o Ley Agote. Nación Argentina (1919)

-**Ley 10.067** De Patronato de la Provincia de Buenos Aires (1983)

-**Ley 13.298** De la Promoción y Protección de los Derechos del Niño. Provincia de Buenos Aires (2004)

-**Observación General No.14** sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo 1). Disponible en: https://www.unicef.org/ecuador/UNICEFObservacionesGeneralesDelComiteDeLosDerechosDelNino-WEB.pdf

7. Anexo. Resolución SEDRONAR Nº 355/15



Presidencia de la Nación
Secretaria de Programación para la
Prevencion de la Drogadicción
y la Lucha Contra el Narcotrafico

355

incluyendo factores socioculturales y político económicos y para su abordaje deben tenerse en consideración las nociones incorporadas por la Ley Nacional Nº 26.934 aprobatoria del Plan Integral Para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP).

Que en virtud de lo establecido por el artículo 3° de la Ley N° 26.934 son objetivos del Plan IACOP: a) Prevenir los consumos problemáticos desde un abordaje intersectorial mediante la actuación directa del Estado; b) Asegurar la asistencia sanitaria integral gratuita a los sujetos afectados por algún consumo problemático; c) Integrar y amparar socialmente a los sujetos de algún consumo problemático.

Que el artículo 14 de la Ley N° 26.061 establece que los Organismos del Estado deben garantizar programas de asistencia integral, rehabilitación e integración y programas de atención, orientación y asistencia dirigidos a la familia.

Que a través del Decreto N° 48/14 se establecieron los objetivos de esta Secretaría de Estado, entre los cuales se incluye, la aplicación de políticas y estrategias para la prevención, capacitación y asistencia por el uso indebido de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

Que, asimismo, este Organismo tiene como propósito entender en la aplicación de políticas y estrategias para la prevención, capacitación y asistencia por el uso

incluyendo factores socioculturales y político económicos y para su abordaje deben tenerse en consideración las nociones incorporadas por la Ley Nacional N° 26.934 aprobatoria del Plan Integral Para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP).

Que en virtud de lo establecido por el artículo 3° de la Ley N° 26.934 son objetivos del Plan IACOP: a) Prevenir los consumos problemáticos desde un abordaje intersectorial mediante la actuación directa del Estado; b) Asegurar la asistencia sanitaria integral gratuita a los sujetos afectados por algún consumo problemático; c) Integrar y amparar socialmente a los sujetos de algún consumo problemático.

Que el artículo 14 de la Ley N° 26.061 establece que los Organismos del Estado deben garantizar programas de asistencia integral, rehabilitación e integración y programas de atención, orientación y asistencia dirigidos a la familia.

Que a través del Decreto N° 48/14 se establecieron los objetivos de esta Secretaría de Estado, entre los cuales se incluye, la aplicación de políticas y estrategias para la prevención, capacitación y asistencia por el uso indebido de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

Que, asimismo, este Organismo tiene como propósito entender en la aplicación de políticas y estrategias para la prevención, capacitación y asistencia por el uso

indebido de estupefacientes y sustancias psicotrópicas con el MINISTERIO DE SALUD, el MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL y el MINISTERIO DE EDUCACION, entre otras dependencias.

Que, en éste sentido, esta Secretaría tiene por finalidad coordinar la aplicación de las políticas y estrategias para la prevención, capacitación, asistencia y control del uso indebido de estupefacientes y sustancias psicotrópicas con los gobiernos provinciales, municipales o locales, y con todas aquellos espacios o referencias de carácter comunitario interesados en la temática, brindando asistencia técnica a fin de homogeneizar las actividades, maximizar los recursos y generar espacios de discusión, trabajo conjunto e intercambio de información.

Que por la Resolución SEDRONAR Nº 76/2014, se aprobó el convenio marco para la implementación del Programa de Abordaje Integral de la Salud Mental con eje en las problemáticas de consumo y las adicciones "Recuperar Inclusión" celebrado el día 23 de diciembre de 2013 entre el MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN FEDERAL, INVERSIÓN PUBLICA Y SERVICIOS DE LA NACIÓN Y EL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN y su marco regulatorio.

Que, el antes mencionado programa establece como objetivo primordial, generar mecanismos de contención para las personas que presentan consumos problemáticos de sustancias, haciendo hincapié en la recuperación de la autoestima y los derechos de las personas asistidas, a

través de un abordaje integral que incluya a la familia y al entorno social de la misma, en el marco de lo establecido por el Plan Nacional de Salud Mental.

Que como parte de la respuesta integral a la demanda recibida, la Secretaría ofrece dispositivos de prevención, promoción y asistencia donde las personas con consumos problemáticos o en riesgo de consumo reciben acompañamiento, asesoramiento y la asistencia de equipos de trabajo socio-sanitarios ad hoc, constituyéndose como un espacio preventivo y terapéutico diferente que se integra y articula con los recursos institucionales y/o comunitarios locales.

Que la Resolución SEDRONAR N° 316 aprueba las normas y principios para el funcionamiento de las Casas Educativas Terapéuticas -CET-, siendo centros que trabajan en materia de asistencia, procurando facilitar el acceso a los servicios y rehabilitación de las personas que abusan o dependen de drogas o sustancias psicoactivas.

Que una de las poblaciones más vulnerables respecto de esta problemática resultan ser las mujeres, mujeres embarazadas y mujeres con niños.

Que es necesario contar con un dispositivo de medio camino para esta población, con un abordaje residencial que responda a las particularidades de cada caso.

Presidencia de la Nación
Secretaria de Programación para la
Prevencion de la Drogadicción
y la Lucha Contra el Narcotrafico

Que la intervención responderá a indicadores específicos diseñados con estrategias que tienen en cuenta la multicausalidad de la problemática.

Que la DIRECCIÓN DE ASUNTOS JURÍDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Que la presente medida se dicta en ejercicio de las facultades conferidas por los Decretos N° 48/2014 y N° 832/2015 y la Resolución SE.DRO.NAR. N° 76/2014.

Por ello,

EL SECRETARIO DE PROGRAMACIÓN PARA
LA PREVENCIÓN DE LA DROGADICCIÓN Y LA LUCHA CONTRA EL
NARCOTRÁFICO DE LA PRESIDENCIA DE LA NACIÓN
RESUELVE:

ARTICULO 1°.- Apruébense las normas y principios para el funcionamiento de la Casa Educativa Terapéutica -CET- de Luján que como Anexo I integra la presente.

ARTICULO 2°.- Regístrese, comuníquese, publíquese y cumplido archívese.

RESOLUCIÓN: 355

Dr. GABRIEL LERNER
Secretario
SE.DRO.NAR
Presidencia de la Nación

Presidencia de la Nación
Secretaria de Programación para la
Prevencion de la Drogadicción
y la Lucha Contra el Narcotrafico

355

ANEXO I

I. Fundamentación:

El Programa Recuperar Inclusión tiene la finalidad de generar espacios de acompañamiento y tratamiento en el proceso para la creación de proyectos de vida para aquellos sujetos que se encuentren afectados por la problemática del consumo, para lo cual se construyen abordajes integrales desde nuevos dispositivos públicos para el encuentro, la prevención y la asistencia de las personas. Este abordaje involucra a los referentes afectivos y el centro de vida de quienes necesitan una respuesta, intentando fortalecer a las comunidades, generando diversas herramientas y actividades.

Las Casas Educativas Terapéuticas (CET) son centros que trabajan en materia de asistencia, procurando facilitar el acceso a los servicios y rehabilitación de las personas que abusan o dependen de drogas o sustancias psicoactivas.

Las CET se encuentran enmarcadas en (3) leyes que orientan las prácticas que se constituyan como una respuesta de calidad hacia los sujetos que requieren de asistencia. La Ley de Salud Mental N° 26.657, la Ley de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes N° 26.061 en relación a personas de hasta dieciocho (18)años de edad y el Plan Integral para el Abordaje de Consumos Problemáticos IACOP N° 26.934. Encontrándose aprobadas las

normas y principios para el funcionamiento de las Casas Educativas Terapéuticas -CET- por Resolución SEDRONAR N° 316/2015

Siendo que una de las poblaciones más vulnerables respecto de esta problemática resultan ser las mujeres, mujeres embarazadas y mujeres con niños. Lo que hace necesario contar con un dispositivo de medio camino para esta población, con un abordaje residencial que responda a las particularidades de cada caso.

Esta intervención responderá a indicadores específicos diseñados con estrategias que tienen en cuenta la multicausalidad de la problemática.

Para ello la "CET de Luján" ubicada en el Instituto Alvear de la localidad de Luján, Provincia de Buenos Aires, cuenta con habitaciones debidamente acondicionadas para albergar a la población asistida.

Reconociendo que la población a quienes está orientado el dispositivo, madres con hijos/as y mujeres embarazadas, las prácticas estarán orientadas a abordar la problemática de las mujeres, priorizando en vínculo entre ellas y sus hijos/as. De esta forma las intervenciones terapéuticas se centrarán en ellas y los niños y niñas serán incluidos como sujetos de derecho, atendiendo a garantizar el acceso a los

mismos, informando y articulando con el órgano administrativo de protección pertinente.
De esta forma los niños y niñas como sujetos de derechos serán incluidos atendiendo garantizar el acceso a los mismos dentro del plan de abordaje diseñado para sus madres. Cabe destacar, que el dispositivo no se constituye como respuesta asistencial a los niños y niñas sino que responde a la inclusión en el proceso construido para sus madres quienes atraviesan situaciones de consumo problemático.

El Centro deberá llevar adelante un registro de los niños y niñas que se hallen alojados debiendo individualizarlos a través de sus datos personales, garantizándoseles los derechos reconocidos en la normativa correspondiente. Asimismo se deberá dar aviso a las autoridades competentes (órgano administrativo de protección) sobre la inclusión de los mismos en el dispositivo.

Las CETs, en términos generales, ofrecerán propuestas de actividades de deporte, cultura, recreación, formación y de salud mental, de acuerdo a lo que requiera cada sujeto. Los planes de abordaje se planificarán atendiendo a la singularidad de cada caso. La circulación por diversas áreas de la CET o de algún espacio de la red local, se constituye como el primer acercamiento en muchos casos, a espacios que fortalezcan potencialidades y restituyan

derechos vulnerados a fin de que sirvan de base para la construcción de proyectos propios.

II. Objetivo General

El objetivo de la "CET de Luján" es dar una respuesta a la problemática del consumo en términos asistenciales, a la población específica de mujeres, mujeres embarazadas y mujeres con hijos y/o hijas, entendiendo a la asistencia como la acción que permitirá limitar el padecimiento de los sujetos que requieren abordaje. La escucha del padecimiento estará a cargo del equipo profesional y el plan de abordaje será llevado a cabo de manera interactoral y en proceso de articulación con instituciones y organismos locales atendiendo a dicha población específica.

III. Objetivos Específicos:

- Promover la concepción de un espacio abierto de umbral mínimo de exigencia.
- Generar un primer diagnóstico situacional que contemple la particularidad de la población, basado en la lectura de riesgos que permita poner en marcha medidas urgente.
- Poner en marcha un proceso de escucha que permita la construcción de planes de abordajes singulares de acuerdo a las necesidades de cada sujeto.

- Contemplar a los niños y niñas dentro del plan de abordaje para sus madres garantizando el acceso a sus derechos.
- Contemplar la especificidad del acceso a la salud de mujeres embarazadas.
- Considerar que cualquier dimensión de la CET de Luján será potencialmente terapéutica en tanto logre reducir, en alguna medida, el padecimiento (deportivo, cultural, formativo y recreativo, entre otras).
- Acompañar mediante prácticas de cuidado en la línea de reducción de riesgos y daños.
- Generar espacios de escucha profesional (individuales, grupales, para referentes afectivos y encuentros vinculares).
- Considerar que el acceso a espacios con otros que permitan generar condiciones para la construcción de proyectos propios.
- Promover, fortalecer o construir relaciones de articulación con los organismos e instituciones locales, gubernamentales y no gubernamentales.
- Acompañar en las articulaciones sugeridas en las redes territoriales en un marco de corresponsabilidad, a fin de garantizar el abordaje a las mujeres y el acceso a derechos de niños y niñas.
- Visibilizar el espacio a fin incluirlo en las redes junto a otras instituciones públicas y comunitarias.

La "CET de Luján" se posiciona como dispositivo con características innovadoras en la temática de la asistencia a los consumos problemáticos, haciendo fuerte hincapié en la no estigmatización de los usuarios de sustancias y considerándolos sujetos de derechos. En tal sentido, consideran que lo comunitario tendrá un papel central en la asistencia, incluyendo a referentes afectivos y creando condiciones para que los sujetos transiten su red a fin de construir proyectos posibles y que en caso de requerirse la modalidad residencial, será de uso restrictivo y por el menor tiempo posible.

Caracterización:

1- Equipos
2- Días y horarios
3- Población objeto

La "CET de Luján" se caracteriza por ser un espacio de asistencia de abordaje integral que se orienta al acceso a los derechos por parte de los sujetos. Este abordaje trasciende las terapias focalizadas y propone planes interactorales que convierten diversas actividades en acciones terapéuticas.

1. Equipos

El equipo está conformado por diversos actores que, en un marco de corresponsabilidad, acompañarán el tránsito de los sujetos por la casa de acuerdo a las necesidades

singulares. Cada uno tendrá objetivos específicos, indicadores de seguimiento, evaluación de las intervenciones propuestas y actualización de herramientas de sistematización del trabajo. El equipo profesional será el encargado de realizar los diagnósticos situacionales, la lectura de los riesgos, las intervenciones clínicas específicas y las articulaciones pertinentes con los organismos de salud, educación, entre otros.

2. Días y horarios

La "CET de Luján" funciona de Lunes a Lunes, las 24 horas.

3. Población objeto:

Como se ha mencionado, la "CET de Luján" responde a mujeres, mujeres embarazadas y mujeres con niños y niñas que estén atravesando problemáticas de consumo.