

JUNIO 2021
Año 2 | Número 2
ISSN: 2718-8221



CON-TEXTOS

REVISTA DEL CONSEJO PROFESIONAL
DE TRABAJO SOCIAL CABA

Instituciones, movimientos y territorios:
La intervención social interpelada.



Consejo Profesional
TRABAJO SOCIAL
C A B A

www.trabajo-social.org.ar





Con-Textos. Revista del Consejo Profesional de Trabajo Social CABA.

Año 2. Nro 2. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social CABA.

Argentina. 2021.

ISSN: 2718-8221

72pags. 20 x 28cm.





CON-TEXTOS

REVISTA DEL CONSEJO PROFESIONAL
DE TRABAJO SOCIAL CABA

Instituciones, movimientos y territorios:

La intervención social interpelada.



Consejo Profesional
TRABAJO SOCIAL
C A B A

COMISIÓN DIRECTIVA

Presidenta: María Candelaria Rodríguez
Secretaria: Judith Barchetta
Prosecretaria: Laura Di Bella
Tesorera: Karina Mancini
Protesorera: Sara González

Vocales Titulares

Paola Quiroga
Paula Cantor
Jorgelina Matusevicius
Marina Delville
Mariana Cocco

Vocales Suplentes

Agustina Casinelli
Ofelia Musacchio
Nadia Polanco
Natalia Scelzo

TRIBUNAL DE DISCIPLINA

Titulares

Adriana Blach
Elena Garós
Liliana Murdocca
Evelina Simonotto
Guillermo Chirino

Suplentes

Ana María Gómes Meneses
María Elena Rubio
Silvia Lauro
Daniela Chappero
Gabriela Pombo

DISEÑO: Valeria Brudny

ILUSTRACIÓN DE TAPA: Marcela Motta

ISSN: 2718-8221

EQUIPO EDITORIAL

Eleonora Machado
Cecilia Dalla Cía
Alejandra Lanza
Martín Yovan
Mirta Spinoso
Alicia Bustos
Anni Engelmann
Carolina Larsen
María Isabel Bertolotto
María Cristina Conticello
Silvana Barabas Bloch
María Cecilia Bottini

COMITÉ EXPERTO

Norberto Alayón
Yael Barrera
Alfredo Carballeda
Liliana Carrasco
Raquel Castronovo
Adriana Clemente
Beatriz Cuello
Alicia Chaves
Patricia Digilio
Andrea Echevarría
Alejandra Facciuto
Silvia Faraone
Alicia Gardel
Lorena Guzzetti
Florencia Hiquis
Gabriela Liguori
Romina Manes
María Cristina Melano
Martín Moreno
Jorge Paola
Marianela Ressia
Nicolás Rivas
Nadia Rizzo
Claudio Robles
Federico Schuster
Myriam Selman
Miguel Sorbello
Alicia Stolkiner
Virginia Tatoian
Claudia Marcela Torres
Bibiana Travi
Patricia Trinidad Diarte
Washington Uranga
Ana Vallejos
Sofía Virasoro

La revista no se hace responsable por los comentarios y opiniones expresados por lxs autorxs en las notas. Se permite la reproducción total o parcial del material publicado citando la fuente.



Con · Prof ·

Con-Textos es una revista del
Consejo Profesional de Trabajo Social CABA
Bartolomé Mitre 1741 CABA – Tel: 4371-1273 / 8511
consejo@trabajo-social.org.ar

INDICE

| | |
|--|-----------|
| EDITORIAL..... | 4 |
| GARANTIZAR DERECHOS A NIÑAS NIÑOS Y ADOLESCENTES EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: UNA TAREA EN PERMANENTE CONSTRUCCIÓN Carmen Frías y Sara Josefina González. Con la participación de Alejandra Lanza y María Cecilia Bottini..... | 7 |
| NUEVAS MIRADAS: LA INVESTIGACIÓN EN TRABAJO SOCIAL <i>Del patronato a la responsabilidad penal juvenil. Sobre la corresponsabilidad y un sistema de protección que no protege.</i> Evangelina Cavanna..... | 17 |
| TRABAJO SOCIAL SITUADO..... | 23 |
| <i>El lugar de la participación social desde un centro de salud en Lugano</i> Carolina Larrache Mando | |
| <i>Una experiencia de trabajo colectivo en tiempos de pandemia. Prácticas formativas de la Lic. en Trabajo Social - UNLaM</i> María Victoria Farías, María Alejandra Fernandes Nunes, Lorena Beatriz Martín | |
| <i>¿Y si hablamos de la muerte?. Reflexiones en torno al Trabajo Social y derechos al final de la vida</i> Laura Ercej, María Mercedes Rigou | |
| <i>Sífilis adquirida e intervención social. Desempeño profesional del Servicio Social en el Hospital Garrahan</i> Julieta Magalí Masetta, María Belén Gómez | |
| <i>Cierre de la Sala de Internación de Salud Mental: caminando entre preguntas, incertidumbre y la posibilidad creadora</i> Carolina Portel | |
| <i>Mujeres migrantes, acceso a las políticas públicas e intervenciones profesionales: Reflexiones desde el campo de la salud</i> Carolina Julieta Feldman | |
| INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (I.V.E): EL DEVENIR DEL DESEO COLECTIVO. Lorena Guzzetti y Cecilia Dalla Cia..... | 66 |
| RESEÑA DEL LIBRO “ADOPCIONES”. UN MODELO PSICOJURÍDICO PARA LOS PROCESOS ADOPTIVOS. ANÁLISIS, ACCIONES Y PROPUESTAS CONCRETAS DE ABORDAJE. AUTORAS MARÍA FEDERICA OTERO Y CAROLINA A. VIDETTA. Silvana Barabas Bloch..... | 69 |
| ÍNDICE DE ILUSTRACIONES..... | 72 |



EDITORIAL

En diciembre de 2020, relanzábamos **Con-Textos** la Revista de nuestro Consejo Profesional con la ilusión y la convicción de sumar espacios que den cuenta de la pluralidad de voces en Trabajo Social. En esta oportunidad, con esfuerzo y dedicación del equipo editorial, el comité experto y los autores de los artículos que hoy publicamos, presentamos el segundo número de nuestra Revista, logrando que su edición sea semestral, tal como nos lo propusimos al comienzo de este proyecto.

También resulta significativo para nosotros poner en valor la concreción de su formato digital, en papel y en edición accesible. La Revista cuenta con un archivo pdf accesible, EPUB para e-book y MP3 audio libre con voz sintética disponibles para su descarga en nuestra web.

En estos tiempos tan complejos e inéditos que nos toca atravesar, la prolongación de la pandemia y la crisis sanitaria consecuente de la segunda ola de COVID19 nos encuentra frente al desafío permanente de dilucidar nuestras intervenciones, las nuevas configuraciones de las problemáticas sociales que se generan y nuestros derechos como trabajadores.



A más de un año de declararse la emergencia económica, social y sanitaria, nos enfrentamos con otra etapa de restricciones que recrudecen el escenario de las políticas públicas en tanto espacio de desempeño profesional y su capacidad de respuesta a los sectores más vulnerados de nuestra sociedad.

En esta línea, el Gobierno Nacional intenta mermer las consecuencias sociales de estas restricciones, adoptando medidas que apuntan a cubrir un piso mínimo de necesidades, mediante la actualización del monto y la ampliación del universo que accede a la Tarjeta Alimentar, con un subsidio extraordinario de transferencia monetaria para titulares de AUH y monotributistas de las categorías más bajas que perciban asignaciones familiares para la región del AMBA, donde se focalizan las restricciones por la mayor celeridad de contagios y la saturación del sistema de salud.

En paralelo, y a contra marcha, el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires que administra el distrito más rico del país, no solo no ha planificado ninguna medida de protección social hacia sus sectores vulnerados sino que continua con sus políticas de achicamiento del Estado, desprotección de sus trabajadores e irresponsabilidad en las medidas sanitarias. Medidas que afectan el escenario institucional donde se desenvuelven las colegas, siendo que muchas de ellas realizan trabajo esencial sin tener acceso aún a la vacuna contra el COVID19, ni han contado con las protecciones sanitarias adecuadas.

En este escenario, la Revista propone como eje del presente número pensar nuestras ***Instituciones, movimientos y territorios: la intervención social interpelada***. Así lo reflejan los distintos artículos y notas que encontraremos a lo largo de las secciones. Trabajo Social Situado se nutre de las producciones de colegas que transmiten sus reflexiones acerca de sus experiencias profesionales en distintos ámbitos de intervención y con diversos grupos etarios. Encontraremos artículos referidos a salud, educación, trabajo con niños, mujeres migrantes, acompañamiento a personas en final de vida; y en todos los casos, la perspectiva situada desde la praxis en Trabajo Social.

En este número incorporamos la sección Nuevas Miradas, donde encontraremos trabajos de investigación de grado, con el objetivo de incentivar el crecimiento y la difusión de las producciones teóricas de recientes matriculados.

También creemos necesario y oportuno poner en discusión la construcción del acceso a derechos a niñas, niños y adolescentes en la Ciudad de Buenos Aires; para ello contamos con una nota de fondo donde nuestras colegas nos permiten desde una perspectiva histórica atender la coyuntura.

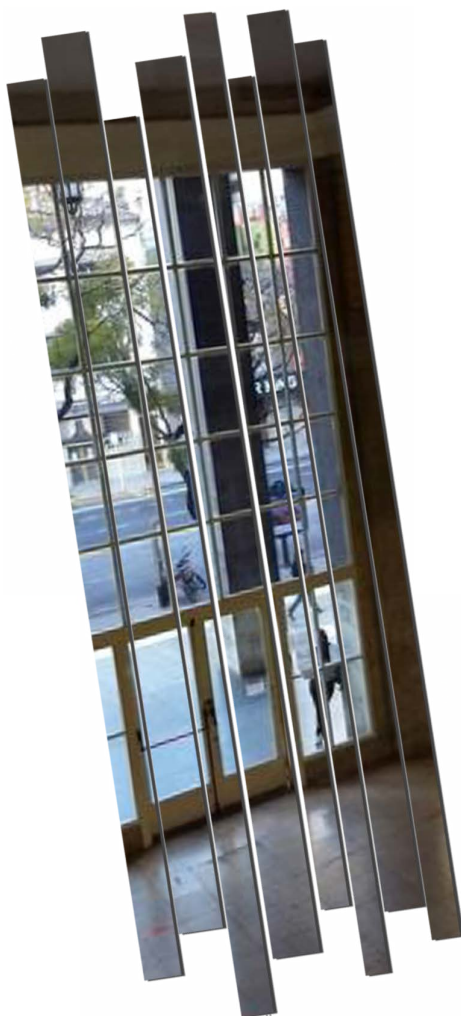
Por último incorporamos una crónica acerca de la promulgación de la Ley 27.610 sobre el Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y la reseña de un libro sobre

Adopciones, desde la lectura de una colega que se desempeña en el ámbito.

Creemos necesario generar publicaciones de nuestros matriculados que apunten a fomentar espacios de reflexión, análisis y dilucidación de nuestras prácticas en este contexto de excepción que nos interpela.

MARÍA CANDELARIA RODRÍGUEZ

Presidenta
Consejo Profesional de Trabajo Social CABA





GARANTIZAR DERECHOS A NINAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: UNA TAREA EN PERMANENTE CONSTRUCCIÓN

**Frías, Carmen y González, Sara Josefina
Prólogo y conclusiones: Bottini, María Cecilia y Lanza, Alejandra*

UNA PERSPECTIVA HISTÓRICA VIVENCIADA

Las autoras contamos desde nuestra propia vivencia los procesos de lucha y construcción del Sistema de Protección de Derechos de Niñxs en la Ciudad de Buenos Aires, de los cuales participamos, para poner en contexto a lxs lectores y resaltar que los logros son colectivos; los resultados de las luchas nos pertenecen a todxs y conocer la historia resulta fundamental para defender los derechos de lxs niñxs.

* **Carmen Frías** - Trabajadora Social, especializada en temática de Niñez y Adolescencia. Con trayectoria en instituciones del Sistema de Protección de Derechos de Niños/as y el Poder Judicial de la Nación.

Sara Josefina González - Trabajadora Social. Máster Internacional en Derechos de la Mujer y Niñxs, Violencia Intrafamiliar y Violencia de Género. Con trayectoria en SPDNNyA. Docente Universitaria.

María Cecilia Bottini - Lic. en Trabajo Social UBA, Diplomada en Género y Movimientos Feministas UBA-Sholem. Se desempeña en el Poder Judicial de la Ciudad de Buenos Aires.

Alejandra Lanza - Trabajadora Social UBA, Especialista en Infancias y Juventudes CLACSO, con trayectoria del SPDNNyA. Grupo de Trabajo Social en Niñez y Adolescencia de la Secretaría de DDHH del CPGSTS.

PRÓLOGO

Recuperar el valor de la gesta de la Ley 114 de Protección Integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires - más aún en este momento de la agenda pública local - supone reivindicar una memoria comprometida del proceso socio histórico político que devino instituyente en el reconocimiento de las niñeces y juventudes como sujetos plenos de derechos. ***Una mirada retrospectiva para una lectura actual.***

Allí habitan los registros propios, vívidos y situados de nuestras colegas, para distinguir con lucidez, las cartografías complejas y multidimensionales que posibilitaron subvertir los órdenes hegemónicos, a lo largo de nuestra historia, particularmente con el advenimiento de la democracia. Esos modos instituidos de castigo y encierro para las infancias pobres en nuestro país, que signaron el derrotero de las políticas sociales por casi un siglo.

Los sentidos en disputa, las interrelaciones entre el Estado y los diversos colectivos sociales y profesionales, los lugares incómodos de las resistencias. Posibles recorridos que nos proponen las autoras para conocer y reflexionar acerca de la construcción - dinámica y controversial - de una alternativa ética y política respetuosa de las niñeces, las juventudes y sus derechos humanos. Luces y sombras de una pugna, por momentos infinita.

ACERCA DE LAS AUTORAS ¿QUIÉNES SON ELLAS?

Carmen Frías y Sara González. Trabajadoras

Sociales. Mujeres, un poquito más allá de la edad mediana de la vida. Sus biografías y amplias trayectorias profesionales están inexorablemente vinculadas a la formación de estudiantes y el quehacer comprometido con los derechos humanos. Compañeras de trabajo, integrantes fundantes y activas de nuestro Consejo Profesional.

Intrépidas en los caminos para discutir los principios y las prácticas consideradas inamovibles. Pioneras de los lugares de gestión estratégica para nuestra disciplina que -altamente feminizada- no ha sido sino con intenso trabajo y lucha colectiva, capaz de conquistar espacios para la transformación social. Sus escrituras compartidas en este número de la Revista Con-Textos, se constituyen en un desafío valioso para nuestro campo de intervención y para las actuales agendas públicas de la Ciudad de Buenos Aires, tan profundamente ligadas a las políticas que perpetúan las ***existencias desechables.***

CAMINANDO HACIA LA LEY 114

Lic. Carmen Frías

Durante años convivimos, todxs aquellxs que trabajamos en Infancias y Adolescencias desde todo campo de intervención del Trabajo Social, con un callejón sin salida: ***la Ley de Patronato***¹. Esta ley se promulga cerca de los años 20 del siglo 20; siglo cruel por excelencia, que no trepidó en la matanza de las infancias en todo genocidio conocido.

Ley que fuera, tal como consta en las versiones taquigráficas de su sanción, y en palabras del Dr. Agote, para "separar" a los niños y niñas y adolescentes de la "escoria", tal como se llamaba a la niñez empobrecida, hija o nieta de

inmigrantes, que en su mayoría eran anarquistas. Estas niñas y niños vivían en conventillos insalubres, muchas veces y pese a los esfuerzos de las familias carecían de escolaridad porque debían comenzar a trabajar a edades tempranas para "pagar la olla". Cualquier coincidencia con realidades actuales no es ficción.

Así fue como las niñeces quedaron divididas en los niños y niñas... y los menores. Rémora que arrastramos por largos años.

Durante la genocida dictadura cívico-militar que destrozó nuestro país, no se veían niñxs en situación de calle: Un intendente famoso por sus autopistas corrió literalmente a los niñxs a la Provincia de Buenos Aires, y a los que quedaban los "internó" en los institutos, lugares de terror, donde lxs chicxs eran legajos, números, sus cabecitas se rapaban por si tenían piojos y, salvo excepciones que por su cuenta tomaban algunos celadores y/o personal de los institutos, el régimen era carcelario.

Las y los que siempre estuvimos cerca de las infancias nos preguntábamos ¿qué hacer? Algunxs, como Ernesto Müller, utilizando su título de docente y amparado por su padre, que había sido Teniente Coronel del GOU (Grupo de Oficiales Unidos), o sea, peronista, se postuló como maestro en el Agote y en el San Martín², y pudo enseñar, tocar la guitarra, humanizar el trato.

Una vez recuperada la Democracia y con el primer intendente democrático de la Ciudad de Buenos Aires -que en esa época no era autónoma- el Dr. Julio Cesar

Saguier(radical), se organizó un pequeño Programa, utilizando una casa expropiada para la construcción de la autopista, en la calle Carranza, que llamó Los Pescaditos, antecedente del Hogar Piedra Libre.

Allí fuimos convocadxs Ernesto Müller, David Ramos y yo. Salíamos nosotrxs mismxs a buscar a los chicxs que estaban solxs en las calles y en las estaciones y tratábamos de convencerlxs de ingresar a Los Pescaditos. Era una casa, germen de lo que fueron en un principio las ONGs convivenciales. ¡Yo, hasta cocinaba!

Cada unx de los chicxs ordenaba sus cuartos, levantaba la mesa, como en casa. Trabajábamos con las familias, familias rotas por la pobreza y sobre todo con Juzgados de la Provincia de Buenos Aires. Y aquí, vale recordar a jueces que se la jugaban por lxs chicxs sin hacer caso de la Ley de Patronato, como la Dra. Marta Pascual o el Chango Brizuela. Como me entusiasmo voy a tratar de ser más concisa.

Desde 1984 hasta 1989, que se firma en nuestro país la Ley 23.849 (que ratificó en la Argentina la Convención Internacional de los Derechos del Niño- CIDN) poco pudimos hacer legalmente. Íbamos alegremente por "izquierda" con los movimientos sociales como el Movimiento Chicos del Pueblo, La Alborada, Encuentro; con lxs operadores de calle del entonces llamado Consejo Nacional. Y hubo jueces que nos avalaron y se la jugaron con nosotrxs.

Señalo, asimismo, que en la justicia de familia, todo el tema de infancias se trataba con el famoso Artículo 234³

(Protección de Persona). Por suerte fue derogado pero una vez ya siendo signatarios por la Constitución de 1994 de Tratados Internacionales, promulgada la Ley 114 y creado el Consejo de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

Fue un largo camino, caminado con alegría, frustraciones las más de las veces, con una mística que nos devolvía la fuerza para continuar, para pelear junto con Ana Chávez del Servicio de Paz y Justicia – SERPAJ - en las comisarías, a riesgo de quedar nosotras adentro, en lugar de poder sacar a nuestrxs chicxs.

Y no es literatura decir "nuestros chicxs"; son nuestrxs. Como una vez en Cuba me dijo una colega, refiriéndose a lxs niñxs con discapacidad que habían quedado solxs: son los Hijos del Pueblo Cubano. Nuestros chicxs, son hijxs del Pueblo. Son Nuestros; no pueden ser los Nadies y sólo visibilizarse cuando desaparecen como la niña M.-

Este camino dio como resultado que la Ciudad de Buenos Aires promulgase la Ley 114. Ley señora, que baja en la praxis a la CIDN. Y esta Ley da lugar a la creación del Consejo de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Y hasta aquí llegué, porque hay mucho más, porque en cada niño, niña y adolescente hay una historia única que merece ser contada, que merece pasar a la historia, porque como Sujetos de Derechos tienen sueños y posibilidades de cumplirlos.

**CRÓNICAS Y AVATARES DE LA
INSTITUCIONALIZACIÓN DEL SISTEMA
DE PROTECCIÓN DE DERECHOS DE
NIÑXS EN LA CIUDAD**

Lic. Sara González

A partir de la apertura democrática en el

año 1983, varios grupos de ONGs trabajaban con la población de calle, en las denominadas "ranchadas", donde se encontraban NNyA que no aceptaban convivencia reglada o se habían escapado de sus hogares o de las instituciones donde habían sido ubicados para su protección. Las más grandes en Capital Federal, eran las que se conformaban en las estaciones de Retiro, Once y Constitución, más un grupo bastante numeroso que estaban siempre en la Avda. 9 de Julio, generalmente más cercanos a la Av. Corrientes. Todos los grupos tenían niñxs, y adolescentes, algunxs de lxs cuales ya habían conformado familia entre ellxs.

En 1986, desde el Ministerio Nacional de Salud y Acción Social -así se llamaba en ese entonces- se constituyó un grupo de profesionales, del cual participé, que elaboró un Programa que se dio en llamar Chicos de la Calle, en ese momento con dependencia directa del Ministro Dr. Barrios Arrechea. Algunxs operadores de esos grupos de ONGs fueron ingresadx como personal contratado del Ministerio para comenzar a institucionalizar el Programa y brindar recursos estatales para esa población.

Así se creó el Programa Chicos de la Calle en el ámbito del Estado Nacional que luego pasó a depender de la Dirección Nacional del Menor y Familia. En esos inicios, la tarea era más militante que un trabajo -en el sentido cabal de la palabra- con lo que algunxs de nosotrxs nos animamos a poner centros de día para chicxs de la calle (así se llamaba entonces) en espacios físicos de pertenencia privada, (como fue mi caso particular) que luego también fueron absorbidos por el Estado, y desarrollados

en espacios públicos.

Mientras tanto, y desde 1984, en la Dirección Nacional del Menor y Familia, fueron revisados los legajos de cada uno de los niños que habían pasado por el organismo, para su ubicación en instituciones o en adopción, en una búsqueda institucional y política de niños que pudieran haber sido apropiados o “desaparecidos” en instituciones masivas. Por supuesto continuaban desarrollándose los programas tradicionales de atención a las familias, niños y adolescentes, algunos de los cuales pudieron ser actualizados en su subsidiaridad.

Fueron épocas muy activas en el intento de protección de la infancia, pero aún con la Ley de Patronato y con la Justicia en una actitud defensiva, que en realidad era ofensiva hacia la población y al gobierno mismo.

En el cambio de gobierno en el año 1989, nuestro país firma la Convención Internacional de los Derechos del Niño y la incorpora a la constitución Nacional de 1994. Se podría decir que esa fue una puerta muy importante de lucha social e institucional para la garantía de los derechos de la infancia, con toda la justicia en contra, con muchos sectores de la sociedad en contra, pero que solidificó vínculos de militantes, de muchos partidos políticos que tenían un ideal y una meta: garantizar la vida y los derechos de niñas, niños y adolescentes. En la Ciudad de Buenos Aires, algunas ONGs se conformaron como Defensorías Zonales de derechos de los niños, tal como la Defensoría El Trapito en La Boca e Igualdad de Derechos en el Barrio de Caballito.

El Gobierno Nacional Presidido por el Dr. Raúl Alfonsín, de la UCR, mostró un alto compromiso con las políticas de infancia y de género. En retrospectiva, es dable reconocer la fuerte impronta en la defensa de los Derechos Humanos de su gobierno.

Durante el mandato de su sucesor, Dr Menem, las políticas focalizadas no sólo no favorecieron las políticas de infancia, sino que hubo un aumento de la pobreza que sumió a miles de familias en la miseria. De todas maneras, en ese período político se creó el Consejo Nacional del Menor y la Familia, organismo que tuvo aciertos y errores, y que actuaba con mentalidad de Patronato, utilizando la letra de la Convención Internacional de los Derechos del Niño. Contradicción en la que quedaban atrapados los niños y las familias.

Nótese que hasta este período, los programas “nacionales” eran aplicables solo en el territorio de la CABA, aunque hubo una incipiente articulación con algunas provincias.

No fue hasta el Gobierno del Dr Néstor Kirchner que se profundizaron las políticas con perspectiva de Derechos Humanos, continuadas y ampliadas durante el Gobierno de la Dra. Cristina Fernández de Kirchner.

La Construcción del Encuadre para Garantizar los Derechos de NNyA en CABA.

Tras toda esa lucha por el cambio de paradigma, el 3 de Diciembre de 1998 se sanciona la Ley 114 de Protección Integral de Derechos de NNyA, promulgada el 4 de Enero de 1999. Es una ley que sostiene los principios de la Convención

Internacional de los Derechos del Niño, conculcados en la Constitución Nacional y la Constitución de la CABA.

La diferencia sustancial con otras leyes que la precedieron o se promulgaron en fechas cercanas (Pcia de Mendoza; San Luis), es que La ley 114 crea un Organismo de aplicación: El Consejo de Derechos de Niñas Niños y Adolescentes.

¿Por qué un Consejo? Porque a partir del mismo se cambiaría la lógica institucional de la compartimentación de las políticas, para pasar a un espacio político-institucional⁴ donde las autoridades que pudieran tener decisión de los Ministerios de Salud, Educación, Cultura y Promoción Social -en la actualidad Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat -debían diagnosticar y planificar las políticas de niñez conjuntamente.

También se sumaban a ese Plenario las asociaciones no gubernamentales (ONGs u OSCs), profesionales destacadxs en la materia designadxs por la Legislatura, en su condición de ser la representación política de la comunidad; un representante designado por la Asesoría General Tutelar en su carácter de Organismo de Justicia de la CABA y representantes del Consejo de Juventud, por su cercanía a los grupos etarios a los que va dirigida esta política.

Crea el Registro de Organizaciones No Gubernamentales que prestan distintos servicios a la infancia y promueve un espacio de asamblea para discutir y elegir a sus representantes al Plenario del Consejo. Estas organizaciones, representan una parte importante de la voz comunitaria, ya que muchas son

hogares de niñxs promotoras de derechos de infancia, cultura, juegos y acciones que están directamente relacionadas a la vida cotidiana de lxs niñxs. Son acciones que la comunidad ha promovido, pero que se han sostenido a través de su vinculación con el Estado, quien al no hacerse cargo de las mismas, subsidia a estas organizaciones para que las lleven a cabo. En muchos casos renunciando a la responsabilidad que le es inherente.

En el espíritu comunitario y territorial que la Ley promueve, también crea las Defensorías Zonales, (algunas preexistentes a la Ley y que fueran incorporadas al Consejo) con la función asignada en el art .61 que indica que las mismas *“...tienen por objeto diseñar y desarrollar un sistema articulado de efectivización, defensa y resguardo de los derechos de niños, niñas y adolescentes. Deben ejecutar las políticas públicas específicas, implementando acciones con criterios interdisciplinarios y participación de los actores sociales”*. Para fortalecer la territorialidad y la distinción de problemáticas de infancia según los barrios, se fueron ubicando por Comuna.

Con la visión de promover y fortalecer la participación comunitaria y la Co Responsabilidad, la Ley crea Consejos Consultivos barriales y promotores de derechos, con el fin de que cada comuna (comunidad) pudiera resolver los problemas de la infancia, respetando el interés Superior del Niño y su derecho a permanecer en su centro de vida, aún cuando fuera necesario la toma de una medida excepcional⁵. Al respecto, frente a situaciones de violación a los derechos de niñxs o adolescentes, el CDNNyA tiene

la potestad de implementar medidas de protección de derechos, las que- de acuerdo al espíritu de la ley- tienden a preservar el derecho de lxs niñxs de vivir con su grupo familiar.

Es decir, el armado del Consejo propone un abordaje interdisciplinar, de red institucional y comunitaria, participativa e INTEGRAL, que promueve la responsabilidad conjunta en el cuidado y protección de la infancia en la CABA, desde la perspectiva de Derechos Humanos, considerando a niñxs y adolescentes como SUJETOS DE DERECHOS. Asimismo, la Ley 114 contempla la perspectiva de género, que atraviesa su articulado y las acciones que de ella emanan. Este es el espíritu de la Ley 114.

Por supuesto, el Consejo evolucionó y fue creando espacios institucionales necesarios para describir, diagnosticar la realidad, recibir las denuncias, y resolver las situaciones de vulneración de derechos. Para la atención de la urgencia y emergencia se establece: la Guardia de Abogados, el DIE (Dispositivo de Intervenciones Especiales) y el CAT (Centro de Atención Transitoria). Por otra parte se crean programas centralizados como el Programa Contra Toda Forma de Explotación, de Adolescentes en Conflicto con la Ley Penal, de Acciones Centralizadas, de Relaciones Interinstitucionales, entre otros. El Registro de Chicos Perdidos fue establecido por la Ley 114 (art 79-80) y el RUAGA (Registro Único de Aspirantes a Guardas y Adopciones), bajo la Ley 1417/2004. Nótese que los Programas que se crearon, estaban relacionados con garantizar los derechos y no con la asistencia propiamente dicha que, sí es

función de la Dirección de Niñez y de otras políticas del Ejecutivo.

La pasión y el convencimiento de todo el personal de todos los estamentos del Consejo, lo fue convirtiendo en una institución reconocida, necesaria, mejorable por supuesto, pero necesaria.

La evolución de la participación en los plenarios de los funcionarios designados hizo que se resolvieran viejísimos problemas como por ejemplo la atención hospitalaria de adolescentes indocumentados (en calle), inclusiones escolares, entre otros.

Sin embargo, las dificultades en la correcta implementación de los cambios establecidos por la ley siempre están ligadas al presupuesto, pero como esta ley indica en el **Artículo 46.- Jerarquía Institucional - Autonomía.** *“El Consejo integra el área Jefatura de Gobierno de la Ciudad y goza de autonomía técnica y administrativa y autarquía financiera (...)”*. Dicha autarquía financiera fue y es una utopía. Si no hay asignación de recursos, no hay política activa. Pero sí hay una política de omisión a la protección de la infancia.

El traspaso de funciones y los procesos políticos de des-virtualización de la Ley 114

Cuando llegué al Consejo para ejercer el cargo de la Vicepresidencia, en el año 2004, ya se venían desarrollando muchos esfuerzos institucionales y políticos para que se cimentara la Institución dentro y fuera del Gobierno de la CABA. Los problemas de lxs niñxs seguían siendo vistos, analizados y resueltos bajo la Ley de Patronato, desde la Justicia “Nacional”, que solo actuaba en el territorio de la CABA.

No fue sino hasta el 2005 con la sanción de la Ley 26.061, que obligó a la Justicia a salir de la interpretación de Patronato para resolver la vida de niñas y niños vulnerados o vulnerables. La Ley Nacional 26.061 obligó a la territorialidad, es decir, que las Provincias y la CABA tuvieran que asumir en su totalidad el rol de administrar las políticas de infancia. Comienzan en ese período los traspasos programáticos “nacionales” a cada territorio provincial.

En el año 2007, se realiza el traspaso de los Servicios de Atención Directa de Protección de derechos de niñxs (Hogares convivenciales, Programa de fortalecimiento de vínculos, Línea 102, entre otros) dependientes de la SENNAF al ámbito de la Dirección General de Niñez y Adolescencia, pero con intervención del Consejo de Niños, Niñas y adolescentes (CDNNyA), a partir del Registro de ONGs. Esto, a los efectos del ejercicio de una de sus funciones más importantes: la de control (del Estado) sobre las acciones de las ONGs que tenían a cargo la intervención en la vida de les niñxs.

Este traspaso se llevó a cabo mediante la Ley N° 2.339, que celebra el acuerdo del GCBA con el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (suscripto en septiembre de 2006 bajo el Convenio N°26/06).

Con el cambio de signo político en el GCBA en el año 2007, a cargo de Mauricio Macri, se mostró desde el primer momento la intencionalidad de desprestigiar la institución, subsumirla al al Ministerio de Desarrollo Social de CABA e ir quitándole funciones, reduciendo personal, desdibujando las

profesiones que deben integrarlo, pagando sueldos magros, haciendo crecer la estructura jerárquica. Se subalterna el posicionamiento del CDNNyA al Poder Judicial, como si toda la historia que acabamos de contar no hubiera existido.

El traspaso de funciones del Estado Nacional a las Provincias y a la Ciudad se continuó con la transferencia de los Dispositivos Penales Juveniles de la SENNAF al CDNNyA, en el año 2017. Este traspaso, fue fuertemente resistido por trabajadores y organizaciones sociales, ya que significaba un acto de desconocimiento del espíritu de la Ley y de las funciones del Consejo.

Es decir, el organismo de defensa de los derechos tiene a su cargo lo que llamamos “los penalitos”, instituciones de encierro para niñxs y adolescentes en conflicto con la ley penal. No puede ni debe el organismo de control de las políticas y defensa y restitución de los derechos, tener a su cargo estas instituciones penales, que limitan derechos. Una locura.

Aún nos cuesta comprender cómo se pudieron conciliar estas funciones. Pero claro, No se pudieron conciliar. Con lo cual convirtieron al Consejo de Derechos en un híbrido, al que ahora le quieren sacar funciones, agregar otras que no tiene ni debe tener, para lo cual es obvio deberán modificar la Ley 114. Es tan grande el desmembramiento y el alejamiento de la concepción de derechos que ostentan, que la modificación se les hace necesaria. Desde esta cosmovisión, la existencia de un organismo que sostenga y defienda los derechos sociales de lxs niñxs y tenga por competencia legal su exigibilidad,

siempre fue molesto.

Finalizamos exhortando a los gremios, a lxs trabajadores, a la clase política, y al mismo Jefe de Gobierno que se sostenga una política de infancia basada en los Derechos Humanos, respetuosa de la Ley Nacional 26061 y la Ley 114 (precursora de aquella), para que les niñeces de esta Ciudad puedan tener una vida más cuidada desde los estamentos del Estado, en el reconocimiento de su ciudadanía.

PALABRAS FINALES

Pensar la institucionalización del Sistema de Protección Integral de Derechos de Niñxs con perspectiva histórica nos invita a adentrarnos en la vivencia de actores, de colegas que han aportado su granito de arena –como ellas dicen- a la construcción de políticas públicas; a la creación de programas desde las bases para ofrecer respuestas a las problemáticas tangibles de niñxs y sus familias. Entendemos de importancia traer este recorrido histórico como trabajo de memoria activa sobre los procesos, los discursos y los movimientos sociales que fundaron nuevas prácticas y formas de atención a la niñez y adolescencia en situación de vulnerabilidad. Prácticas cargadas de poder instituyente, de agencia y en especial de barro, de calle, de habitar con el cuerpo las experiencias de vulnerabilidad.

Narrar en primera persona nos vuelve protagonistas de nuestra historia. Enlazarnos con otrxs, tejiendo acciones con otrxs, genera puentes, alianzas, desata la potencia de lo colectivo, de lo

común. Las autoras mencionan la “mística”, la “militancia”, la “utopía” como palabras claves para entender esa fuerza instituyente. Fuerza que no anida sólo en las críticas a un sistema en decadencia; sino fuerza que halla su cimiento en la organización comunitaria, en ese extra pasional dedicado, convertido en vocación, en sueños y anhelos. Ese extra que supera lo que debe ser hecho de acuerdo a la norma o a la burocracia de turno sino que pone el conocimiento, la emoción y la acción en movimiento para ir en busca de niñeces más felices; para hacer a los sujetos niñxs protagonistas de sus historias y no objetos a ser resueltos, despojados de su personalidad y alejados de su realidad.

Sin lugar a dudas, el proceso motorizado para la sanción de la Ley 114 fue un hito en nuestra historia: ha dado lugar a la voz de lxs niñxs, la que sólo es posible escuchar mediante una mirada integral e interdisciplinaria. Así también, planteó la exigibilidad de las políticas públicas para hacer frente a la pobreza y la remoción de obstáculos contra a la omisión o incumplimiento por parte del Estado. La Ley 114 es una bisagra, un puente, un anhelo para el fortalecimiento de las familias y la superación de la pobreza. Fue hecha vida por personas concretas, por muchxs y entre ellos por tantxs trabajadorxs sociales que le han dedicado tiempo, saberes, lágrimas y risas por construir un sistema mejor para niñxs. Para ya no ser testigos de vidas arrasadas... olvidadas.

Y el sistema tiene fallas... sí... muchas... pero también guarda en sí respuestas para tiempos nuevos. Sólo hay que escuchar la voz de quienes ponen el cuerpo, de quienes lo experimentan, de

quienes dan vida a este sistema.

Podemos dejarles palabras enroscadas, cargadas de definiciones y tristezas... o podemos dejarles un trozo de emoción que nos acompañe a revivificar nuestros espacios de trabajo y luchar por mejorarlos... que nos anime a reinventar prácticas e instituciones, sacando lo mejor de lo vivido y aprendiendo de los errores del pasado.

No es sólo crítica, sino justicia social, construcción colectiva, ternura y creatividad las que guían nuestros pasos.



NOTAS

1. Ley N° 10.903/19 Ley de Patronato de Menores, sancionada el 29/09/1919. Esta Ley daba a los Jueces (Civiles y Penales de Menores) la potestad de disponer por tiempo indeterminado, hasta los 21 años, de los menores en riesgo moral, abandonados o de mala conducta, en institutos para "la reforma de los menores".
2. Centros Socioeducativos de régimen cerrado para adolescentes en conflicto con la ley penal.
3. El Código Procesal, Civil y Comercial de la Nación (CPCC) establece en los artículos 232-237 medidas cautelares que podrían ser resueltas por la autoridad judicial generando actuaciones de "protección de persona". Este artículo fue sustituido por el art 74 de la Ley 26.061.
4. La Ley 114 establece en su art 47 que el Consejo está compuesto por una Dirección Ejecutiva y un Plenario compuesto de acuerdo a lo indicado en el Art 49 de la misma Ley.
5. La Ley 114 establece en el Capítulo Segundo (arts. 36-44) medidas especiales de protección de derechos, que a diferencia de la ley del Patronato de Menores son limitadas en el tiempo, tienen como objetivo la conservación o recuperación por parte del sujeto del ejercicio y goce de sus derechos vulnerados y la reparación de sus consecuencias; plantean formas alternativas de convivencia y la excepcionalidad de la internación; en especial el centro de estas medidas son la desjudicialización de la pobreza y el fortalecimiento familiar.

BIBLIOGRAFÍA

Código Procesal, Civil y Comercial de la Nación (CPCC)

Convención Internacional de los Derechos de Niñas

Niños y Adolescentes (1989)

Ley 10.903/19 Ley de Patronato de Menores, sancionada el 29/09/1919

Ley 23.849/90 Aprobación de la Convención de los Derechos del Niño

Ley Nacional 26061. Protección Integral de los Derechos del NNyA

Ley 114 Protección Integral de Derechos de NNyA de la CABA.

Ley 2.339 (17/05/2007) Aprobación del Acta Acuerdo para la transferencia de servicios de atención directa de protección de derechos de nnya.



NUEVAS MIRADAS:

LA INVESTIGACIÓN EN TRABAJO SOCIAL

La investigación es para nuestra disciplina un campo de disputa de sentidos. La Secretaría de Recientes Matriculados del Consejo Profesional se ha propuesto divulgar las experiencias investigativas de recientes colegas, a través de un ciclo de Jornadas que inició en el año 2019. Con-Textos recupera esta iniciativa y presenta esta sección con el objetivo de incorporar nuevas miradas y las actuales discusiones en el Trabajo Social, así como incentivar el crecimiento y la difusión de las producciones teóricas de la disciplina.

DEL PATRONATO A LA RESPONSABILIDAD PENAL JUVENIL. SOBRE LA CORRESPONSABILIDAD Y UN SISTEMA DE PROTECCION QUE NO PROTEGE

**Cavanna, Evangelina*



El siguiente artículo corresponde al análisis realizado a partir del Trabajo Final Integrador en el marco del Ciclo Curricular Complementario de la Licenciatura en Trabajo Social en la Universidad Nacional de Lanús. La elección del tema desarrollado como sistematización de una práctica profesional tuvo relación al recorrido profesional en el Centro de Admisión Inchausti y en el armado y creación del Equipo de Articulación Institucional dependientes en ese momento a la Secretaría Nacional de Niñez Adolescencia y Familia, comprendido en los años 2012 a 2017.

Hace 15 años ya que hemos dejado atrás el tan despreciable paradigma tutelar o de patronato (Ley 10.903 Patronato de Menores, 1919), bajo el cual operadores de niñez y en especial de la justicia ejercían su poder de adultos para dictaminar la institucionalización y el encierro de aquellos niños, niñas y adolescentes que consideraban se encontraban en riesgo para sí o para terceros, ya sea por desgracia o por desgraciados. Tomando las palabras de Daroqui & Guemureman (1999) hablando de la infancia en peligro y la infancia peligrosa, tanto una como otra constituían la "clientela" de los Tribunales de Menores.

Los clientes del sistema penal son los hijos de las clases pobres, llamando abandono material a todo lo que tenga que ver con condiciones de pobreza. Desde la institucionalización el estado viene a cancelar modos de vida diferentes. El problema no es que haya pobres, sino que haya malos pobres.

***Evangelina Cavanna.** Lic. en Trabajo Social UNLa. Trabaja en la Secretaría Nacional de Niñez Adolescencia y Familia en el área penal juvenil y restitución de derechos.

El Estado colocaba en las familias pobres, trabajadoras, muchas de ellas migrantes, la responsabilidad por ese abandono, y adjudicaba “malas enseñanzas” o “malos ejemplos” que no permitían hacer de esos niños, niñas y adolescentes trabajadores de bien. Es en este sentido que el Estado consideraba necesario promover programas que corrijan la conducta de estos niños, niñas y adolescentes, encerrándolos en Hogares o Institutos de Menores que se encontraban a cargo de las damas de caridad de las clases altas o de la iglesia. Sobre la función del Estado Platt, (2006) dice *promovieron programas correccionales que requerían de largos periodos de encierro, largas jornadas de trabajo y una disciplina militar, así como la inculcación de valores de la clase media y destrezas de la clase baja.*

Los cambios significativos que se dan a partir de la implementación de la normativa que nos trae el nuevo paradigma (Ley 26.061 Promoción y Protección Integral de Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes, 2006) se basa en los lineamientos de la normativa internacional, la Convención de los Derechos del Niño (en adelante CDN) (1990).

Esos lineamientos se paran desde un enfoque de derechos, comenzando por una modificación en el lenguaje de llamar “menores” a llamarlos niños, niñas y adolescentes (en adelante NNyA), esta forma de dirigirse a la población destinataria implica reconocer a los NNyA

como sujetos de derecho. Asumiendo el Estado en su rol la responsabilidad de proteger a esas familias vulneradas, y acompañar en un abordaje integral y desde la corresponsabilidad de todos los actores que componen el Sistema de Protección, comprendiendo estos los organismos gubernamentales, las organizaciones de la sociedad civil y la familia.

En este sentido a partir del año 2007/2008 se descentralizan las viejas estructuras de menores y se comienzan a construir en los organigramas locales, provinciales y nacionales los Organismos de Niñez, Adolescencia y Familia.

La CDN define también lineamientos para abordar las situaciones de conflictividad penal juvenil; plantea que se debe abordar de manera diferenciada a los adolescentes en conflicto con la ley y que los operadores que estén a cargo de estos dispositivos deberán ser operadores especializados en la materia; que solo podrán permanecer en dispositivos penales aquellos adolescentes que sean punibles para la ley penal (en el caso de nuestro país continua vigente la Ley 22.278); plantea que sólo se deben aplicar medidas de privación de libertad como último recurso; que se deben implementar en todos los estados medidas alternativas a la privación de libertad; y que el abordaje desde los dispositivos de responsabilidad penal juvenil deben contener de manera transversal el eje socioeducativo.

Un camino que no parece tan lejano, pero

15 años ya pasaron de la implementación de este nuevo paradigma y aunque los organigramas y estructuras han cambiado, el pesado y viejo paradigma tutelar parece ser la única ventanilla en la que aquellos que no son peligrosos pero están en peligro, terminan encerrados en el laberinto de las instituciones, accediendo a derechos precarizados.

A partir del año 2008 todavía bajo la Dirección de la Secretaría Nacional de Niñez Adolescencia y Familia¹, el Sistema Penal Juvenil con sede en Ciudad de Buenos Aires, adoptó como medidas alternativas a la privación de libertad la medida penal en territorio y las residencias socioeducativas de semi restricción de libertad. Completando esemi restricción de libertad. Completando el circuito en el año 2012 se reglamentó la creación de Dispositivo Centro de Admisión y Derivación (CAD) Inchausti, que consistía en evitar el alojamiento de los adolescentes detenidos por cualquier fuerza policial en comisarías, para ser abordados en su primer momento de detención por un dispositivo especializado dependiente del organismo de niñez. La creación de este dispositivo no sólo permitió actuar preventivamente en situaciones de apremios por parte de la policía en el momento de la detención, sino también, contribuyó a la intervención de equipos preparados con una mirada de derechos al momento de realizar una evaluación sobre la situación por la que los adolescentes quedan expuestos en una situación de

conflicto con la ley.

El dispositivo CAD permitió visualizar la totalidad de la población de adolescentes que ingresan al circuito penal, evidenciándose en sus estadísticas que el reingreso de adolescentes en situación de mayor vulneración son los que engrosaban las estadísticas de aprehensiones. El ingreso al sistema penal se da por un agotamiento del sistema de protección de derechos y del sistema de salud.

Este grupo de adolescentes son aquellos que atraviesan situaciones de mayor vulneración por encontrarse en situación de calle, con problemáticas de salud mental asociadas al consumo de sustancias psicoactivas. El ingreso al sistema penal esta dado por diversas causas menores, como arrebatos, generalmente lesiones leves, atentado y resistencia a la autoridad, todas vinculadas a la situación de consumo problemático de sustancias psicoactivas y la situación de permanencia en calle.

Este grupo de adolescentes a discrecionalidad de los Juzgados intervinientes son retirados del circuito penal o con un operador de calle que los acompaña a pasar la noche en un parador o con sus familias si están ubicables. Las familias vulneradas que se presentan con recursos escasos para llevar adelante las tareas de cuidado, familias que piden ayuda, que a veces piden "que lo encierren un tiempo porque me lo van a matar", que se presentan relatando un sinfín de

recorridos por instituciones que, también por su precariedad y falta de recursos no los acompañan en esas tareas de cuidado. Un “sistema” de protección que no protege ni acompaña, ni funciona como sistema, y se convierte en un laberinto de escritorios a los que se le suman ahora los escritorios judiciales y la amenaza de la institucionalización. Y desde ese laberinto la estigmatización, la exclusión, la inaccesibilidad a derechos.

Son los mismos jóvenes de los que nos hablaba Daroqui o Platt, pero ya no quedan dentro de las instituciones para ser corregidos o cuidados, ahora van y vienen incansablemente recorriendo todo un circuito, que no tiene salida.

La función del Estado hoy en este nuevo paradigma es un poco más difusa, en el sentido que no podemos sostener que las instituciones o políticas públicas en materia de niñez y adolescencia mantengan el paradigma tutelar, pero tampoco podemos afirmar que hoy éstas políticas están íntegramente regidas por los principios rectores de la Ley de promoción y protección integral de derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Creemos que como parte de nuestro rol es precisamente la práctica y los indicadores que recogemos a partir de ella lo que nos debe motorizar nuevas intervenciones. Consideramos que como profesionales del campo de lo social debemos estar atentos y atentas a esos indicadores y estar abiertos a

cuestionarnos y a cuestionar lo institucionalmente establecido.

Entendemos que es necesario avanzar en prácticas y lógicas de relaciones institucionales diferentes en el aporte a la construcción de políticas públicas con una mirada en la protección de derechos. Lógicas de relación institucional que nos permitan fortalecer esa red que necesitamos para abordar estas y otras tantas problemáticas complejas, que sostengan a los más vulnerables y que nos sostenga a quienes nos proponemos trabajar por y para ellos. Lógicas de relación que comiencen, de a poco a construir un tejido social distinto.

Es importante desplazar las intervenciones del eje estrictamente punitivo. En ese sentido apelar a la corresponsabilidad de todos los actores involucrados en la crianza y acompañamiento adolescente desde un lugar de escucha que tenga en cuenta sus necesidades pero también su capacidad de responsabilización es una forma de fortalecer a la comunidad en su conjunto. La corresponsabilidad como concepto implica el compromiso y la obligación de asumir una responsabilidad compartida por todos los actores que integran el Sistema de Protección de Derechos

El desafío que tenemos por delante es la conformación de redes institucionales en las cuales empecemos a generar estrategias de intervención de manera cooperativas (Dabas, 2003), coordinadas y

sinérgicas promoviendo ligaduras que tiendan a fortalecer el lazo social y a generar nuevas y diversas formas horizontales de gestión de los conflictos, sostenidas por los actores de la red local y, de esa manera, posibilitar una auténtica restitución comunitaria.

NOTAS

1. Los dispositivos penales juveniles con sede en CABA fueron los últimos dispositivos en descentralizarse de la dirección de la SeNNAF para pasar a la órbita del consejo de Derechos en el año 2017.

BIBLIOGRAFÍA

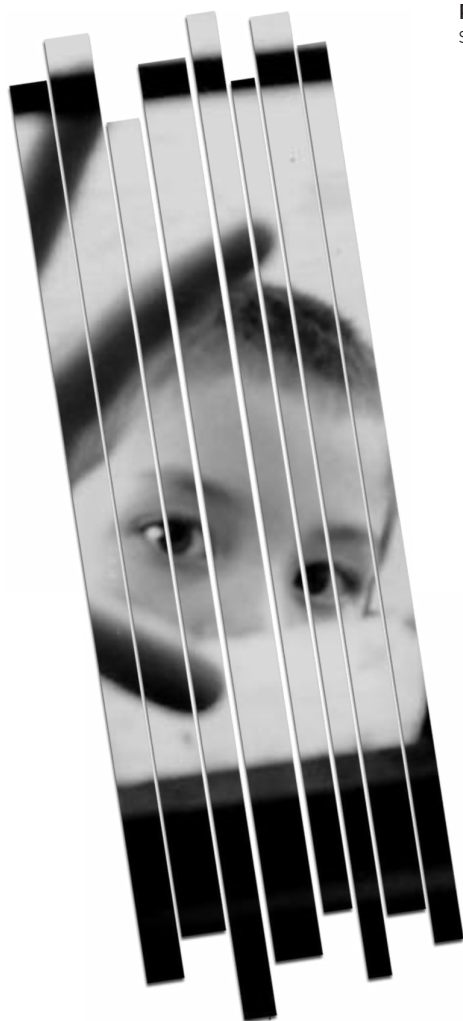
Dabas, E. (2003). *¿Quién sostiene a las familias que tienen que sostener a los niños? Redes sociales y restitución comunitaria.* Revista Terapia y familia, 16 (2).

Daroqui, A., & Guemureman, S. (1999). *Los menores de hoy, de ayer y de siempre. Un recorrido histórico desde una perspectiva crítica.* Revista Delito y Sociedad (13).

Ley 10.903 Patronato de Menores . (1919).

Ley 26.061 Promoción y Protección Integral de Derechos de los Niños Niñas y Adolescentes. (2006).

Platt, A. (2006). *Salvadores Del Niño.* (Quinta Edición ed.), Siglo XXI Editores.



TRABAJO SOCIAL SITUADO



EL LUGAR DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL DESDE UN CENTRO DE SALUD EN LUGANO

* Larrache, Carolina

El escrito surge a partir de un trabajo final de cierre de rotación en el primer nivel de atención en el marco de la Residencia de Trabajo Social de CABA. Se abordan las estrategias de participación social en atención primaria de la salud, a partir de dicha experiencia profesional.



INTRODUCCIÓN

Este escrito fue realizado en el marco de la Residencia de Trabajo Social de la Ciudad de Buenos Aires. En primer lugar se relata una aproximación al territorio, luego se realiza un breve aporte conceptual, para abordar la historia ligada a la participación social en el CESAC de referencia. Se finaliza con algunas reflexiones al respecto, subrayando la importancia de partir de las trayectorias comunitarias, recuperando su dimensión histórica, para desde allí pensar la participación social en salud.

Para realizarlo, se hizo una revisión bibliográfica y de documentos elaborados por el equipo de salud del CESAC, se sistematizaron experiencias, y se mantuvieron encuentros con las Lic. en Trabajo Social del centro de salud, a quienes les agradezco el acompañamiento.

*Carolina Larrache - Lic. en Trabajo Social UBA. Residente de Trabajo Social en Salud en C.A.B.A.

LLEGANDO AL CESAC

Caminando unas pocas cuadras desde la estación de Lugano, por la avenida Riestra, se llega a Villa 20, también conocido como Barrio 20, o Barrio Papa Francisco. Desde temprano la calle por la que voy se va llenando de puestos en la vereda, a modo de feria, la gente desayuna, sale a trabajar, los chicos y chicas a la escuela. Van abriendo los locales, pasan grupos de cooperativistas del barrio haciendo tareas de limpieza. También se ve alguna máquina trabajando, camiones que pasan con materiales, trabajadores pasando caños por tramos de veredas cortadas: parte del proceso de reurbanización del barrio, me contarán después. Peluquerías, verdulerías, un supermercado, ferretería, restaurants, remiserías, locales de organizaciones y partidos, y a la izquierda la canchita de fútbol. Más allá la capilla y el centro comunitario (donde meses después voy a preguntar por la placa de cerámica en la puerta en homenaje a militantes desaparecidxs, y me van a responder que de eso no saben nada, hasta que mis compañeras del CESAC me cuenten de ese fragmento de historia y conozca a una de sus protagonistas). Y un poco más allá, la vía del Belgrano sur corriendo por el costado, y todo el barrio con sus manzanas desplegándose hasta la Avenida Cruz.

Pareciera estar en un punto neurálgico del barrio: la cancha de fútbol, la capilla, y en la esquina, el CESAC, ajustadito entre las demás construcciones, con algún pibi en la vereda conectado al wifi con la netbook, carteles con avisos de todas las letras, y una sala de espera por la que, hasta antes del covid, había que pedir permiso para pasar entre tantas mujeres con sus niños a cuestras desde bien temprano. Hasta ahí me llevó la Residencia de Trabajo Social. Ahí voy a “rotar” durante más de un año y medio, pandemia mediante.

¿Y qué es un CESAC? Esas siglas con las que nos vamos familiarizando a fuerza de repetición y que van siendo reversionadas en palabras de quienes lo habitan. Sus siglas quieren decir “Centro de Salud y Acción Comunitaria”, y hay más de 48 de ellos en la Ciudad de Buenos Aires. En realidad ahora ya no son más CESAC, sino que son “Centros de Salud Nivel 1 (ex CESAC). El gobierno de la Ciudad quitó, al menos de la denominación, la parte de Acción Comunitaria. Pero, sabemos que hay distintos modos de construir lo que se nombra.

Desde la lógica del sistema de salud, este centro pertenece al subsistema público, está inserto en una jurisdicción particular, la de la Ciudad de Buenos Aires, compone el área programática de un Hospital General y a su vez depende del área de atención primaria de la salud del Ministerio de Salud. Sus objetivos, manifiestos en las páginas oficiales, son llevar adelante acciones de prevención, de promoción, de asistencia de la salud, junto con múltiples programas verticales de inmunización, materno infantil, de tuberculosis, de salud sexual, nutrición, salud comunitaria, entre otros.

Nuevamente, también sabemos que esa lógica no es la única que rige la vida de un centro de salud. Otra perspectiva resalta la historia que tiene en el territorio, los lazos entretejidos, los acuerdos y desacuerdos, los referentes de esa construcción, el sentido de las decisiones que se han ido tomando. Un campo vinculado a lo que podríamos nombrar como la participación social o comunitaria en la historia de este centro de salud. La parte de “Acción Comunitaria” de la sigla que perdura entre buena parte de los, las, les trabajadores de la salud y de quienes habitan el CESAC.

LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

La participación comunitaria y la atención primaria de la salud son temáticas abordadas en los documentos de los principales organismos internacionales de salud, como la Declaración de Alma Ata¹ y de Astaná², así como en políticas y programas nacionales³ e internacionales. Desde diversas posturas, estos documentos destacan la importancia de la participación social a la hora de desplegar estrategias de atención primaria de la salud, como modo de promover lo que definen como el “empoderamiento”, la “implicación de las familias y comunidades”, o bien el “protagonismo ciudadano”.

Desde la corriente de la salud colectiva, Menéndez va a plantear la importancia de una perspectiva que reconozca que los sujetos participan a partir de su cotidianeidad, cuestionando la concepción de la población como exclusivamente receptiva y pasiva. Y a su vez problematizando que *“...antes que el sistema de salud, las ONG o los académicos preocupados actualmente por la PS (participación social), toda una serie de actores sociales reflexionaron, impulsaron y/o actuaron previamente en términos de PS (...) Por lo tanto, la reflexión sobre la participación social referida al PSEA debiera tener como marco referencial esas múltiples trayectorias, lo que sin embargo no ocurre en la mayoría de las reflexiones/investigaciones y sobre todo en las acciones desarrolladas por el Aparato médico sanitario”* (Menéndez, 2006: 54).

En este mismo sentido, Testa plantea dos modos principales del surgimiento de la participación: *“como un proceso nacido desde el conocimiento de las necesidades sufridas y sentidas por la población, junto con el convencimiento de que la acción grupal puede superar los problemas que la acción individual no puede resolver, o como una propuesta o proyecto organizativo de alguna autoridad tendiente a resolver las necesidades señaladas. En el primer caso, el proceso está ligado a toda la vivencia comunitaria y basado en un requisito de intersubjetividad que es origen y resultado de ese proceso: es una cuestión concreta. En el segundo, el proyecto se encuentra fuera de contexto real, lo cual conduce inevitablemente a su fracaso, pues se trata de una simple abstracción.”* (Testa, 1993:168) Desde esta postura crítica, la participación en salud puede ser entonces un proceso que surja de la vivencia concreta comunitaria y de las necesidades de determinada población, o como un proyecto que “baja” desde la autoridad de forma abstracta, copias de propuestas de organismos internacionales *“que son sustituidas unas por otras en la medida de su sucesivo fracaso.”* (Testa, 1993: 168). Estas ideas nos invitan a partir de las experiencias concretas para desde allí poder pensar la participación.

ESTRATEGIAS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, RECUPERANDO SU HISTORIA

Para realizar este apartado, se consultaron una serie de informes y escritos realizados a lo largo de varios años por el equipo de salud⁴. Según relatos históricos⁵, en la década del ´70 el padre Botán, quien formaba parte del Movimiento de curas tercermundistas, junto con un grupo de vecinos y vecinas se organizaron para construir a pulmón una “posta sanitaria” para el barrio. En el ´76 con la dictadura cívico militar el centro fue desmantelado y usado como base de la Comisión Municipal de la Vivienda y de la policía montada, como parte de la brutal represión a militantes de la villa y hostigamiento a sus habitantes para que desalojasen sus viviendas. *“Querían borrar todo”* recuerda la actual jefa de enfermería⁶.

Ya con el retorno de la democracia en 1983, de la mano de un grupo de vecinos y vecinas que buscaban reconstruir el espacio, se empezó a usar para hacer entrega de las cajas PAN⁷. En el transcurso de esos años se pasó *“de lo que fue una “postita” a transformarnos en un centro de salud... aparecieron algunos locos que les gustaba el lugar... Mientras, la gente del barrio le fue dando una mano de pintura a cada habitación; así fuimos teniendo dos o tres consultorios. La misma gente del barrio hacía la sabanita para poner sobre las camillas, las lavaban una vez por semana, daban una barrida a la mañana.”*⁸

Mucho más recientemente, ya en el año 2008, desde el equipo de salud del CESAC junto con un conjunto de organizaciones sociales y organismos estatales, comienza a darse lugar a lo que es hoy el “Espacio de los jueves”. El Espacio surge como una mesa semanal de trabajo para el abordaje de los problemas ambientales que afectan la salud en Villa 20, acompañando los procesos sociales existentes en el barrio. En un comienzo se trabajó respecto a un estudio de plumbemia por la presencia del cementerio de autos, elaborando *“medidas estructurales elaboradas con referentes comunitarios para ser adjuntadas en el informe al juzgado sobre plumbemia”* (Espacio de los Jueves). Luego, se realiza un Relevamiento de los problemas de salud ambiental del barrio que surge a partir de *“las demandas...de referentes comunitarios realizadas a las máximas autoridades gubernamentales de distintos niveles (nacional-municipal) respecto a cloacas, agua potable, basura, existencia de plagas, guardias para los fines de semana...”*(Informe Socioambiental, 2008).

Todo este proceso dió lugar a la conformación de las reuniones del “Espacio de los jueves” y a un Curso de salud comunitaria dirigido a referentes comunitarios/as. Relatan las trabajadoras sociales entrevistadas: *“A partir de una carta de un referente de un comedor barrial, se hizo un Informe Ambiental. Y empezamos a ver qué necesidades puntuales podíamos tomar, se tomó el curso de prevención del dengue. Y vimos que habían ganas de seguir participando, así que se armaron 2 espacios: Uno más operativo, el espacio de los jueves, y otro de capacitación, el curso de salud comunitaria.”* (Entrevista Lic. Trabajo Social)

En las entrevistas realizadas, se subraya la forma de organización impulsada por este espacio: el Centro de salud posicionado de forma igualitaria con el resto de los actores, considerando los saberes específicos de quienes formaban parte de la mesa, en una relación planteada como horizontal, lo que se evaluaba como un aspecto diferencial respecto de otras formas de toma de decisión a nivel barrial. En este sentido, las entrevistadas referían que esto conllevó sus costos positivos y negativos, en relación con un posicionamiento del centro de salud en el barrio.

Desde el año 2008 a aproximadamente el 2014, de acuerdo a lo relevado, desde el espacio se trabajó fuertemente en lo que se identificaba como las principales problemáticas del barrio, vinculadas a la existencia del cementerio de autos, a los reclamos por la instalación del “polo farmacéutico”⁹, al reclamo de un Hospital para Lugano¹⁰, el acompañamiento del proceso de la toma del Parque Indoamericano, la finalización de la obra paralizada del otro centro de salud del barrio, la problemática de la basura o gestión de residuos sólidos urbanos, y la defensa del espacio público de la “canchita de los huérfanos”, ubicado frente al CESAC.

Durante las entrevistas, se planteaba respecto al Espacio de los Jueves: *“El CESAC dando legitimidad a reclamos que sino, no iban a estar siendo escuchados”* (Entrevista Lic. Trabajo Social).

De un tiempo a esta parte, y como proceso que marcó fuertemente la práctica, el proceso de reurbanización en Villa 20 llevado adelante por el IVC, denominado Programa Integral de Re-Urbanización de Villa 20 (PIRU), viene concentrando muchas de las discusiones de los espacios de organización. Es necesario tener en cuenta que la reurbanización es una conquista de sucesivas luchas de las organizaciones barriales, que dio lugar primero a la Ley 1770/05 (modificada por las leyes N° 1853, 2054 y 5705)¹¹. Si bien excede este trabajo, es importante mencionar que el Centro de salud se ha visto fuertemente implicado en el proceso de reurbanización, entendiendo que este atraviesa a todo el barrio y las instituciones que están en él, siendo de un dinamismo constante y transformando las condiciones de vida de la población. En este sentido, se formó parte de la llamada “mesa técnica”, establecida por Ley como la Mesa de Gestión Participativa, conformada por los actores representantes de los vecinos y vecinas, organizaciones e instituciones, siendo parte de un proceso que está actualmente en marcha.

DANDO FORMA A ALGUNOS APRENDIZAJES

Este proceso nos lleva a interrogar nuestras propias prácticas, recuperar la propia historia del territorio en el que trabajamos, o nos insertamos, como modo de dar lugar a la posibilidad de desencadenar procesos de transformación, que es lo que en definitiva apunta la participación social entendida como participación nacida de las necesidades sentidas de la población.

Respecto a la construcción junto con organizaciones sociales, reflexionar acerca de que en el propio proceso se va construyendo una historia en común llena de encuentros, disputas, contradicciones, con momentos irremplazables a recorrer.

Reconocerse como parte de esta historia, en este caso en nuestra rotación como residentes en salud, formando parte de actividades más puntuales como talleres en organizaciones, reuniones de articulación con distintas organizaciones y espacios de encuentro de instituciones, así como el trabajo asistencial diario, que están inscriptos en procesos más amplios.

Lograr aquello que se denomina participación social en salud continúa siendo un desafío y un horizonte a conquistar, sabiendo que los procesos de participación de la población no responden a fórmulas ni a una metodología que pueda extrapolarse de una experiencia a otra, sino que son procesos que surgen y se desencadenan a partir de las necesidades sentidas de la población junto con la conformación de movimientos sociales que puedan incidir en el estado de las cosas.

Para finalizar, continúa vigente la pregunta acerca de qué manera recuperar la historia de participación y organización territorial para construir desde allí, junto con cómo continuar entramando nuestras prácticas desde salud con los procesos de participación y organización comunitaria.



NOTAS

1. La Declaración de Alma Ata plantea: "El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud". Disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
2. La Declaración de Astaná señala al respecto: "Apoyamos la implicación de las personas, las familias, las comunidades y la sociedad civil mediante su participación en la elaboración y aplicación de políticas y planes que repercutan en la salud" <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-s.pdf>
3. "Nuestra experiencia de gestión ha sido trabajar cerca de la gente y con la gente. Sólo construiremos un sistema de salud sólido y justo si perseveramos y profundizamos la participación ciudadana y su real protagonismo en la construcción colectiva." (Plan Federal de Salud 2004)
4. Se revisaron los siguientes documentos: Recuperando la historia de la constitución formal del centro de salud desde la palabra viva de sus actores. Informe de Relevamiento de los problemas de salud ambiental encontrados en Villa N° 20 (GreSAM). 2008. Informe espacio comunitario del CESAC. 2014. Informe de la situación actual de la gestión de residuos sólidos urbanos en Villa 20. Espacio de los jueves. 2017
5. Buenos Aires voces al sur: construcción de identidades barriales - 1a ed. - Buenos Aires Instituto Histórico de la Ciudad de Buenos Aires, 2006.
6. Entrevista realizada durante proceso de inserción de la rotación, Enero 2019
7. Refiere al Programa Alimentario Nacional, lanzado por Alfonsín en el año 1984.
8. Buenos Aires voces al sur: construcción de identidades barriales - 1a ed. - Buenos Aires: Instituto Histórico de la Ciudad de Buenos Aires, 2006.
9. Refiere a la existencia de un terreno en el predio sito en Av. Escalada y Av. Cruz, cuya erradicación se tornó eje central de la lucha desde el espacio. El mismo era un foco de contaminación ambiental, su existencia dio lugar a una causa judicial que solicitaba la realización de estudios de contaminación por plomo en sangre. En el año 2009 se dicta su clausura, y puede decirse que a partir de la lucha de las organizaciones y vecinos y vecinas de Villa 20, actualmente en dicho terreno se ha construido el Barrio Papa Francisco.
10. Refiere al Centro Asistencial Dra. Cecilia Grierson, inaugurado en el 2009 pero que hasta el día de hoy no está constituido en Hospital por faltante de servicios, motivo por el cual se continúa luchando por el "Hospital para la Comuna 8".
11. Para acceder a la Ley: <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley5705.html>

BIBLIOGRAFÍA

- Dabas, E. (2003).** *¿Quién sostiene a las familias que tienen que sostener a los niños? Redes sociales y restitución comunitaria.* Revista Terapia y familia, 16 (2).
- Menéndez, Eduardo, Spinelli, Hugo (Coord) (2006).** *Participación social: ¿Para qué?* Bs. As. Lugar Editorial
- Rovere, Mario (1999)** *Redes en salud; un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad.* Rosario. Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.
- Testa, Mario (1997)** *Pensar en Salud.* Bs As. Lugar Editorial
- Buenos Aires voces al sur: construcción de identidades barriales (2006)** Cuadernillo N° 6. Buenos Aires. Instituto Histórico de la Ciudad de Buenos Aires.
- Informe de Relevamiento de los problemas de salud ambiental encontrados en Villa N° 20 (GreSAM) (2008)**
- Informe espacio comunitario del CESAC 18 (2014)**
- Informe de la situación actual de la gestión de residuos sólidos urbanos en Villa 20. Espacio de los jueves (2017)**
- Declaración de Alma Ata.** Disponible en <https://www.paho.org/>
- Declaración de Astaná.** Disponible en <https://www.who.int/>
- Ley 5705.** Disponible en www2.cedom.gob.ar

UNA EXPERIENCIA DE TRABAJO COLECTIVO EN TIEMPOS DE PANDEMIA. PRÁCTICAS FORMATIVAS DE LA LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL - UNLAM

**Farías, María Victoria; Fernandes Nunes, María Alejandra; Martín, Lorena Beatriz*

En este artículo presentamos un proceso de prácticas formativas que resultó particular. Inició en presencialidad, se vio interrumpido y se reconvirtió a la virtualidad. Exigiendo mayores desafíos, su viabilidad se sustentó en el trabajo colectivo y los vínculos entre todes les actores del proceso.



INTRODUCCIÓN

Este artículo es parte del camino de investigación que venimos transitando como equipo docente¹, buscando analizar los procesos pedagógicos planteados en las materias de Práctica III (Organizaciones) y Práctica IV (Planificación y Proyectos) de la Carrera de Trabajo Social de la Universidad Nacional de La Matanza, donde acompañamos a los estudiantes en las últimas prácticas formativas que cursan antes de graduarse.

En el contexto actual de crisis sanitaria, y continuando con nuestra convicción respecto a revisar nuestra tarea docente, vimos relevante recuperar una experiencia particularmente especial, la de estudiantes que comenzaron sus prácticas en agosto 2019, que fueron interrumpidas

* **Farías, María Victoria** - Lic. Trabajo Social (UNLaM) - Actualmente en: Secretaría de Desarrollo Social del Municipio de La Matanza - Docente e Investigadora de la Universidad Nacional de La Matanza.

Fernandes Nunes, María Alejandra - Lic. Trabajo Social y Mg. en Cs. Soc. (UNLaM) - Actualmente en: Observatorio de la Dirección de Gestión y Evaluación Institucional de la SENAF - Docente e Investigadora de la Universidad Nacional de La Matanza.

Martín, Lorena Beatriz - Lic. Trabajo Social (UNLaM) - Actualmente en: Dirección de Promoción del Empleo y Formación para el Trabajo del Municipio de Morón - Docente e Investigadora de la Universidad Nacional de La Matanza.

en marzo 2020 por el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) que impuso la pandemia, retomadas en agosto de manera virtual, y concluidas en diciembre de dicho año.

Desde las prácticas formativas buscamos favorecer el desarrollo de perfiles profesionales que se identifiquen con un pensamiento no estandarizado, capaces de intervenir desde las particularidades que asumen los diferentes campos de actuación y de construir procesos de intervención situados. Proponemos un equilibrio riguroso a la hora de mirar la teoría y la práctica, nunca aisladas, siempre en tensión entre sí, en relación contradictoria, entendiendo que producimos conocimiento a partir de múltiples aportes (Fernandes Nunes et al., 2017). Como plantea Freire (2004) consideramos que no sirve el basismo que niega la validez de la teoría, y no sirve el elitismo teorista, que niega los objetos “ni basismo ni elitismo, sino práctica y teoría iluminándose mutuamente”.

Promovemos en todas las experiencias que la definición del hacia dónde se encaminará la práctica sea un proceso consensuado entre estudiantes, referentes y docentes. Esto requiere de múltiples acuerdos que se plasman en la construcción compartida de “la matriz referencial, o mirada desde la cual accedemos a la realidad y desde la que vamos a actuar” (Cazzaniga, S., 2009). Y en tiempos pandémicos, el poder establecer estos acuerdos requiere de mayor flexibilidad, disponibilidad y compromiso con el proceso formativo de todos los actores involucrados, y por eso nos propusimos recuperar esta experiencia de prácticas formativas en TS en virtualidad.

Nuestras fortalezas siempre residieron en la calidez del aula, las relaciones cercanas que construimos con los referentes de los centros de prácticas y los vínculos próximos que generamos con los estudiantes, “donde la proximidad y la afectividad son lugares fundantes de una manera de estar juntos” (Páez, 2015). En contexto de pandemia estas fortalezas contribuyeron al desarrollo de una propuesta pedagógica adaptada a las posibilidades que brinda la virtualidad. Esta situación nos generó dudas, riesgos, incertidumbres, preguntas, que decidimos compartirlas aquí intuyendo que son similares a las de muchos docentes de prácticas en Trabajo Social.

LO QUE ESTÁBAMOS TRANSITANDO CUANDO LLEGÓ LA PANDEMIA

El *segundo cuatrimestre de 2019* se desarrolló de manera presencial, con un grupo de estudiantes que trabajaron en equipos insertos en cuatro centros de prácticas. Ese año propusimos dos áreas sociales de gobiernos locales y dos organizaciones sociales. Esta propuesta surgió de la convicción de plantear un aula variada y con contrastes que propicien saberes diversos.

Durante ese cuatrimestre las prácticas siguieron su curso habitual, transitando los estudiantes la inserción y la aproximación diagnóstica a partir de la cual propusieron probables líneas de acción.

Experiencias desarrolladas:

| CENTROS DE PRÁCTICAS | APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA | IDEA DE INTERVENCIÓN |
|--|---|--|
| Política de niñez orientada a la primera infancia | Los equipos profesionales, TS y psicólogos no compartían criterios interdisciplinarios | Construir una Red Nacional que contribuya al trabajo interdisciplinario. |
| Área municipal de atención a personas con discapacidad | Debilidades en la difusión de información sobre la atención y la promoción de los derechos de las personas con discapacidad en el distrito. | Construir una Guía de Derechos de las personas con Discapacidad como material de trabajo para el Municipio, profundizando en dos ejes: Derechos y Trámites, y Derechos y Actividades. |
| Sociedad de fomento en el conurbano bonaerense | La sociedad de fomento desarrollaba sus actividades con la comunidad y participaba de diversos espacios territoriales, pero necesitaba repensar sus fundamentos, objetivos y organizar su trabajo diario. | Construir un Proyecto Institucional que contribuya al trabajo de la organización para la promoción comunitaria y la construcción territorial. |
| Centro político cultural en CABA | Limitantes en la apertura territorial de la organización, derivadas de la accesibilidad a la sede de la organización y poca participación de los vecinos en las actividades culturales y políticas. | Proponían en conjunto con los referentes que el proyecto incentivara la participación comunitaria y la apertura territorial por parte de la organización. |

Hasta aquí se habían encaminado los grupos cuando el proceso se interrumpe por el ASPO en marzo de 2020, tanto en el aula como en el territorio.

Entre marzo y julio de 2020, en un contexto de total incertidumbre, las docentes mantuvimos comunicaciones periódicas con estudiantes y referentes. En julio la universidad habilita el retorno a las prácticas, con modalidad virtual tanto para las clases como para la participación de los estudiantes en los centros.

Al retomar la cursada en agosto 2020, así como la sociedad toda estaba fuertemente atravesada por la pandemia, también lo estaban las organizaciones. Las dificultades y la sensación de incertidumbre inundaron lo cotidiano, los imprevistos se multiplicaron. A las dificultades de las políticas y de las poblaciones se agregaron dificultades propias de los procesos de los estudiantes en los centros. A esto se sumaba que las líneas de intervención pensadas a finales de 2019 ya no contaban con la misma viabilidad, ni la misma centralidad.

Los estudiantes comprendieron las complejidades que atravesaban las organizaciones en el escenario de pandemia, y ponían en común cómo las mismas se vieron obligadas a reconfigurar sus intervenciones y a reorganizar la demanda que iban recibiendo por parte de sus comunidades.

“La intervención en lo social hoy implica la convivencia en un mismo contexto de diferentes lógicas con sus consecuentes formas de entender y revelar que se encuentran en tensión permanente, generándose de esta manera una serie de pujas que tienen un carácter novedoso para la época y remiten a la persistencia de lo “viejo” y su lucha con lo que está llegando, todavía no del todo conformado.” (Carballeda, A., 2014). A estos desafíos, propios de los procesos de práctica, se agregaron nuevos obstáculos que imponía la virtualidad en las comunicaciones, y los vaivenes propios del proceso de aprendizaje, conformando escenarios complejos al momento de llevar adelante una propuesta pedagógica durante la pandemia.

LOS VÍNCULOS QUE CONSTRUIMOS EN LOS PROCESOS FORMATIVOS

Consideramos que en las experiencias formativas se dan múltiples relaciones entre los actores intervinientes, construyendo lazos sociales. Al decir de Carballeda (2015), “hay lazo en la medida que haya un Otro en tanto posibilidades de intercambio, reciprocidad y trama social situados en un espacio y un tiempo”. La fortaleza alcanzada en los vínculos fue lo que nos permitió ajustar la propuesta pedagógica al contexto de ASPO, y construir estrategias para continuar las prácticas con este grupo de estudiantes en estas organizaciones.

El vínculo que se da entre **docentes - estudiantes** asume características de cercanía y confianza, promoviendo de manera constante el desarrollo del pensamiento crítico. Siempre promovemos que los grupos alcancen progresivamente mayores niveles de autonomía. Inician sus prácticas observando y acompañando, con tareas y consignas muy pautadas, hasta llegar a proponer ideas de intervención y el diseño y la concreción

de una de ellas, con actividades centrales a su cargo, de implementación y de evaluación.

Desarrollamos nuestro rol docente desde una lógica de proximidad, acompañando a los estudiantes y a los grupos en sus particularidades y, en este contexto de pandemia agregamos al análisis otra dimensión que hemos visto necesario que creciera significativamente, la *amorosidad* con la que afrontamos tanta incertidumbre y tantos miedos.

Cuando nos enfocamos en el vínculo **estudiantes - estudiantes**, es central referirnos a la estrategia del *“grupo compañere”*. La misma consiste en que cada grupo del aula es acompañado por otro grupo, que va leyendo los trabajos y haciendo un seguimiento activo del proceso en clave de evaluación y propuestas. A cada grupo se le asigna para toda la cursada el mismo *“grupo compañere”*. En la voz de uno de los grupos aparece así lo vivido: *“creemos habernos nutrido de la experiencia de las compañeras, y claramente han enriquecido nuestro proceso... han cambiado para bien nuestra forma de ver las organizaciones y las políticas públicas, en la búsqueda de más inclusión”*. (Trabajo Final Política de niñez orientada a la primera infancia).

Esta experiencia resulta un sostenimiento entre pares que es fundamental en el contexto del aula y las reflexiones presentadas por los grupos en diferentes instancias así señalan *“en el intercambio de ideas, de pensamientos, posicionamientos, se pueden construir caminos e intervenciones”* (Documento Cierre de Práctica, Área Municipal de atención a personas con discapacidad). Valorar la conformación y el trabajo en equipo favorece el desarrollo de aptitudes profesionales como la seguridad y autonomía permitiendo fortalecer la integración entre estudiantes y centros de prácticas, reforzando vínculos y procesos.

En cuanto al vínculo que establecemos **referentes - docentes**, el mismo se orienta a la resolución de tensiones entre las necesidades y cronogramas de la organización y aquellas cuestiones que surgen de la propia inserción de los estudiantes. Como docentes intermediamos entre intereses y expectativas de los diferentes actores siendo siempre el fin último conciliar posiciones y miradas, cuidando no perder en ello los matices. Recurrimos al encuentro, la reflexión conjunta y la búsqueda de nuevas alternativas. Ubicándonos como *nexo articulador* entre las organizaciones y la universidad, buscando favorecer el aprendizaje colectivo y el fortalecimiento institucional.

También encontramos relevancia en el análisis del vínculo **estudiantes - referentes**, siendo fundamental aquí el diálogo claro y fluido. En muchas ocasiones vemos cómo este vínculo se ve favorecido cuando los referentes son egresados de Trabajo Social, y más aún de la UNLaM. Quienes han transitado la experiencia de Práctica III y IV como estudiantes se constituyen en referentes facilitadores del proceso. Conocen los objetivos pedagógicos y contribuyen a transitar mejor la tensión entre el aula y la organización.

Así expresan los estudiantes la importancia de la trama de relaciones que describimos: *“Tanto nosotras como practicantes, las docentes que nos acompañaban y las*

referentas institucionales, desconocíamos cómo íbamos a continuar. De lo que sí estábamos seguras, es que no podíamos debilitar el vínculo que habíamos logrado construir” (Trabajo Final Sociedad de fomento en el conurbano bonaerense).

En contextos de pandemia fue necesario profundizar todas las relaciones que se dan en los procesos formativos. Todos los actores involucrados afrontamos una multiplicidad de tareas que se vieron interpeladas, aumentadas y redefinidas. Entendemos que este escenario tan complejo solo fue posible de atravesar, y con buenos resultados, a partir de los vínculos que se habían logrado consolidar durante la presencialidad.

LOS APORTES DE LAS PRÁCTICAS FORMATIVAS QUE CONSTRUIMOS EN ASPO

Creemos significativo mirar y valorar los resultados alcanzados en términos de procesos de intervención situados en contexto de pandemia, y las capacidades de los diferentes actores para adecuarse ágilmente a los nuevos escenarios. En un lapso breve los grupos debieron actualizar los diagnósticos realizados oportunamente y ajustarlos a las nuevas realidades para redefinir líneas de intervención al servicio real de la organización centro de práctica. El aprendizaje más importante para los grupos fue lograr reconocer que las necesidades no estaban únicamente vinculadas al proceso pedagógico, sino que tenían que ver también con los nuevos tiempos que instaló la pandemia para las organizaciones y la sociedad toda. Y, en este marco, la búsqueda del fortalecimiento de los procesos institucionales en un contexto de ASPO, construyeron resultados valiosos, que contemplaron la evaluación de oportunidades y limitaciones, enfrentando la incertidumbre y desesperanza con lectura y análisis crítico de la realidad, valorando el trabajo en equipo, la escucha atenta y los diagnósticos precisos. El proceso se impregnó de “un pensamiento dinámico, plural, no encorsetado; impregnado de múltiples contextos. Un pensamiento que se puede caracterizar como itinerante y no instalado, que tiende a la innovación” (De Souza Santos, 2010), que permitió no solo alcanzar los objetivos deseados en las organizaciones sino también en el aula.

En el caso del Centro Político Cultural el proyecto culminó con el armado de una **feria virtual de emprendedores**. En ese caso, el fortalecimiento no solo fue de la mano de la actividad realizada sino que a su vez se sumó como aporte muy relevante la sistematización de la experiencia junto a los referentes. Con este proyecto se potenció una red de venta local vía web, así como se fortaleció el intercambio entre los feriantes y sus vínculos con la organización. Potenciar la tecnología al servicio de la comunicación permitió establecer nuevos canales de diálogo en la comunidad, y mejoras en la comercialización de los emprendimientos.

En la Sociedad de Fomento el proyecto de intervención tuvo como objetivo fortalecer la identidad comunitaria de la organización. Para ello, se priorizó visibilizar las acciones que se continuaban realizando en ASPO y favorecer así el vínculo con la comunidad y su participación. Las redes sociales, facebook e instagram, fueron la estrategia protagónica para la profundización de la comunicación popular, colectiva y comunitaria, a través de una **campaña de difusión de la organización**, enfatizando en sus objetivos y su trabajo en pandemia, favoreciendo la llegada a más personas y la interacción con ellas.

En la experiencia con el área municipal de atención a personas con discapacidad, su producto final fue una **campaña social de visibilización y sensibilización** acerca de la temática de discapacidad, y de la necesidad de que la comunidad y todas las organizaciones aprendamos al respecto desde una lógica interseccional. La referente institucional valorando la campaña, resaltaba la complejidad de ese entramado de oportunidades que brindó la tecnología y como les estudiantes pudieron posicionarse activamente..

En el caso de la política de niñez el proyecto culminó con el armado de un **recursero virtual**. Lo que permitió fortalecer en la institución el trabajo colectivo, dada la metodología para su elaboración, e interdisciplinario. También colaboró en la construcción de la red nacional que había sido el objetivo planteado en escenario pre-pandémico, y consecuentemente contribuye con el fortalecimiento de las capacidades de la organización para la intervención en la virtualidad.

Vemos que las organizaciones se vieron obligadas a utilizar algún medio tecnológico para llevar adelante sus intervenciones. El conocimiento de les estudiantes en esas herramientas y el uso de las redes sociales fue de suma importancia para realizar aportes a esas intervenciones virtuales, no solo como medio de comunicación sino también como herramienta que les permitió a las organizaciones visibilizar su trabajo y mantenerse vinculadas a su comunidad.

A modo de cierre, y para seguir pensando, consideramos que las nuevas realidades demandan nuevas ideas de intervención. Como refiere Boaventura De Sousa Santos en el artículo “La cruel pedagogía del virus”, atravesar la pandemia como sociedad nos supone “un giro epistemológico, cultural e ideológico ... cambio que tiene múltiples implicaciones. La primera es crear un nuevo sentido común” (De Sousa Santos, 2020: p.84). Para el caso particular de nuestra propuesta este giro pedagógico implicó un revisión de casi la totalidad de los aspectos.

Entendiendo lo social como una construcción entramada a partir de la multiplicidad de vínculos, las intervenciones se vieron fortalecidas por la avanzada formación en la disciplina de les estudiantes y por sus habilidades en el manejo de nuevas tecnologías y redes sociales. Consideramos esto muy valioso para contribuir al intercambio de saberes y experiencias intergeneracionales. Los aportes y aprendizajes se dieron en los múltiples sentidos que asumen los vínculos en los procesos de práctica, en un marco de proximidad y confianza. Todos les actores intervinientes nos fortalecemos en cada nueva experiencia formativa, y nos unimos en la convicción del trabajo colectivo y comprometido con la realidad actual, logrando ser **más que la suma de las partes**.



NOTAS

1. Programa CyTMA (Ciencia y Tecnología La Matanza)

“Las organizaciones como escenarios de prácticas formativas en Trabajo Social. Reflexiones en torno a sus perspectivas y especificidades”. Proyecto de investigación 2020-2021

“Escenarios, actores e intervención en la práctica pre profesional. Una mirada a la formación de lxs trabajadorxs sociales en el último tramo de la carrera de grado.” Proyecto de investigación 2017-2019

Programa Vincular - UNLaM

“Las organizaciones en contexto de pandemia. Escenarios para la formación en Trabajo Social”. Proyecto de investigación 2020

BIBLIOGRAFÍA

Carballeda, A (2014) *“Intervención, Escenarios Sociales y Acontecimiento”*. Primera edición: Ediciones digitales Margen, formato e-book, Disponible: www.mar-gen.org/epub/acontecimiento.pdf

Carballeda, A (2015) *El territorio como relato. Una aproximación conceptual*. Revista Margen N° 76 – marzo 2015

Cazzaniga, S. (2009) *Intervención en Trabajo Social* – Facultad de Trabajo Social – Universidad Nacional de Entre Ríos.

De Piero, S (2020) *“Universidad, Educación y Pandemia”*. Revista Pueblo. Carrera de Trabajo Social. Universidad Nacional Arturo Jauretche.

Disponible:

<https://www.unaj.edu.ar/pueblo/revista-pueblo-5/colaboraciones-nacionales/universidad-educacion-y-pandemia/> (24/03/2021)

De Souza Santos, B. (2010) *Descolonizar el saber, Reinventar el poder. Universidad de la República*. Ediciones Trilce. Edición 2010

De Sousa Santos, B. (2020) *La cruel pedagogía del virus*. CLACSO.

Freire, P (2004). *Cartas a quién pretende enseñar*. Siglo XXI Editores. Argentina.

Fanelli, A; Marquina, M; Rabossi, M. (2020) *Acción y reacción en época de pandemia: La universidad argentina ante la COVID-19*. ESAL - Revista de Educación Superior en América Latina. Disponible:

https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/109267/CONICET_Digital_Nro.947e5167-fdb0-4395-a8ce-dbbe0de57eea_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Fernandes Nunes, M.A.; Martín, L; Torres, C. (2019) *La dimensión teórica de la intervención social: construcción conceptual desde donde mirar la práctica*. Ponencia presentada en IV Encuentro Latinoamericano de profesionales, docentes y estudiantes de Trabajo Social y V Congreso Nacional de Trabajo Social - Universidad Nacional del Centro.

Páez, F. (2015) *Artes de aprender en San Antonio. En Pedagogías insumisas*. Patricia Medina Melgarejo(coord). Juan Pablos Editor. México.

¿Y SI HABLAMOS DE LA MUERTE? REFLEXIONES EN TORNO AL TRABAJO SOCIAL Y DERECHOS AL FINAL DE LA VIDA

* Ercej, Laura y Rigou, María Mercedes

«Solo piensas en la muerte cuando te mueres, Aleksy, solo cuando te mueres, y eso es una tontería, una inmensa tontería. Porque, en lugar de todos sus sueños, la muerte es lo más probable que va a sucederle a un individuo. De hecho, lo único que le va a suceder con toda certeza.»

Tatiana Tibuleac, El verano en que mi madre tuvo los ojos verdes



INTRODUCCIÓN

El presente escrito intenta visibilizar un fenómeno negado que reproduce desigualdades, obstruye deseos y derechos. La muerte es un aspecto ineludible del curso de vida. Es universal y única dado que todas las personas moriremos en algún momento y constituye un acontecimiento que no se volverá a repetir. Posee un carácter impredecible y misterioso. Se la percibe como un hecho lejano que sólo es inherente a las personas mayores donde, incluso, negar los signos de envejecimiento es también rechazarla. Se piensa a la muerte como un suceso ajeno, latente en los medios de comunicación, en una persona conocida o algún ser querido, pero no en el propio proceso de morir. Desde lo racional, se la percibe como natural pero se la vivencia como un accidente o un hecho injusto. Se suma a ello, todo lo que trajo aparejado la situación epidemiológica del COVID-19. Un virus letal sin precedentes que habita en los cuerpos

* Laura Ercej. Lic. en Trabajo Social (UBA). Diplomada en Gerontología (AMA/UMSA).

María Mercedes Rigou. Lic. en Trabajo Social (UBA). Diplomada en Gerontología Comunitaria (UMSA).

pudiendo provocar la muerte sobre todo de aquellas catalogadas como personas de riesgo. La imposibilidad de acompañar el proceso de la persona enferma e incluso no poder ver el cuerpo y despedirse una vez fallecida para preservar la propia salud, pusieron, tímidamente, en agenda el tema de cómo acompañar al muriente, los derechos y deseos suyos y de sus allegados.

La muerte continúa siendo un tema soslayado y negado, generando frustración, temor, desaprensión, incomodidad, no sólo en el moribundo y en su entorno, sino en los profesionales intervinientes. Exceptuando a los equipos que trabajan en cuidados paliativos, se percibe una carencia profesional en torno a esta temática que no es más que una competencia propia del campo de la salud pública, *“el cual debe ser regulado primordialmente por normas científicas que faciliten el proceso de toma de decisiones, en un marco de intimidad y respeto de los derechos de todos los involucrados”* (Ciruzzi, 2014: 30).

Las autoras del presente artículo se desempeñan en la Gerencia Operativa de Cuidados y Formación Integral de la Secretaría de Integración Social para Personas Mayores del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Motivo por el cual, consideran que el término *integral* debería abarcar la atención del moribundo, su entorno y sus derechos. Escuchar, acompañar, informar y respetar son prácticas que deberían formar parte de la ética del cuidado entendida como aquella que toma en cuenta al individuo en toda su real complejidad, fundamentalmente en lo que hace a sus emociones, necesidades, sentimientos y entorno. Bajo esta perspectiva entendemos al moribundo como sujeto de derecho, donde se propicia a que la muerte sea un proceso en el cual la persona pueda reencontrarse con sí misma, resignificando su propia vida y su propia muerte haciendo lo más cuidado el proceso para la persona y su entorno.

¿POR QUÉ CUESTA TANTO HABLAR DE LA MUERTE? EL DISCIPLINAMIENTO EN TORNO A ELLA

Las concepciones de la muerte varían según las diferentes ideas y prácticas que habitan en las sociedades. En diversos países de América Latina y de Oriente la muerte es un símbolo cultural que representa a pueblos y comunidades. En México, por ejemplo, se baila, se canta y se bebe con la muerte. En las religiones del *“hinduismo, el budismo, el jainismo y el trantrismo tibetano, en los que la reencarnación juega un papel fundamental, morir puede tomarse como algo más importante que vivir”* (Duschatzky, 2015 :45). No obstante, en la cultura occidental moderna se nos enseña que, al hablar de la muerte, podemos atraerla. Las actitudes hacia ella son la negación, sentimientos de aniquilación y pérdida y hasta de morbosidad. Por lo general, nos vinculamos de dos modos: huir a cualquier precio o no preocuparse en absoluto, porque, de cualquier modo, *sucedará*; el tema es cuán bien estamos preparados llegado el momento.

Los avances en torno a la medicina también juegan un rol fundamental. En el siglo XIX, por ejemplo, las personas estaban en contacto con la muerte en tanto *“sólo llegaban a la edad de 15 años menos el 50% de los niños nacidos vivos”* (Mishara y Riede, 1986; pág. 187). La composición familiar también difería dado que los integrantes residían juntas y, sumado a que se producía con frecuencia, tenían mayor contacto con la muerte de un pariente. A su vez, los autores agregan, *“cuando alguien moría, eran los mismos miembros de la familia*

quienes amortajaban el cadáver, fabricaban el ataúd y cavaban la tumba" (op.cit.). Por lo tanto, al modificarse estas prácticas, producto de los avances de la medicina y la aparición de los empresarios fúnebres quienes comenzaban a tener un rol preponderante, se comienza a sentir con mayor lejanía el vínculo con la muerte.

Todas las grandes tradiciones espirituales del mundo siempre han dicho que la muerte no es el final, pero, aun así, la sociedad contemporánea es un desierto espiritual. No obstante, hay una imposición del cómo transitar la muerte ajena -ya que la propia no es ni siquiera pensada. Duschatzky sostiene que la muerte es un *"fenómeno técnico"* (s.f; pág. 45) donde se esconde el paso de la misma: *"Hay un cambio de lugar donde se produce la muerte. Ya no se suele morir en la casa, junto a los íntimos, sino que la gente muere sola en los hospitales"* (op.cit.; pág. 43). La muerte y el duelo deben ser transitados con dolor, angustia, aun cuando aquel muriente ha sido sujeto de cuidado permanente, con todo lo que ello implica. Se tiene que sentir el sufrimiento de aquella pérdida, sino seríamos cínicos. Hay pasos a seguir, sensaciones que sentir, utilizar prendas de determinado color, todo ello en medio de trámites y gastos donde pone en evidencia que aún fallecidas las personas seguimos siendo mercancía.

La actitud hacia la muerte *"también depende del grado de cercanía de la misma, de la personalidad previa del sujeto, de su madurez psicológica, del tipo de mecanismos de defensa, de la orientación religiosa y de la actitud del médico. Es decir que la actitud hacia la muerte está determinada por el desarrollo individual y el contexto socio-cultural."* (Duschatzky, 2015 :52). Como personas, por un lado, y como profesionales, por otro, debemos darnos espacios de debate en torno a la muerte, entenderla como algo natural y universal. La intención no es tapar el sufrimiento en torno a la muerte de un ser querido, sino romper con los estigmas y tabúes, conocer la muerte, los procesos, acercarse a ella, hablar, mencionarla, nutrirse de la diversidad de creencias en torno a ella, lo que nos permitirá tener mayor contacto con ella.

BUENAS PRÁCTICAS DESDE LA ÉTICA DEL CUIDADO: LOS DERECHOS AL FINAL DE LA VIDA

El concepto de *buenas prácticas* implica pensar nuestra intervención profesional como aquella que concibe al sujeto como portador de derechos y singulares deseos. Derechos que deben garantizarse y que desde nuestro lugar hay que llevarlos adelante. Al intervenir en prácticas de cuidado lo hacemos -y debemos- bajo una perspectiva integral, por lo que ello debe de contemplar e incluir el propio proceso de muerte. La visión de la muerte desde la ética del cuidado implica entenderla como aquella que toma en cuenta al individuo en toda su real complejidad, fundamentalmente en lo que hace a sus emociones, necesidades y sentimientos. El centro de atención no es solo la enfermedad, sino también los aspectos psico-sociales y espirituales. De esta manera, cuando la enfermedad ya no puede ser combatida, debemos poner en práctica nuestras herramientas para garantizar a la persona un digno cuidado, mejorando su calidad de vida y propiciar un buen morir, tratando al muriente como un ser vivo. Implica acompañar al sujeto y su entorno en el tránsito a la muerte, en tanto cuando no se puede curar siempre queda el cuidar y sanar: sanar emociones, cuentas pendientes, vínculos. De esta manera, nuestra intervención debe de estar basada en el sistema ecológico, es decir en una mirada que contemple las aristas que atraviesan al sujeto: el entorno social, familiar, situación económica, lo espiritual, lo

emocional, lo cultural.

El pensar, construir e implementar un sistema integral que realmente involucre a las personas murientes y su entorno, que tenga en cuenta prácticas más inclusivas y participativas, que contemple los deseos y necesidades de las personas murientes, que haga el proceso lo más acompañado posible, que apacigüe la carga en el entorno del muriente, asesorar para que se sientan mejor preparados para afrontar la muerte de ese ser querido. La situación post-mortem incluyendo aquí los recursos y gastos económicos, el duelo, con todo ello estamos hablando de los derechos al final de la vida.

A su vez, nuestras prácticas no deben de ejecutarse de manera individual, sino que deben estar acompañadas por equipos. Estas temáticas pueden generar procesos de desgaste profesional en los equipos, dado que se está trabajando con personas que están atravesando una situación sumamente personal y emocional que, a su vez, hemos atravesado o atravesaremos en un futuro. Son situaciones complejas de acompañar, sumado a que, en algunos casos, se encuentran los intereses, decisiones personales, el tipo de vínculo de los sujetos involucrados, sus creencias y las mismas condiciones laborales que pueden influenciar en la intervención profesional. De esta manera, aquel desgaste profesional, se va dando de manera progresiva generando efectos perjudiciales en la salud mental e integridad de la persona y provocando que se lleven adelante prácticas de intervención nocivas para el sujeto el cual recurrió al dispositivo con el que se está trabajando y acompañando. Es por ello que se deben idear estrategias dentro de los equipos de trabajo. Pensar mecanismos que posibiliten una práctica cuidada la cual engloba las relaciones entre los miembros del equipo que luego se verán reflejadas en la intervención. Es decir instalar el cuidado de todos los integrantes de la institución dará seguridad psicológica (Abad, 2001:153) a pesar del contexto institucional o personal el cual atravesamos. Preservar la integridad y compañerismo dentro de los equipos de trabajo, acordar un mismo criterio y perspectiva de intervención, que prevalezca la solidaridad y confianza, detectar indicadores de posible desgaste, contar con espacios de distensión y problematización de nuestro ejercicio profesional nos permitirán realizar buenas prácticas de intervención.

Por último, sostenemos que las buenas prácticas implican no caer en el tecnicismo profesional-sujeto de intervención. Creemos en el acercamiento óptimo profesional, creemos en nuestra intervención y especificidad como trabajadores y trabajadoras sociales, por lo tanto, sabemos que podemos acompañar de la manera más cuidada y amorosa el proceso de la muerte. Nuestro quehacer profesional, nuestra identidad profesional no estarán desdibujados en tanto incorporemos la perspectiva de derecho.

CONCLUSIONES

Todas las personas fuimos recién nacidas que necesitamos de cuidados y cariños para sobrevivir. Dado que las personas moribundas son igualmente incapaces de valerse por sí mismos, deberíamos aliviar su malestar y angustia y ayudarlos para que mueran con serenidad. Se planifica, se habla y se festejan los nacimientos, pero la muerte, en su abrumadora mayoría, es negada, dejada en soledad. La manera en que morimos es extremadamente importante. Es un derecho de nacimiento a morir en paz y en plenitud,

sabiendo que se estará acompañada espiritualmente y atendida en las necesidades físicas.

La propuesta consiste, entonces, que, desde las instituciones y equipos de trabajo, se construyan propuestas creativas y singulares para el acompasar -ni adelante ni atrás, si no al ritmo del muriente-, para una buena práctica de acompañamiento al moribundo y su entorno. Acompañamiento que debe estar fundado en espacios de capacitación, que permitan obtener herramientas que amplíen el capital simbólico y cultural en torno a la muerte. Se trata de asumir que la mayoría de la gente muere sin saber morir. La pionera Elizabeth Kübler-Ross (1969) manifestó que morir puede ser una experiencia serena e incluso transformadora.

Podemos utilizar nuestra vida para prepararnos para la muerte. Es posible no estar condenadas a marcharnos al encuentro de lo desconocido con las manos vacías pero, para ello, debemos de tomar acción y poner en agenda esta cuestión que nos atraviesa a todas como personas y como profesionales. Construir nuevas prácticas para nuevas institucionalidades inclusivas y participativas que dejen de concebir a la muerte como un tema tabú y que la trabajen como parte del curso de vida de las personas desde la visión de la ética de cuidado.



¿Y SI HABLAMOS DE LA MUERTE?

BIBLIOGRAFÍA

Blanco Picabia, A. y R. Antequera Jurado (1998). "La muerte y el morir en el anciano". En: L. Salvarezza, comp. La vejez: una mirada gerontológica actual. Buenos Aires: Paidós, pp. 379-406.

Ciruzzi, M.S. (2014). "Los derechos al final de la vida". En Revista Derecho Privado. Año III, N° 9. Sistema Argentino de Información Jurídica. Editorial Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.

Ciruzzi, M.S. (2012). "Los dilemas al final de la vida: el paradigma bioético frente al paradigma penal". En Revista Derecho Penal. Año I N° 2. Aborto. Muerte Digna. Infanticidio. InfoJus. Sistema Argentino de Información Jurídica. Editorial Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.

Domínguez Mon, A. (2015). "El cuidado invisible: RAICES" (Red Argentina de Investigaciones en Cuidados de la Salud). XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Duschatzky, I. (s.f) (2015). "Actitudes frente a la muerte en el mundo contemporáneo. Aspectos socio-históricos y gerontológicos". Revista Argentina de Gerontología y Geriátría. Tomo XX – Año 19-N° 1.

Mishara, B.L; Riede, R.G. (1986). "El proceso de envejecimiento". Capítulo VII Consideraciones sobre la muerte y el buen morir. Editorial Morata. Madrid, España.

Kübler-Ross, E. (1969). "Sobre la muerte y los moribundos". Debolsillo. Ciudad de México.

Rimpoche, S. (2015). "El libro tibetano de la vida y de la muerte". Ediciones Urano.

Teubal, R., y colab. (2001). "Violencia Familiar, Trabajo Social e Instituciones". Susana Abad. Cap. 3 Violencia en las instituciones. Editorial Paidós, Bs. As.

SÍFILIS ADQUIRIDA E INTERVENCIÓN SOCIAL

DESEMPEÑO PROFESIONAL DEL SERVICIO SOCIAL EN EL HOSPITAL GARRAHAN

* *Massetta, Julieta Magalí y Gómez, María Belén*

INTRODUCCIÓN

En el marco de la Beca de Capacitación en el Servicio Social del Hospital Pediátrico 'Prof. Dr. Juan P. Garrahan', y como becarias durante 2018-2020, realizamos una investigación en la que nos propusimos *"caracterizar la intervención del servicio social (ISS) en relación a las interconsultas (IC) médicas realizadas por diagnóstico de sífilis adquirida (SA), como sospecha de abuso sexual infanto-juvenil (ASIJ), en niñas y/o adolescentes (NyA) que fueron atendidas durante junio 2017 - junio 2019 en dicho hospital"*.

* **Julieta Magalí Massetta**. Lic. en Trabajo Social (UNCuyo). Servicio de Salud Mental del Hospital Teodoro J. Schestakow, San Rafael – Mendoza.

María Belén Gómez. Lic. en Trabajo Social (UNLa). Becaria del Servicio Social del Hospital Pediátrico SAMIC Prof. Dr. Juan P. Garrahan

Comenzaremos introduciendo que *el Boletín sobre el VIH, SIDA e ITS en la Argentina N°35* plantea la mayor repercusión en cuanto a morbimortalidad manifiesta en población sexualmente activa y alerta sobre la vulnerabilidad frente a las ITS de niñxs. Menciona también que:

“...en el último tercio del siglo XX, hubo un descenso permanente de la incidencia de sífilis, asociado a las medidas preventivas que se generalizaron con la epidemia del VIH. Sin embargo, en los últimos años se observa una tendencia en aumento...” [Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2018: 13].

Este aumento en la incidencia de las ITS las posiciona entre los principales problemas de salud pública. Pero, ¿qué es la sífilis?, y ¿cuáles son las modalidades de contagio conocidas?, son preguntas que atañen al Trabajo Social por estar implicado en el abordaje de aquellas situaciones de sospecha de ASIJ en NyA con diagnóstico de SA. Según el Ministerio de Salud Nacional:

“...la sífilis es una infección producida por la bacteria *Treponema Pallidum* (TP), que se transmite fundamentalmente por contacto sexual, y por transmisión congénita y perinatal. Es de carácter sistémica, curable y exclusiva del ser humano...” [Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019.]

Si bien nuestro trabajo está centrado en el diagnóstico de SA, no podemos obviar la presencia de la *sífilis congénita (SC)* -de alta prevalencia en población pediátrica-, a fin de establecer su diferenciación; ya que esta delimitación es la que definirá la pertinencia de la ISS desde una perspectiva de sospecha de ASIJ.

“...La *sífilis congénita* se produce cuando el TP cruza la placenta durante el embarazo o el trabajo de parto; se divide en: *temprana*, cuando los síntomas aparecen durante los dos primeros años de vida, y *tardía*, si aparecen después. Hasta un 60% de los recién nacidos son asintomáticos y manifiestan los primeros síntomas entre la segunda y la sexta semana de vida. Según la literatura, se describe que el 70% de los pacientes con SC temprana presentan lesiones mucocutáneas (sífilides maculares, condilomas planos, pénfigo sífilítico, sífilides papulares, descamación palmoplantar, sífilides opalinas, rágades, alopecia, rinitis.) ...” [TELLERÍA R., DUMONDÍN, V. y otras/os, 2017: 69]

“...La *sífilis adquirida* se transmite principalmente por contacto sexual dentro de los 30 a 90 días posteriores al contacto con una persona infectada y presenta tres estadios: primaria, secundaria, terciaria...” [Op. Cit, 2017: 70];

sea la misma considerada **temprana** si transcurre dentro del primer año de adquirida, o **tardía** si transcurre luego.

Vale explicitar que la presencia de ITS en NyA sugiere fuertemente un abuso sexual. No

obstante, lxs autorxs citadxs mencionan “*otros modos de transmisión*” y referencian que:

“...los niños también pueden adquirir sífilis como consecuencia de un contacto cercano, como besarse, amamantar, acariciar, manipular o pre-masticar alimentos, o incluso el uso de utensilios contaminados, cuando los miembros de la familia o los cuidadores se ven afectados por sífilis en actividad...” [LONG FQ, WANG QQ, JIANG J, ZHANG JP, et ál., 2012].

Este es un ejemplo de una serie de artículos científicos cuyas descripciones condensan dudas e inquietudes (sobre formas de contagio “por contacto cercano no sexual”) que el SS suele escuchar por parte de lxs cuidadorxs de NyA en evaluación.

El Hospital Garrahan cuenta desde 2004 con un protocolo¹ de procedimientos diseñado interdisciplinariamente. Sin embargo, la riqueza de los equipos de salud puede verse atravesada por tensiones propias de la diversidad disciplinar que habitan los márgenes de la labor, y el diagnóstico diferencial de sospecha de ASIJ por SA en NyA, es un paradigmático ejemplo. Observamos que este diagnóstico frecuentemente presenta diversidad en su interpretación, lo cual podría condicionar la ISS hospitalario.

Orientamos esta investigación hacia una perspectiva exploratoria/descriptiva que, alejada de búsquedas de conclusiones acabadas, nos permitió visualizar estrategias interventivas para este tipo de problemáticas socio-sanitarias.

Nos valimos de los registros escritos en historias clínicas (HC) e historias sociales (HS) de las veinticinco situaciones trabajadas en el servicio social (SS) durante el período contemplado. Organizamos el desarrollo analítico en torno a las *Estrategias de Intervención* dentro de las cuales destacamos *la evaluación de indicadores de ASIJ y las medidas de protección de derechos asumidas*. Un tercer aspecto incluido son los *registros escritos² -en HC e informes sociales- que varían en su contenido (selección de información) y presentación (formato escritural)*. En una aproximación acotada, notamos en los informes conjuntos entre las disciplinas intervinientes, mayor organización y coherencia respecto a la información recabada y las evaluaciones realizadas, siendo las conclusiones pertinentes a los objetivos de intervención propuestos por el equipo.

ALGUNAS APROXIMACIONES

Observamos que las IC recibidas en el SS varían en su *contenido (planteos y desarrollos heterogéneos) y forma de presentación (virtualmente, telefónicamente, personalmente)*. Destacamos el primero de estos aspectos, ya que el 44% de las IC explicita **sospecha de ASIJ**. Siguiendo el protocolo de intervención utilizado³, la presencia de SA en población pediátrica puede ser interpretada como *sospecha/certeza de ASIJ*, aunque **más de la mitad (56%) de las IC se correspondió con “otro” motivo**. A los fines analíticos, dividimos estas últimas en tres grupos que dan cuenta de la diversidad que representan:

| | | |
|---|---|--|
| <p>IC que denotan preocupación ante una posible sospecha de ASIJ, aunque sin explicitarla.</p> <p style="text-align: center;">24%</p> | <p>Motivo de IC reducido a la presencia de sífilis/VDRL positivo en NyA</p> <p style="text-align: center;">20%</p> | <p>IC no registradas o sólo referenciadas en los registros de otra especialidad en la HC, o en el Informe Social.</p> <p style="text-align: center;">12%</p> |
| <p>-<i>"Niña con diagnóstico de sífilis secundario, con resultados de padre, madre y hermana negativos. Valoración por especialidad"</i></p> <p>-<i>"Sífilis Adquirida: solicitud de valoración por especialidad"</i></p> | <p>- <i>"Sospecha de celiaquía y sífilis"</i></p> <p>-<i>"Sífilis. Paciente de 1 año de edad, previamente sana cursando internación en CIM XX desde el 29/9 por sífilis en estudio. Se agradece valoración por especialidad."</i></p> | <p>-<i>Valoración familiar por niño de 2 años con diagnóstico de sífilis (único registro en informe social)</i></p> <p>-<i>No está registrado en HS. Dermatología dice: "Siendo las 16.15h, la paciente no se encuentra en el servicio y tampoco en otro espacio de la institución. Se llama al teléfono informado en reiteradas oportunidades, el cual se encuentra apagado. Se da informe a servicio social quien realizará la intervención el día de mañana".</i></p> |
| <p>Entendemos que estos ejemplos denotan sospecha de ASIJ porque explicitan que se trata de NyA con diagnóstico de SA, y/o porque la familia cosanguínea tenía resultados negativos para dicho diagnóstico.</p> | <p>En el último caso, la IC es dudosa: se trata de unx niñx con un diagnóstico que por cuya edad, podría sospecharse congénito; la IC se realiza cuando se plantea la <i>sífilis en estudio</i>.</p> | <p>Si bien la ausencia de registros no nos permite desarrollar un análisis sobre las IC, sí admite relacionarlo con la importancia que revisten aquellos datos para la reconstrucción de la HC de cada NyA asistidx.</p> |

Respecto a las **intervenciones desarrolladas**, observamos que en el 12% de las situaciones, la sospecha de ASIJ fue descartada: un 8% por ser adolescentes que relataron haber iniciado relaciones sexuales consentidas, y en el 4% restante el equipo definió descartarla mediante evaluación de indicadores. A continuación, citamos la conclusión del informe social presentado al Organismo de Promoción y Protección de Derechos (OPPD):

"...Dada la inexistencia de factores de riesgo y siendo sus padres protectores, y habiéndose detectado como posible vía de contagio por parte de tía materna a través de los cuidados cotidianos, se acuerda egreso hospitalario con padres. Tomando en cuenta que la sífilis es una enfermedad de contagio mayoritariamente por transmisión sexual, es que se informa al Organismo de Protección de Derechos para seguimiento..." (ID20, un año de edad)

En el 88% de los casos el equipo abordó la sospecha durante la internación (medida de protección) hasta el momento del egreso hospitalario, cuya modalidad fue definida junto al OPPD correspondiente.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

A- Evaluación de indicadores de ASIJ⁴

Son variados y dependen de factores como el tipo de abuso, la frecuencia y duración con que ocurría, la edad de cada NyA, los recursos psicológicos/simbólicos con los que cuenta, el vínculo afectivo con lx abusadorx, la red de contención y protección, entre otros. *Estos indicadores no representan por sí solos la existencia de ASIJ*, ya que algunos pueden ser compatibles con otros tipos de violencia.

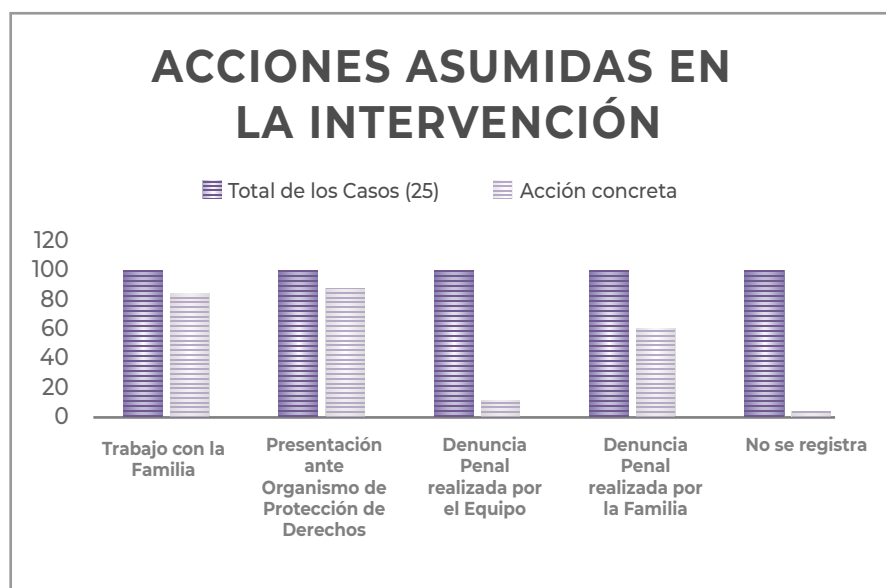
1-Indicadores altamente específicos de ASIJ: observamos el diagnóstico de SA en el 100% de los casos. Y en un 12% lxs pacientes relataron ASIJ sufrido.

2-Indicadores de probable ASIJ: en el 8% de los casos, hermanxs de lxs NyA relataron situaciones de ASIJ.

3- Indicadores inespecíficos de ASIJ: enunciados en el 24% de los casos, además del diagnóstico de SA. (Estos pueden ser detectados por cualquier integrante del equipo, de aquí la importancia del diálogo interdisciplinario.)

B- Medidas de Protección

En función de la evaluación realizada, el equipo de salud define la presentación de la situación al OPPD de NyA (cumpliendo con el *deber de comunicar* - proceso administrativo) y/o la realización de denuncia policial (proceso penal), trascendiendo a instancias de abordaje interinstitucional e intersectorial.



Como vemos en el cuadro, estas acciones se distribuyeron de la siguiente manera: *internación (88%), trabajo con la familia (84%), presentación de la situación a OPPD (88%), denuncia penal por parte del equipo (12%), denuncia penal por parte de la familia (60%)*. Vale mencionar que en un 4% de los casos no hallamos registro al respecto de las medidas de protección asumidas por el equipo de salud, excepto la presentación ante OPPD.

REFLEXIONES DETRÁS DE LO EVIDENTE

El principal instrumento de ISS es la *entrevista en profundidad* que, como encuentro dialógico, aporta elementos evaluativos al equipo y habilita la problematización de la sospecha por parte de las personas con quienes se trabaja, permitiendo activar nuevas medidas de protección. Otro instrumento de relevancia, es el *informe social* -herramienta de comunicación interinstitucional- que, según observamos, comparten *elementos descriptivos* (con mayor preponderancia) e *interpretativos* (en menor medida).

Nos encontramos con una ISS que cuenta con un *encuadre legal-administrativo de base común y una perspectiva de protección integral de derechos de NyA*, con expresiones diversas. Ésta no se desarrolla de manera aislada, sino que confluye en acciones de los equipos de salud que creemos, *oscilan entre posiciones de construcción colectiva-multidisciplina-interdisciplina*. Las ISS se estructuran como prácticas *transversales y globalizadoras* de las evaluaciones que se desprenden del proceso de salud-enfermedad-asistencia de cada NyA. Eso las presenta, además, como *interinstitucionales/intersectoriales*, en una imagen afín a una *perspectiva integral de derechos*. Vale mencionar que, por la naturaleza y particularidad de la acción hospitalaria, resulta dificultoso visualizar el impacto de la ISS, ya que la misma finaliza cuando se articula con instituciones locales de seguimiento.

Destacamos una ISS condicionada por la IC médica inicial. Como puede observarse en el apartado anterior, las IC guardan gran diversidad en sus planteos por lo cual subrayamos la importancia de (re)construir la demanda a fin de desarrollar una práctica fundada. El SS debe intervenir en casos de SA por ser parte del equipo de evaluación de la sospecha de ASIJ que desde dicho diagnóstico se origina; esta sospecha no se relaciona con la SC y, de hecho, intervenir en esos casos desde aquella perspectiva generaría un sesgo iatrogénico.

Asimismo, cavilamos sobre la complejidad del abordaje de situaciones de sospecha de ASIJ sumado a posiciones diferentes respecto a las formas de contagio de SA: hay quienes aseguran que sólo puede ser mediante transmisión sexual (indefectiblemente abusiva en población pediátrica), y quienes consideran que también puede ser mediante formas no abusivas (por contacto dérmico, por contacto con fómites, entre otros). Entendemos que la *SA se transmite principalmente por contacto sexual*; y aquí diremos que principalmente no es sinónimo de únicamente, cuestión que recuperamos por ser un elemento que marca el curso de la intervención profesional.

Por todo esto, nos preguntamos si la SA como diagnóstico diferencial de sospecha de ASIJ podría dejar de ser considerado un “*hallazgo de certeza de AS (evidencia definitiva de AS)*” -citando el Protocolo de CABA- para ser incluido en la tercera categoría “*hallazgos específicos de AS (abuso probable)*”, por ejemplo.

Como pudimos observar en la casuística, si bien el 100% contaba con un indicador específico de sospecha (diagnóstico de SA), menos del 25% presentó otro indicador (probables y/o inespecíficos) que la reforzara. Asimismo, en anotaciones informales, advertimos que lxs trabajadorxs sociales escucharon en las entrevistas, de parte de figuras familiares y/o de referencia afectiva, posibles formas de contagio no abusivas. Estos son sólo algunos de los condicionantes que podrían generar tensiones en la intervención y que motivaron nuestro estudio.

Vale mencionar que cada aspecto de las llamadas *medidas de protección*, son entendidos desde una perspectiva de proceso que no se suceden linealmente ni de manera inmediata. El desarrollo de la situación dependerá de la acumulación de capital -simbólico y material- que lxs cuidadorxs puedan activar para la protección de lxs NyA en cuestión, y de aspectos que lxs exceden, como, por ejemplo, las disposiciones y tiempos institucionales (administrativos y legales). Por ello, sostenemos que el trabajo llevado a cabo durante las **entrevistas en profundidad, y la generación y fortalecimiento de redes institucionales** son de suma importancia para revertir situaciones de vulneración de derechos de NyA.

PALABRAS FINALES

Durante nuestro estudio, compartimos los resultados parciales con algunxs colegas, reflexionando sobre la práctica profesional. Observar retrospectivamente la ISS en estas situaciones diagnósticas no sería sólo un medio para problematizar el desempeño profesional, sino también una invitación a repensar nuestro rol y posicionamiento en los equipos multidisciplinares. A partir de esta propuesta exploratoria e intercambio validamos que es clave acompañar estas reflexiones con políticas públicas que protejan verdaderamente los derechos de NyA.

Estas intervenciones cobran sentido a partir de matrices conceptuales, encuadres legales, y protocolos de acción. Desde una perspectiva ético-política, no dependerá de la voluntad y/o interés propio de lxs profesionales y tampoco estará supeditada a decisiones de una u otra disciplina: el abordaje de situaciones en las que confluyen factores bio-psico-sociales-culturales-políticos-legales, exige una *lectura integral*.

Creemos que descartar la sospecha de ASIJ cuando no existen indicadores suficientes que acompañen el diagnóstico médico, **es una opción profesional**. Recuperamos el ejemplo citado dentro del texto (ID20), en el que el equipo decidió descartar la sospecha por considerar que el contagio pudo suceder “*a través de los cuidados cotidianos*”

Si bien nuestro objetivo fue el de *caracterizar las ISS en situaciones de sospecha de ASIJ por diagnóstico de SA en población pediátrica*, sabemos que este trabajo es sólo una aproximación a la complejidad que guardan las acciones del SS. Quizás la riqueza del presente radica en ponerle voz a algunas tensiones que difícilmente emergen en los resultados, aunque atraviesan los procesos de intervención socio-sanitaria de los equipos hospitalarios. Compartimos estas palabras con miras de diálogos y reflexiones situadas al respecto de una de las formas más violentas de vulneración de derechos de NyA.



SÍFILIS ADQUIRIDA E INTERVENCIÓN SOCIAL

NOTAS

1. "Círculo de evaluación y orientación del niño con sospecha o evidencia de maltrato o abuso"

http://www.garrahan.gob.ar/images/intranet/guias_atencion/protocolo/protocolo%20maltrato%20y%20abuso.pdf

2. No profundizaremos sobre esto por considerar que merece mayor desarrollo que el que podemos asumir en este trabajo.

3. Protocolo de Abuso Sexual Infanto Juvenil de CABA - Asapmi.

(septiembre 2020 en <http://www.asapmi.org.ar/publicaciones/articulos/articulo.asp?id=457>)

4. Utilizamos la "Guía y orientaciones frente al Abuso Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes. Construyendo lazos de protección de Niños, Niñas y Adolescentes frente al Abuso Sexual" de la Secretaría de Niñez Adolescencia y Familia de Ministerio de Justicia y Derechos Humano. Provincia de Córdoba, 2017.

GLOSARIO

ASIJ: abuso sexual infanto-juvenil

CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

HC: historia clínica

HS: historia social

IC: interconsulta

ISS: intervención del servicio social (hospitalario)

ITS: infección/es de transmisión sexual

NyA: niñas y adolescentes

OPPD: organismo de promoción y protección de derechos

SA: sífilis adquirida

SC: sífilis congénita

SS: servicio social

TP: *Treponema pallidum*

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

BIBLIOGRAFÍA

Long FQ, Wang QQ, Jiang J, Zhang JP, et ál. *Acquired secondary syphilis in preschool children by nonsexual close contact. Sex Transm Dis.* - Volumen 39 - Número 8 - p 588-590. doi: 10.1097 / OLQ.0b013e3182515764. Agosto de 2012

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación Argentina, Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, Secretaría de Gobierno de Salud. *Boletín sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina.* N° 35 - AÑO XXI – Diciembre de 2018.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación Argentina, Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, Secretaría de Gobierno de Salud. *Boletín sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina.* N° 36 - AÑO XXII – Diciembre de 2019.

Protocolo de Abuso Sexual Infanto Juvenil CABA - Asapmi. Recuperado en septiembre, 2020, de <http://www.asapmi.org.ar/publicaciones/articulos/articulo.asp?id=457>

Secretaría de Niñez Adolescencia y Familia de Ministerio de Justicia y Derechos Humano. Provincia de Córdoba. "Guía y orientaciones frente al Abuso Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes. Construyendo lazos de protección de Niños, Niñas y Adolescentes frente al Abuso Sexual". Año 2017.

Tellería R., Dumondín, V. et ál. *Sífilis en la infancia: estudio retrospectivo en un hospital pediátrico.* Dermatología Argentina Vol. 23 N° 2 66-72 ISSN 1515- 8411 (impresa) ISSN 1669-1636 (en línea). Junio de 2017

CIERRE DE LA “SALA DE INTERNACIÓN DE SALUD MENTAL”: CAMINANDO ENTRE PREGUNTAS, INCERTIDUMBRE Y LA POSIBILIDAD CREADORA.

** Portel, Carolina*

Se trata de describir el proceso de interpelación y el análisis realizado sobre el cierre de un espacio de intervención en un Hospital General de Niños de la CABA. Producto de las vivencias de la práctica e intervención cotidiana como parte de un equipo interdisciplinario.



Este escrito pretende socializar con el colectivo profesional y reflexionar acerca del “cierre” de *la Sala de Internación de Salud Mental* de un Hospital de niños de la CABA; cómo este movimiento institucional nos interpela a lxs trabajadorxs que formamos parte del equipo interdisciplinario (ID) de ese espacio y qué nuevas posibilidades conlleva. El mismo, surge del análisis realizado luego de múltiples encuentros y debates entre profesionales que desempeñamos tareas en el área de salud mental y se estructura sobre la base de múltiples interrogantes: *¿Qué implica este movimiento institucional? ¿Cómo impacta a lxs profesionalxs y la población atendida? ¿Qué lugar ocupamos*

* Carolina Portel. Lic. en Trabajo Social (UNLP). Trabajadora Social del Servicio Social del Hospital P de Elizalde (2019-actualidad)

en este proceso lxs profesionalxs? ¿Qué preguntas nos hacemos? ¿Se nos presentan contradicciones? ¿Abre la posibilidad de nuevos espacios y prácticas? ¿Qué respuesta damos a la demanda? ¿Cambiará la respuesta? ¿Cambiará la demanda?

En el contexto del inicio de la pandemia por covid 19, en el mes de marzo de 2020, por decisión institucional/ministerial, el espacio físico destinado a llevar a cabo internaciones por salud mental dentro del hospital, es *cerrado*. Así, la *“sala de internación de salud mental”* fue dejada sin funciones, reservada, y con modificaciones estructurales que han sido diseñadas, en un primer momento, para alojar a población con diagnóstico o sospecha de covid 19. Actualmente el espacio es utilizado como lugar de encuentro de lxs profesionales del servicio de salud mental. Respecto de lxs profesionales que desempeñábamos nuestra tarea diaria en la sala, se reconfiguraron los espacios ocupados y las tareas/actividades asignadas a cada unx de nosotrxs.

BREVE DESCRIPCIÓN DE “LA SALA” ¿DÓNDE NOS ENCONTRÁBAMOS?

Se trata de una sala de internación de salud mental pediátrica, dentro de un hospital general de niñxs, que estuvo en actividad desde febrero de 2014 hasta marzo de 2020. Fue creada en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) 26657. El espacio físico fue ubicado en un cuarto piso, con capacidad para 10 niñxs. En cuanto a la población, institucionalmente se decidió realizar un corte etario, hasta los 12 años de edad, con modalidad de internación conjunta con unx acompañante. En cuanto al recurso humanx, la sala contaba con enfermería especializada y equipo interdisciplinario con actividad exclusiva allí: tres psiquiatras infantojuveniles, dos psicólogas, dos terapistas ocupacionales y una trabajadora social¹. Además contaba con secretario, personal de seguridad y Residentes de psicología, psiquiatría, terapia ocupacional, musicoterapia, rotantes de la carrera de Arteterapia y con proyecto de rotación de trabajadorxs sociales. Durante la semana se llevaban a cabo diferentes espacios de atención individual (disciplinarios e interdisciplinarios) con lxs niñxs y sus familias. Lxs niñxs contaban con espacios/talleres grupales: Escuela hospitalaria/colonia, Taller de Cocina; Arte: nutrición, ESI; Espacio de juego, Cine y jornadas temáticas. Al momento del *cierre*, no existían espacios grupales para cuidadorxs/referentes vinculares, tampoco espacios estructurados de trabajo familiar/vincular. El equipo profesional contaba con espacios interdisciplinarios, algunos de ellos consolidados y otros en proceso de construcción: reuniones de equipo, pases, espacios con enfermería, asamblea, supervisiones clínicas e institucionales, planificación de actividades, espacios de formación a residentes, y para producción y socialización de conocimiento.

¿CÓMO NOS ENCONTRÁBAMOS?

En cuanto a lo institucional, desde la labor cotidiana, hemos visualizado y vivenciado el lugar que ocupa la salud mental dentro del hospital. Éste es un reflejo de la visión y el tratamiento que se tiene de la misma en el resto de los espacios sociales: construida sobre la base de estereotipos, estigmas, miedos y desinformación, una visión que ha sido construida históricamente a partir de prácticas de institucionalización totalizadoras, encierro e invisibilización, sustentadas desde el paradigma de la “peligrosidad”, desde el cual *“Las personas que sufren trastornos mentales son una de las minorías más oprimidas, porque se les niegan los derechos de ciudadanía, y sobre*

todo porque la negación del acceso a estos derechos está normalmente basada sobre un malentendido estatus científico de 'enfermedad' " (Ideass, s/f, p. 04). A ello se suma un contexto socioeconómico marcado por profundas desigualdades. Este modelo fue marcando una forma de ver, pensar y trabajar con las personas que atraviesan situaciones complejas de salud mental.

Analizando lo antes dicho, esto ha posicionado a la *sala de salud mental*, dentro de la institución, como un espacio invisibilizado, con un sentimiento de "lo no deseado", y eso se ha expresado en lo edilicio y organizativo: un espacio que no se encontraba explicitado dentro de la cartelera hospitalaria, de difícil acceso para la población hospitalaria (usuarixs y profesionales), con dificultades para ubicar el espacio y para acceder concretamente a él (4to piso por escalera, con ascensores en mal estado, y generalmente en desuso), un lugar a donde lxs profesionales de otras áreas preferían y/o decidían no acercarse argumentando "no tener manejo de *esa población*", manifestando temores al respecto, un espacio para el que nunca se constituyó una estructura de "servicio", sin jefatura propia, y un lugar donde, desde su corta historia, se ha evidenciado una activa movilidad del recurso humanx .

En este contexto, lxs profesionales, nos encontrábamos trabajando dentro de la misma lógica que pretendemos de-construir y cambiar, con sensaciones de aislamiento y soledad. En la búsqueda permanente de estrategias para afrontar la cotidianeidad de la demanda. Un equipo interdisciplinario que en muchas oportunidades ha tenido que apelar a su auto-organización, desplegando su capacidad creativa y creadora, haciendo uso de la autonomía relativa que nos permiten las instituciones, para construir estrategias de intervención oportunas y eficaces.

Proceso que, al mismo tiempo, ha generado agotamiento y malestar a nivel profesional.

En este sentido, es importante destacar que en múltiples oportunidades se ha contado con espacios de escucha y construcción conjunta con algunos servicios y profesionales de la institución, claro ejemplo de ello son los espacios de formación/Encuentro sostenidos por el equipo completo de Servicio Social (SS) y supervisiones y acompañamientos disciplinares por parte de las jefaturas.

De suma importancia es mencionar que "la sala" se encontraba transitando un proceso de movimientos internos de construcciones, de-construcciones y cuestionamientos. Esto se evidenció en cambios en la conformación del equipo, la reorganización del trabajo, generación de nuevos acuerdos, búsqueda de estrategias de intervención y cuidados hacia lxs profesionales y cuestionamiento del espacio físico. Buscando con ello mejores condiciones de trabajo y atención. Este movimiento implicó también, un fuerte trabajo y posicionamiento de nuestra disciplina al interior del equipo (producto de un proceso que se fue gestando y construyendo paralelamente de manera colectiva con el resto del equipo de SS).

Este movimiento ha continuado luego del cierre de la sala. Se ha trabajado en los espacios interdisciplinarios y en las reuniones de equipo (bajo la modalidad virtual), en torno a la construcción colectiva de diversas propuestas para la "reapertura" de la sala

post-pandemia.

En función de un profundo análisis del anterior funcionamiento del espacio y de las características que adopta la realidad actual, las propuestas sugeridas circularon dentro de la posibilidad de: re-apertura de la sala; nueva modalidad de internación y trabajo para el equipo (internación en salas generales, con un equipo definido para esa tarea); y la creación de nuevos dispositivos de atención (Hospital de Día de tratamiento/ Hospital de Día diagnóstico). De esto surgió una producción escrita, que fue socializada y en la que se continúa trabajando.

¿DÓNDE Y CÓMO ESTAMOS HOY...?

Actualmente quienes formábamos parte del equipo ID de la sala, en función de las necesidades institucionales y del contexto, hemos sido parte de una refuncionalización. Durante los meses de emergencia sanitaria, hemos realizado diversas tareas y/o actividades dentro del hospital: actividades docentes, de producción de protocolos y/o proyectos, atención en internación con profesionales de los equipos de interconsulta, tanto de servicio social como de "salud mental" (psicología, psiquiatría y terapia ocupacional), atención virtual: seguimientos de salud mental y atención de cada disciplina en particular.

Las internaciones por salud mental, post cierre de la sala, se han realizado en salas generales dentro del hospital, con la intervención de profesionales de los equipos de internación e interconsulta de SM y de SS. Esto ha llevado a múltiples reestructuraciones en la modalidad de intervención y trabajo de cada servicio, con la consecuente necesidad de repensar-se. Se suma a ello que en este contexto, tanto institucional como social, se ha diversificado el perfil (etario y diagnóstico) de lxs niñxs y adolescentes que requieren y acceden a la internación.

En este nuevo contexto, aparecen también nuevas dificultades y desafíos, referidos a la particularidad de las intervenciones, conformación y consolidación de equipos, al cuidado de lxs profesionales, y la construcción de una nueva forma de trabajar, con nuevos actores y en nuevos espacios.

EN ESTE CONTEXTO: ¿QUÉ NOS PREGUNTAMOS? CAMINANDO ENTRE LA INCERTIDUMBRE, LAS PREGUNTAS, Y LA POSIBILIDAD CREADORA

En principio, el movimiento, es saludable. Los movimientos institucionales, los cambios de estructuras, nos permiten revisar prácticas, intervenciones y vínculo con la población atendida. Al mismo tiempo, como parte de ese proceso, también nos generan incertidumbres y temores.

En este proceso de cambios, como equipo nos hemos hecho preguntas, que van desde cuestionamientos a los marcos conceptuales desde donde intervenimos, hasta los espacios físicos y concretos que ocupamos.

Se nos presenta un primer y gran interrogante que circula alrededor de la modalidad de atención, analizando el anterior funcionamiento del espacio y pensado en nuevas

modalidades.

Al analizar la legislación vigente, no se encuentran particularidades referidas a la modalidad de internación dentro de los hospitales generales, al respecto podría mencionarse el siguiente párrafo de la reglamentación de la LNSM 26657 *“Las adaptaciones necesarias para brindar una atención adecuada e integrada sean estructurales y/o funcionales de los hospitales generales a efectos de incluir la posibilidad de internación en salud mental es responsabilidad de cada jurisdicción.(...) deberán contemplar en la construcción de nuevos hospitales, áreas destinadas específicamente a la atención de la salud mental. Asimismo, establecerán planes de apoyo para el reacondicionamiento o ampliación de los Hospitales Generales, con el mismo objetivo”* (Ley 26.657 - Decreto Reglamentario 603/2013, Art 28).

Partiendo de este análisis, y en un nuevo contexto, nos interpelamos en dos direcciones:

EN CUANTO A LES PROFESIONALES Y LOS EQUIPOS

Luego del cierre de la sala, en la tarea cotidiana, nos encontramos física y organizativamente separados los servicios de SM Y SS. *¿Pensar en intervenciones de “salud mental” y “servicio social”, genera una ruptura en la construcción conceptual que hacemos de la salud mental?* Siguiendo a Cazzaniga *“La organización administrativa de las instituciones públicas donde en los organigramas, que responden a las lógicas tayloristas (separación y jerarquización) encontramos generalmente la división en departamentos, direcciones o secciones, que agrupan por profesiones (Departamento de Servicio Social, de Psicología, Médico, etc.), lo que estructura una forma de trabajo que favorece la parcelación. El “nexo” aparece entonces como derivaciones”*. En función de brindar atención integral a la complejidad de las situaciones, trabajar “por servicio” y no bajo la conformación de equipos consolidados, podría fragmentar las intervenciones y aflorar nociones erróneas o limitantes de nuestras competencias profesionales y rol.

Entonces, en este nuevo contexto de intervención *¿Cómo pensamos una nueva conformación de equipo?* Hay algo objetivo, y es que somos parte de dos servicios hospitalarios, “Salud mental”: al que pertenecen psicología, psiquiatría y Terapia Ocupacional y “Servicio Social”: al que pertenecemos las trabajadoras sociales. Esto no debería obstaculizar la conformación de un equipo interdisciplinario de Salud Mental. Entendiendo lo interdisciplinario como *“la conjunción de lenguajes diferentes, que hablan de cosas distintas, en términos diferentes (que) por lo tanto implica un arduo esfuerzo, mancomunar puntos de vista, acercar diferencias de significado de las palabras y construir un marco”* (Cazzaniga, 2002, s/n), entendiendo que *“Una de las condiciones imprescindibles para la constitución de un equipo de salud es encontrar un espacio común, en el que los miembros del equipo puedan reconocerse cara a cara y definir sus objetivos comunes, generar acuerdos y definir cómo utilizar los dispositivos o estrategias vigentes para alcanzar los propósitos que se plantea tendientes a mejorar la situación de salud de la comunidad”* (Ministerio de Salud de la Nación, S/F, p. 19)

Para esto es necesario la intencionalidad de crear ese nuevo equipo, en un nuevo contexto y marco institucional. Aquí es donde se cristalizan algunas dificultades que se enraízan en *“Las diferentes consolidaciones que las disciplinas y por ende las profesiones presentan en los campos de intervención. Estas diferencias se encuentran en relación con los estatus adquiridos en el ámbito científico, los prestigios, las “presentaciones” que se han hecho de ellas en la sociedad y las representaciones sociales que circulan acerca de las mismas. Al interior de los equipos estas diferencias aparecen con verdaderas asimetrías en el ejercicio del poder”* (Cazzaniga, 2002, s/n), algo que también recae sobre nuestra profesión y su devenir histórico...

En base a lo planteado, un posible camino a transitar, podría ser la conformación de un “Equipo de Trabajo”, que es una modalidad que funciona dentro de otros sectores del hospital, donde se conforman equipos interdisciplinarios para abordar y trabajar temáticas particulares. Esto brindaría la posibilidad de construcción conjunta entre los dos servicios, y/o la incorporación de otrxs profesionales y servicios.

EN FUNCIÓN DE LOS PROCESOS DE INTERVENCIÓN

La internación de niñxs que atraviesan situaciones complejas referidas a su salud mental, en reconocimiento de la salud mental como parte de la salud integral de las personas, y en la deconstrucción de los estigmas que históricamente acompañan a lxs sujetxs que atraviesan estas situaciones. Este movimiento, también abriría la posibilidad de que la comunidad hospitalaria le otorgue un nuevo lugar (o un lugar en sí mismo) a este particular atravesamiento de la salud.

Sin embargo, esto nos hace interpelarnos como profesionales, respecto de distintas prácticas, discursos y saberes. Así aparecen nuevas preguntas, incertidumbre y con ellas algunos pensamientos encontrados.

Aquí quiero mencionar lo que Emiliano Galende denomina “nueva institucionalización”, *“...estamos frente a algunos problemas nuevos o, más bien, retornos de viejos problemas, por ejemplo, la institucionalización psiquiátrica (...) La famosa desinstitucionalización apuntaba ofrecer alternativas comunitarias (...) lo que estamos viendo en la actualidad es una nueva institucionalización. En la Argentina volvieron las internaciones masivas (...) Es muy sencillo, la internación simplifica el problema. La tentación de la institucionalización está sostenida en dos cosas, una es la política del estado, que no ha resuelto todavía esta cuestión, y otra, la incapacidad de recursos que tienen los servicios para resolver estos problemas”* (Geller, 2007, s/n). Desde este marco, debemos pensar alternativas y construir un modo de intervenir acorde a las necesidades de lxs niñxs. Así, cuando un niñx efectivamente requiera una internación, pensar de qué modo vamos a trabajar, desde que marco y con qué recursos.

Una modalidad de abordaje respetuosa de sus derechos, que aborde su salud integral, y en un marco de cuidado tanto para la población usuaria como para lxs profesionales.

He aquí una nueva pregunta. De acuerdo a la legislación vigente, *¿Una sala especializada de SM, dentro de un Hospital General, de qué manera está contemplada dentro del marco legal?* Dada la complejidad de las situaciones, y las particularidades de

la población allí atendida *¿Qué nuevos espacios de cuidado podemos ofrecer dentro de la institución?*

CONCLUYENDO... SE ABREN EN EL PENSAMIENTO DOS POSIBLES CAMINOS...

- *¿Se puede pensar en un espacio de internación especializado, que brinde los cuidados requeridos por la población usuaria, con personal específicamente capacitadx para ello, pero con características de mayor apertura institucional?* Un espacio que brinde cuidados acordes a las necesidades particulares y situacionales de lxs niñxs, con posibilidad y apertura a la circulación: terapias, espacios recreativos y talleres en otros espacios hospitalarios, rompiendo de este modo con la lógica totalizadora, tanto para la población usuaria como para lxs trabajadorxs.

- *¿Se puede pensar en este espacio solo para el momento agudo? Cuando se logra la estabilización del cuadro agudo, ¿Cómo continuamos? ¿Es posible la creación de nuevos dispositivos? ¿Con qué herramientas y recursos planificamos el alta? ¿Contamos con la red institucional de cuidados necesaria? ¿Existe la capacidad institucional interinstitucional e intersectorial para efectivizar este movimiento?*

- O, pensamos y construimos la intervención desde un nuevo espacio: la internación en salas generales. *¿Cómo adecuar las salas, para brindar los cuidados necesarios a la población atendida? ¿Es posible atender el perfil de población que se internaba en la sala? ¿Qué respuesta podemos ofrecer a esa población? ¿Con qué recursos deberíamos contar? ¿Cuál es la capacidad institucional para dar soporte a este cambio? Dada la multiplicidad de actores implicadxs ¿Cómo se trabajan las intencionalidades de cada unx?*

En conclusión, la pandemia nos ha impuesto un nuevo escenario, donde lxs equipos de salud hemos tenido que reestructurar nuestros espacios y modalidades de atención e intervención. Debimos ser flexibles, trabajar en un contexto desconocido y en permanente cambio, nos hemos acompañado, y hemos sido protagonistas de un marco repleto de malestares e incertidumbres. Con todo ello, este contexto, aquí, significó y significa movimiento institucional, donde se ha hecho visible, una dinámica y un espacio que hasta el momento nadie veía; ha abierto procesos, ha permitido que la salud mental circule en la escena hospitalaria, que se hable de ella, que se revise y se piense de forma colectiva. Surge la posibilidad creadora. Inevitablemente, de este proceso, algo nuevo va a surgir.

Un camino por recorrer, un andar de construcciones, marcos teóricos, saberes, realidades institucionales, acuerdos y disputas; inmersos en un campo de lucha permanente, el Campo de la Salud.





NOTAS

1. Cabe aclarar, que al momento del cierre, ya declarada la emergencia sanitaria por la pandemia, el equipo de trabajo se encontraba reducido, por cargos vacantes y personal licenciado.

BIBLIOGRAFÍA

Almeida; Chidichimo; Colli; otrxs. (2017) *Desafíos de la política de salud mental sustitutiva a lo manicomio: que abrir para cerrar. Cerrar el manicomio no es achicar el Estado.* Cuadernos do CEAS, Salvador/Recife

Cazzaniga, Susana (2002) "Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los de los equipos de salud" Revista Margen. Edición N° 27. Disponible en: <https://www.margen.org/suscri/margen27/jorna.html>

Geller Bruno (2007) *Entrevista a Emiliano Galende, especialista en Salud Mental.* - Agencia CyTA-Instituto Leloir. Disponible en <https://www.agenciacyta.org.ar/2007/06/entrevista-a-emiliano-galende-especialista-en-salud-mental/>

Ideass Italia (s/f) "Desde el manicomio, hacia los servicios de Salud Mental en territorio" IDEASS Innovación para el Desarrollo y la Cooperación Sur-Sur. Disponible en: www.ideassonline.org

Ley Nacional De Salud Mental 26.657 - Decreto Reglamentario 603-2013. Disponible en <http://fepra.org.ar/docs/Ley-nacional-salud-mental.pdf>

Ministerio de Salud de La Nación (S/f) Curso en Salud Social y Comunitaria. Capacitación en Servicio para Trabajadores de la Salud en el Primer Nivel de Atención. Trabajo en equipos, redes y participación. .

Ministerio de Salud de La Nación. (2006) Programa Médicos Comunitarios. Módulo 8- Trabajo en Equipo en Salud. Buenos Aires

MUJERES MIGRANTES, ACCESO A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS E INTERVENCIONES PROFESIONALES: REFLEXIONES DESDE EL CAMPO DE LA SALUD

**Feldman, Carolina Julieta*

El derecho a tener derechos o el derecho de cada individuo a pertenecer a la humanidad debería ser garantizado por la misma humanidad

Hanna Arendt (1961)



INTRODUCCIÓN

En este artículo, me interesa reflexionar acerca de las políticas públicas y las barreras en la accesibilidad que tienen las mujeres migrantes en el contexto de pandemia COVID-19. El acervo teórico-metodológico en torno a las políticas, se inscribe dentro de una perspectiva de género(s)¹ que me permite comprender la intersección entre las políticas públicas, la población de referencia y mis estrategias de intervención profesional.

Se plantean algunos interrogantes que surgieron de mi experiencia como residente de Trabajo Social en la demanda espontánea en un Centro de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, desde la publicación del decreto 297/2020 que

***Carolina Julieta Feldman.** Licenciada en Trabajo Social por la Universidad de Buenos Aires. Residente de tercer año de Trabajo Social en un Hospital Público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

establece el ASPO (aislamiento social, preventivo y obligatorio).

En este contexto, observo que se acentúan las desigualdades -con un claro impacto en el colectivo de lxs migrantes- y en particular en las mujeres que son las que se acercan a los efectores de salud en búsqueda de alguna respuesta a sus problemáticas. En esta coyuntura, considero que hay una pauperización de sus condiciones de vida, dado que la mayoría realizan trabajos informales que en ese momento no pueden desarrollar y tampoco pueden acceder a las políticas públicas, por no contar con los años de residencia requeridos para el ingreso a las mismas.

LAS POLÍTICAS PÚBLICAS: ALGUNOS INTERROGANTES EN FUNCIÓN DE LA EXPERIENCIA CON MUJERES MIGRANTES

Desde la constitución del Estado moderno, capitalista y patriarcal, las políticas tienen como principales destinatarias a las mujeres madres. El estereotipo de mujer cuidadora con atributos intrínsecos para desarrollar esta función, tiene una relación estrecha con la división sexual del trabajo que se postula como natural e inalterable. (...) *Hemos presentado ya cómo se construyen socialmente las categorías de la diferencia (género, raza, etnia) y cómo su poder radica en la naturalización de las diferencias entre las personas (...)*(Comas d'Argemir, 64:1995)

Estos estereotipos de género, se agudizan cuando estas mismas mujeres son migrantes. ¿Qué significa ser migrante en las sociedades contemporáneas? Según Sayad (2008), ser migrante implica no pertenecer al orden nacional, por ende una profunda exclusión en lo político. Las personas migrantes son al mismo tiempo emigrantes y suponen una amenaza al orden nacional, el trabajo es el único medio de legitimación de la existencia de este grupo. En términos de Sayad (2008) *el inmigrante, como no-nacional, es excluido de derecho de lo político; el emigrante, como ausente de lo nacional (o de la nación) es excluido de hecho de lo político* (Sayad, 104:2008)

Este doble atravesamiento explica algunas de las vicisitudes de acceso a las políticas sociales, dado que la mayoría de ellas priorizan a las mujeres madres y en todos los casos delimitan una cantidad de años de residencia para el ingreso. Esta tendencia a la feminización de los cuidados, la puedo observar en programas tales como la AUH (política nacional destinada a brindar un apoyo económico para lxs hijos de lxs trabajadores informales que al no percibir la asignación familiar les corresponde este derecho), ya que se le da prioridad a la madre en tanto titular a cargo de lxs niñxs. Además, como requisito, determina que estas mujeres necesitan dos años de residencia comprobable en el país, constituyéndose como una política de difícil acceso para las personas migrantes.

Me parece significativo mencionar una de las situaciones en la cual intervine en este contexto, ya que refleja los numerosos escollos que tiene que sobrellevar una mujer migrante que no cumple con los requisitos de ingreso a las políticas estatales. La señora A es oriunda de Ghana-hablaba solo inglés y estaba aprendiendo español- realizaba los controles de embarazo en el centro de salud. En uno de ellos, la obstétrica la derivó al

hospital porque detectó una problemática que requería internación en el segundo nivel de atención. Fue internada, nació su hijx, el cual falleció a los pocos días. Mientras ella estaba internada, la desalojaron de su vivienda en la Provincia de Buenos Aires.

Al momento del egreso hospitalario se realizó la consulta al Servicio Social del hospital, ya que A quedó de manera repentina en situación de calle. En un primer momento, se pensó como estrategia de intervención llamar al BAP (Buenos Aires Presente)² para resolver la situación de calle, luego se (re)pensó esta estrategia- teniendo en cuenta todas las dimensiones que inciden en la constitución del campo problemático: mujer-migrante, que atravesó varios duelos familiares en poco tiempo (no sólo por el episodio relatado, sino también porque en Ghana murió su mamá y su hermana), sin red sociofamiliar y actualmente sin vivienda.

Se articuló con CAREF³, para poder pergeñar una estrategia conjunta de intervención y con el centro de salud donde A se atendía, con el propósito de dar un seguimiento y acompañar esta situación. En principio, se solicitó una ayuda económica a ADRA⁴ por un mes para que A pueda pagar un alquiler. Además, se elaboró un informe psicosocial para solicitar a través de la AGT (Asesoría General Tutelar) la posibilidad de ingresar al Programa 690 de Subsidio Habitacional de CABA (a pesar de no contar con el requisito de dos años de residencia en la ciudad que solicita este subsidio).

El Programa 690, es una política pública destinada a personas en situación de calle. Tiene como requisitos: contar con dos años de residencia en la Ciudad de Buenos Aires, DNI, censo del BAP que acredite la situación de calle, certificación negativa de ANSES, presupuesto de alquiler e informe social elaborado por licenciado/a en Trabajo Social con matrícula. En la situación de A, al no cumplir con la documentación solicitada, indefectiblemente hubo que acudir a la vía judicial, a fin de garantizar el derecho a la vivienda.

La articulación con actores con injerencia en la temática, posibilitó la reconstrucción de la situación problemática poniendo en un primer plano las demandas de intervención de la situación de A. No obstante, las barreras idiomáticas se constituyeron como un obstáculo importante para poder hacer un seguimiento que contemple cuestiones socioculturales en torno a las formas de la comunicación en los espacios de atención de la salud, la realización de trámites y gestiones sociales, la elaboración de duelos de seres queridos en su país de origen, su trayectoria de vida y sus proyectos a futuro.

Es importante señalar respecto de mis intervenciones profesionales que, no sólo intervengo en pos del acceso a recursos, sino también haciendo hincapié en la autonomía de la persona que consulta. Tomando los aportes conceptuales de Therborn(2016) la población de referencia sufre no sólo desigualdades de recursos, sino también otro tipo de desigualdades que son la desigualdad existencial(que hace referencia a la privación de autonomía, dignidad y respeto que se cristaliza en la situación de vulnerabilidad de las mujeres, en inequidades según género, etnia, edades, creencias religiosas, etc) y la desigualdad vital (que es aquella que apunta a las oportunidades de vida y se mide con indicadores tales como la esperanza de vida, la tasa de mortalidad, entre otros).

En ese sentido, valoro especialmente el trabajo en red con organizaciones (CAREF, ADRA, etc.) Asimismo, pongo énfasis en las desigualdades de recursos -según Therborn (2016) este tipo abarca la desigualdad de medios para la acción-. Estas inequidades se pueden paliar con programas de provisión de bienes de primera necesidad (que no piden años de residencia en el país) como por ejemplo el Programa Más que leche que le otorga este producto a las mujeres embarazadas y a los niños de 0 a 6 años de edad y también la dación de pañales en el Ministerio de Desarrollo Humano y hábitat de la Ciudad de Buenos Aires.

Teniendo en cuenta las múltiples desigualdades que atraviesan lxs migrantes en general y las mujeres migrantes en particular, en mis intervenciones asesoro a las personas para regularizar la situación migratoria de acuerdo a la Ley Nacional de Migraciones 25.871; entendiendo que se trata de un derecho humano fundamental.

Asimismo, considero relevante poder trabajar con las mujeres migrantes poniendo el acento en la dimensión terapéutica del Trabajo Social. Tal como asevera Rojas Madrigal (2007), esta dimensión propende al cambio subjetivo, relacional y comunicativo de lxs sujetos, a partir de una resignificación de su historia familiar y personal- cuando esta se presenta como un obstáculo para su propio bienestar y el de su entorno-. Este abordaje, en términos de esta autora, apela a que *lxs sujetos comprendan y superen el malestar subjetivo que las aqueja, o bien, logren que sus vínculos y sus procesos comunicativos sean potenciadores de bienestar y superen pautas estereotipadas* (Rojas Madrigal, 2007).

A modo de ejemplo, otra de las situaciones en las que intervine y que permite visualizar la inscripción de esta dimensión terapéutica en las demandas de intervención durante este momento de pandemia, es la identificación de cierto malestar subjetivo por parte de una mujer boliviana que manifiesta que, le pone límites a sus hijxs a través de la violencia física y luego se siente “mal”. En el devenir de las entrevistas, se trabaja con ella sobre este sufrimiento que proviene de las formas de poner límites que conoce por haber sido ella misma víctima de violencia por parte de sus padres. Además, se trabaja en conjunto con el equipo de salud mental del centro de salud, para propiciar nuevas modalidades basadas en el respeto a los derechos de lxs niños.

Me parece fundamental subrayar que en esta situación se abordó esta problemática ponderando no sólo los derechos de lxs niñxs, sino el sufrimiento de esta mujer que entendía que el ejercicio de esa violencia era inapropiado y, además, le costaba poder reconocer otras formas respetuosas de poner límites a sus hijxs. En estas intervenciones, el objetivo principal fue el cambio subjetivo, relacional y comunicativo de la persona.

En definitiva, en mis intervenciones escucho las consultas de las mujeres migrantes, co-construyendo con ellas las demandas desde una perspectiva de género(s) y derechos humanos. Las situaciones que se presentaron revelan una agudización de la desigualdad en sus tres dimensiones (existencial, vital y de recursos) y una exclusión por parte del Estado en la atención a esta población.

La escucha activa, el trabajo en red y el abordaje para garantizar derechos elementales se sustentan en el actual marco normativo: la Ley Nacional de Migraciones 25.871. Dicha ley sancionada en el 2004 durante la presidencia de Néstor Kirchner, define a la migración como un derecho humano y pone fin a la Ley Videla (sancionada durante la dictadura cívico- militar con una orientación basada en la expulsión de lxs extranjeros).

Frente a las múltiples desigualdades que lxs atraviesan, las personas migrantes apelan también a relatos basados en un cuerpo sufriente, en una marca de dolor. En el campo de la salud, las mujeres y sobre todo las mujeres migrantes saben que están en desventaja para poder ingresar a los programas y por eso mismo acuden a estrategias de visibilización de su padecimiento o del de sus hijxs para obtener un reconocimiento.

En una de las entrevistas que realicé, una mujer oriunda de Perú colapsó en llanto y manifestó *“Yo sé que no entré al IFE porque no tengo mi documento, pero mira tengo artrosis por todos lados, no puedo trabajar vendiendo en la costanera porque no me dejan, a mis hijos solo les doy una comida. ¿A vos te parece que mis hijos de 4 y 6 años se paren como perros cuando sienten el olor a comida? Yo antes no necesitaba ningún plan, pero ahora estoy desesperada”*. En términos de Fassin, *El cuerpo, enfermo o sufrido, está dotado, en estas situaciones, de una suerte de reconocimiento social que en última instancia se intenta hacer valer cuando todos los otros fundamentos de una legitimidad parecieran haber sido agotados* (Fassin, 2004:53)

Esta narrativa sobre el cuerpo sufriente que necesita reconocimiento me impactó y me lleva a preguntarme ¿Quiénes son las mujeres migrantes que vienen a nuestro país? ¿Qué trabajos realizan? Los estudios de poblaciones migrantes dan cuenta de una feminización de la migración asociada a un aumento de la demanda de servicios de cuidado. *La feminización de los flujos migratorios ha sido interpretada como parte de un proceso de cambio global que ha afectado las condiciones de vida de vastos sectores de la población en países en desarrollo* (Cerruti, 2009:27). Esta caracterización no es un mero dato estadístico, sino un determinante importante para comprender la desigualdad que atraviesan las mujeres migrantes en nuestro país, ya que tienen una doble jornada de trabajo: el trabajo remunerado, en la mayoría de los casos informal vinculado a servicios de cuidado y las tareas de cuidado no remunerado que llevan a cabo en el seno del hogar.

En conclusión, en este apartado problematizo las barreras en el acceso a las políticas públicas por parte de las mujeres migrantes y propongo intervenciones en red e interdisciplinarias para poder abordar las situaciones enunciadas. Me quedan resonando varias preguntas que atraviesan mi campo de intervención ¿Cómo colectivizar estas demandas de intervención? ¿Existen otras alternativas para no tener que apelar a instancias judiciales para garantizar los derechos de estas personas?

REFLEXIONES FINALES

Las disquisiciones teórico- metodológicas de este artículo, parten de mi experiencia como residente de trabajo social en una institución de atención primaria de la salud.

En el devenir de esta pandemia, comprendí que las desigualdades de las mujeres

migrantes, se profundizaron por no poder continuar con sus trabajos- en su mayoría informales- y por no poder acceder a las políticas sociales. Esta precarización de las condiciones de vida, hace que muchas veces recurren a sus cuerpos como marcas del sufrimiento que merece una intervención concreta. En términos de Fassin, *Se trata de revelar su desamparo en los más íntimos detalles de lo cotidiano y en los signos más demostrativos de estado físico, para así justificar y certificar la extrema necesidad material* (Fassin,2004: 51).

Resulta notable poder reflexionar sobre estas narrativas, con el propósito de llevar a cabo intervenciones basadas en la escucha activa y el trabajo en red. Además, sostengo que la dimensión terapéutica del Trabajo social me permite co-problematizar con la persona aquellas cuestiones que van en desmedro de su bienestar.



MUJERES MIGRANTES

NOTAS

1. La perspectiva de género(s) es un tipo de mirada crítica y política sobre las prácticas, conductas, representaciones acerca de las femineidades y masculinidades en el seno de una sociedad capitalista, moderna y patriarcal. El plural "géneros" tiene el propósito de romper el binomio femenino-masculino y visibilizar desde el lenguaje al colectivo LGBTTTIQ+ (Lesbianas, gays, transexuales, travestis, transgéneros, intersexuales y queer).
2. **Buenos Aires Presente** es un programa de la Ciudad de Buenos Aires, cuya función es atender a población en situación de calle. A través de línea 108, se puede dar intervención a esta institución para derivar a paradores o hogares de la Ciudad de Buenos Aires. Además, el **BAP** es el ente encargado de realizar el censo de esta población. Dicho censo es uno de los requisitos para acceder al Programa 690 de Subsidio Habitacional.
3. **La Comisión Argentina de Refugiados y migrantes** es una organización de la sociedad civil sin fines de lucro, que aboga por los derechos de las personas migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo.
4. **La Agencia adventista de Desarrollo y Recursos Asistenciales.** Es una organización que depende de la Iglesia Adventista del Séptimo Día. En Argentina, se crea en el año 2007, con el propósito de dar asistencia a comunidades vulnerables. Resulta significativo mencionar que esta institución brinda apoyo económico para el pago de un alquiler a migrantes y refugiados- solo por un tiempo limitado-.

BIBLIOGRAFÍA

- Long FQ, Wang QQ, Jiang J, Zhang JP, et ál.** "Acquired secondary syphilis in preschool children by nonsexual close contact. *Sex Transm Dis.*" - Volumen 39 - Número 8 - p 588-590. doi: 10.1097 / OLQ.0b013e3182515764. Agosto de 2012
- Arendt, H.** "Los Orígenes del Totalitarismo" (Trad. cast. de Guillermo Solana, México: Taurus, Primera Reimpresión 2004). Título original: The Origins of Totalitarianism, New York: Harcour Brace Javanovich Inc., 1961.
- Cerrutti, M (2009)** "Diagnóstico de las Poblaciones de Inmigrantes en la Argentina". Programa de Fortalecimiento de las Capacidades Institucionales de la Dirección Nacional de Población, programa que cuenta con el apoyo de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM).
- Comas d'Argemir, D. (1995).** "Trabajo, género, cultura. La construcción de desigualdades entre hombres y mujeres", Barcelona, Icaria
- Fassin, D (2004).** "Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia". Cuadernos De antropología Social, (17). <https://doi.org/10.34096/cas.i17.4599>
- Rojas Madrigal, C (2007).** "Intervención Terapéutica en el Trabajo Social Costarricense: un análisis de su surgimiento y desarrollo en cuatro instituciones pioneras. Tesis para optar por el grado de Magíster Scientiae en Trabajo Social". San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica, Sistema de Estudios de Posgrado, Maestría en Trabajo Social. (Documento inédito en proceso de defensa pública).
- Rovere, M (1999)** "Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad", Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte (reimpresión)
- Sayad, A (2008),** "Estado, nación e inmigración. El orden nacional ante el desafío de la inmigración", en Apuntes de investigación del CECYP, N° 13.
- Therborn, G. (2016).** "Los campos de exterminio de la desigualdad" (trad. de Lilia Mosconi, Johanna Malcher). 2ª ed. México: Fondo de Cultura Económica Revista Sociedad y Economía, núm. 33, 2017 Universidad del Valle Cali, Colombia



TRABAJO SOCIAL SITUADO



INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (I.V.E): EL DEVENIR DEL DESEO COLECTIVO

**Guzzetti, Lorena y Dalla Cia, Cecilia*

¡Que sea Ley! decíamos y los deseos colectivos parieron derechos. Contra todo viento y con La Marea a favor, permanecemos en las calles por la lucha de la interrupción voluntaria del embarazo. Hace dos años, el frío y la lluvia nos atravesaron el cuerpo, y con calores improvisados de fogatas, bebidas, carpas, frazadas y abrazos, atravesamos las vigiliadas. Diciembre del 2020 nos encontró entre barbijos, tapabocas, alcohol en gel, gorras, con calores sorteados con ayudas esterilizadas, y con tímidos saludos que finalmente devinieron en ineludibles festejos colectivos.

* **Lorena Guzzetti** - Lic. en Trabajo Social UBA, Mg. Ciencias de las Familias y docente universitaria.

Cecilia Dalla Cia - Lic. en Trabajo Social UBA, Especialización en Violencia de Género, Participación y Políticas Públicas.

Integrantes de la Secretaría de Géneros del CPPSSyTS CABA

¡Que sea Ley! gritábamos y como hace dos años, con nuestros pañuelos verdes salimos a vivenciar la ronda del aquelarre feminista, con las canciones, las bengalas, los gazebos, las banderas, los colores y una auténtica alegría colectiva. A pesar de atravesar un año de encierros, de miedos y de muerte - dimensiones habituales para quienes debieron transitar abortos clandestinos en la Argentina - ni la pandemia ni los intentos de mantenerlos ocultos, pudieron evitar que se visibilizara en todo el país.

¡Que sea Ley! proclamábamos y durante el 2019 la Campaña Nacional por el aborto legal, seguro y gratuito, presentó su proyecto por octava vez. Tamaña potencia de las voces que fueron confluyendo, que mantuvieron las aguas moviéndose hasta convertirse en marea. Otres le secundaron. Y el movimiento feminista empapó con el verde organizaciones sociales, sindicatos, partidos políticos y al mismísimo Estado. Distintos actores sociales protagonizaron la disputa de sentidos y acciones bajo una correlación de fuerzas que parecía demoledora. Quienes quisieron aquietar las aguas, pensaron por mucho tiempo que habían ganado. Haciendo política el debate se mantuvo activo en la agenda pública y en cada territorio donde el activismo feminista estuviera presente, promoviendo la participación y ampliando cada vez más la lista de adherentes. Esta es la profunda matriz pedagógica de un movimiento social que no deja de militar sus convicciones.

¡Que sea Ley! exigíamos y el 17 de

noviembre del 2020 ingresó el proyecto del Poder Ejecutivo a la Cámara Baja. Como un torrente que se libera, las redes sociales y los espacios virtuales (y no) quedaron inundados por el impulso arrollador que adquieren los deseos cuando aspiran a convertirse en derechos para todes.

¡Que sea Ley! soñábamos y el 10 de diciembre poblamos el Congreso de la Nación ante el debate del proyecto de Ley de Regulación del Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y a la Atención Post aborto. Feminismos multicolores interseccionales, compartimos la plaza para recordar que estábamos en plena lucha para decidir sobre nuestros propios cuerpos, evitar maternidades forzadas, defender el derecho al goce, a tomar la palabra, a desear, a organizarnos y a amar en la diversidad. Durante el amanecer del 11 de diciembre la Cámara de Diputados, luego de 20 horas de maratónico debate, aprobó la media sanción del proyecto con 131 votos a favor y 117 votos antiderechos.

¡Que sea Ley! luchábamos y diciembre se convirtió nuevamente en escenario para los debates en las comisiones de la cámara de Senadores. Confluyeron en un dictamen histórico, en la que las políticas públicas fueron reconocidas como herramientas fundamentales para el efectivo acceso a la salud de todas las mujeres y personas gestantes. Incluía además el proyecto de la “Ley Nacional de Atención y Cuidado de la Salud durante el Embarazo y la Primera

Infancia”, con pretensión de política integral, completando aquella tarea iniciada por la ESI.

¡Que sea Ley! gritamos y la extendida gesta logró que desde el 29 de diciembre del 2020 abortar en Argentina sea un derecho. Con 38 votos a favor y 29 en contra, luego de 12 horas de brioso debate, se aprobó la ley No 27.610. Un humo verde nos embriagó al sentirnos parte de una experiencia inigualable, parida desde los rincones de la vida cotidiana. Y reveladora de la potencia de ser soberanxs sobre nuestros territorios geográficos, simbólicos y corporales. Ahora es legal, seguro y gratuito. ¡Que revolucione y transforme nuestra práctica profesional!



LIBROS

ADOPCIONES. UN MODELO PSICOJURÍDICO PARA LOS PROCESOS ADOPTIVOS. ANÁLISIS, ACCIONES Y PROPUESTAS CONCRETAS DE ABORDAJE.

Autoras: María Federica Otero y Carolina A. Videtta
Colección conjunciones. Editorial Noveduc. Bs.As. 2021



*Reseña : *Silvana Barabas Bloch – Equipo Editorial*

* **Silvana Barabas Bloch** - Trabajadora Social UBA, Especialista en Políticas Sociales FLACSO, Miembro del Equipo interdisciplinario de Anidar.

La salida a la luz del libro ***“Adopciones. Un modelo psicojurídico para los procesos adoptivos. Análisis, acciones y propuestas concretas de abordaje”*** de María Federica Otero y Carolina A. Videtta merece especial valoración fundado en el exiguo conocimiento y sistematización de la información disponible acerca de la adopción de niñas niños y adolescentes (en adelante NNyA) tanto en la comunidad como en los currículos académicos. Ambas autoras reúnen una amplia experiencia en dicho campo, María Federica Otero es Psicóloga (UBA) y Magister en Psicología Clínica (UNB, Brasil) y Carolina A. Videtta es Abogada (UBA), especialista en Derecho de Familia (UBA) y becaria doctoral UBACyT de la Facultad de Derecho de la UBA. Ambas suman a su recorrido un aporte relevante en el que fusionan saberes y experiencia, logrando ajustar los contenidos al momento socio histórico que atraviesan las niñas sin cuidados parentales, la situación de adoptabilidad, los procesos de guarda y adopción.

La obra se extiende a lo largo de más de cuatrocientas páginas, integrando fuentes provenientes de los campos jurídico, psicológico y social conjugando aspectos relevantes a la dinámica relacional entre los sujetos. Asimismo, aporta la representación de escenas familiares en territorio, en el escenario judicial y en forma testimonial, así como aspectos metodológicos de los equipos intervinientes.

Ha de destacarse que el texto propone acciones concretas que benefician NNyA y los procesos de restitución de derechos. Con la lupa puesta en los saberes

compartidos en nuestra sociedad, señala la escasa información respecto de la validez jurídica de situaciones consolidadas de hecho. Propone mejorar las campañas de información masiva sobre la situación de NNyA sin cuidados parentales, los procesos adoptivos, la situación de adoptabilidad y el consentimiento del NNyA para ser adoptado.

Respecto de aquellas personas que manifiestan su deseo de adoptar, recoge la necesidad de ofrecerles la posibilidad real de comprender y reflexionar acerca del paradigma emergente y de las necesidades concretas de los NNyA sin cuidados parentales que podrían ir planteando a lo largo del proceso.

En relación al consentimiento de NNyA respecto de su deseo de ser adoptada/o, proporciona aspectos metodológicos hacia el juez y las/los operadores jurídicos, sobre quienes recae la obligatoriedad de asistir personalmente a NNyA en todas las etapas del proceso y a tener en cuenta su opinión. Del mismo modo, la garantía de escucha, implica en sí misma un concepto ético de reparación concreta y simbólica. Cabe señalar, que apela a la presencia a lo largo del proceso de dos figuras significativas para NNyA, un referente principal que sea el encargado/a de informarle con detalle todo lo atinente a su proceso y un/a referente afectivo en tanto vínculo subsistente. A su vez valoriza el concepto de proceso de autonomía progresiva de los NNyA al constituirse en sujeto activo en su proceso de adopción.

El libro destaca la visión del NNyA

incorporadx o integradx a una familia y la necesidad de respetar “sus costumbres, identidad, gustos, forma de ser empáticamente sobre todas las cosas reconociéndola/o como un sujeto privado, sufriente, desde un posicionamiento claramente asimétrico, en el sentido que es el /la adulto quien debe saber cuidar, proteger empatizar y entrañar todo su ser, lo amigable como lo más complejo”.

La lectura aborda la ruptura que puede presentarse en los procesos de vinculación y/o de guarda pre adoptiva, a los que denomina 'procesos excluyentes' o proyectos no viables que anteriormente fueran conocidos como guardas fallidas. Aseguran que dichas interrupciones pueden ser atribuidas a múltiples causas, entre ellas fallas en el sistema y/o en la familia guardadora para las que propone acciones preventivas. Entre ellas se destaca la apertura a la reflexión respecto de cómo poder evaluar el desarrollo favorable de un proceso de vinculación y la conveniencia de habilitar la guarda con fines de adopción en cada caso. Proponen la valoración diagnóstica de las capacidades y habilidades parentales y la plasticidad para administrar respuestas adecuadas hacia NNyA.

La obra pone relevancia sobre la “necesidad de abordajes interdisciplinarios atentos y dispuestos que permitan trabajar procesos adoptivos respetuosos y exitosos” en el ejercicio individual de las funciones que a cada equipo le compete, pero sobre todo en una 'clara posición de corresponsabilidad' emergente del trabajo conjunto y la elaboración de estrategias bajo una 'lógica sistémica'. Esta valoración por el trabajo

mancomunado de los equipos interdisciplinarios aparece conjuntamente con la propuesta de un modelo de intervención basado en un enfoque psicojurídico. En esa línea se observa la definición: “el sistema adoptivo constituye una ficción legal y además una serie de vivencias psicoafectivas vinculares que crean un estado de familia”.

En línea directa por preservar el interés superior de NNyA, cabe preguntarse si tal delimitación podría impactar en alguna medida sobre la trama construida con tanto empeño por la interdisciplina. El Trabajo Social es una de las disciplinas intervinientes en dicho campo problemático, contando con un colectivo profesional que brega constantemente por construir diálogos interdisciplinarios, afrontando nuevos dilemas y construyendo saberes y metodologías acordes a una sociedad que se transforma día a día.

Para finalizar, cabe destacar la producción conceptual de Videtta y Otero, la cual constituye un esfuerzo literario que redundo en una enorme contribución al objetivo de lograr en el aquí y el ahora mejores adopciones de NNyA.



INDICE ILUSTRACIONES



Tapa
"Dueños de la primavera"
Acrílico sobre tela
Marcela Motta



Páginas: 4 y 6
"Pandemia, Covid-19"
**Departamento de Trabajo
Social Hospital de Clínicas José
de San Martín**



Páginas: 7 y 16
"Sin conexión"
Salomé Chayo



Páginas: 17 y 22
"Basta para mí"
Alejandra Juárez



Páginas: 24 y 29
"Rulos totora"
Mailen Delfini



Páginas: 30 y 37
"Enredadas"
Graciela Nicolini



Páginas: 38 y 42
"Pueden alzarse en caricias"
Graciela Nicolini



Páginas: 43 y 50
"Girando"
Alejandra Juárez



Páginas: 51 y 58
"Intimidación interrumpida"
Liliana Murdocca



Páginas: 59 y 64
"Vendedora"
Alejandra Juárez



Páginas: 66
"Es Ley"
Carolina Portel



Páginas: 68
"Juntxs"
Carolina Portel



Páginas: 69 y 71
"Cartonerito"
Salomé Chayo

Por nuestrxs compañerxs detenidxs desaparecidxs
y víctimas del terrorismo de Estado

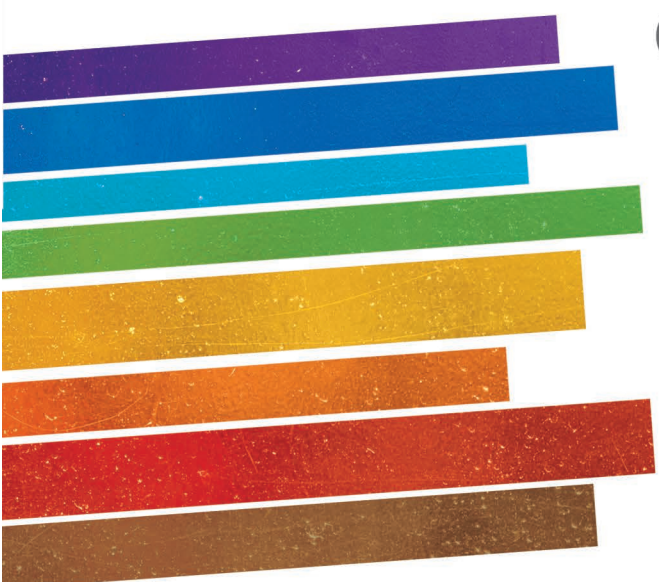
MEMORIA, VERDAD Y JUSTICIA ¡No olvidamos, no perdonamos!

ABUTTI AMADO, María Guillermina
ALES DILLON de ESPINDOLA, Rita
AMAYA LLORENTE, Alicia Cristina
AMERI SALICE, Raúl Héctor
ARRIOLA FEVERSANI, Analía Alicia
AUED AUED, Nélica Mabel
BUSANICHE, Graciela María
CARBONELL de PEREZ WEISS, Beatriz
CARMEIRA, Ana María
CASELLO, Mirta Susana
CHUBURU HURTADO, Alicia Silvia
CRAVERO BONETTI, Edí Ana
CRUZ, Rosa Esther
CUBAS DE PÉREZ, María Georgina
CULLEN de NELL, Lucía María
DE JONGE, Alicia Adelina
DE L RÍO, Jorge Eleodoro
DEMARCHI, Mabel Teresita
DEMARCHI de AGUILAR, María Cristina
DÍAZ, María Beatriz
DOCAL de TORINI, Perla Nelly
FARIAS GALVAN, Hilda Margarita
FERNÁNDEZ ALVAREZ, María Josefa
FLEITAS de ARGÜELLO, María de las Mercedes
FONSECA, Gloria Nélica
FRÜM, Luis María
FUNES LOREA, María de las Mercedes
GALLEGOS, Evangelina Marta
GAROFALO de PLACCI, Alba Noemí
GENTILE, Laura Diana
GHIGLIAZZA, Ricardo Mario
GODOY de CRUSPEIRE, Rosa Cristina
GOYOCHEA ESCUDERO, Adela Noemí
GRUSZKA de LEWINGER, Eva
HARRIAGUE FITZGERALD, Helena María
JUANEDA, Alicia
LÓPEZ de BRIGANTES, Carmen Aída
LÓPEZ FERNANDEZ , Urbano
LÓPEZ MATEOS, Carlos Alberto
LLEBEILI de BARBAGALLO, Celia Elena
MARONI de RINCON, María Beatriz
MARTINEZ SUAREZ, José Mario
MAZZOCCHI, Cristina
MERCURI MONZO, María Leonor

MONASTERIO, Susana María
MONTILLA, Nicolasa del Valle
MONZANI de ANDISCO, María Virginia
MORANDINI HUESPE, Cristina del Valle
MUJICA LEPORI, Susana Edith
MUÑOZ MATTA, Carmen Mabel
NEGRO PAOLETTI de ALVAREZ, Raquel Carolina
OCAMPO SERRA DE OSATINSKY, Rosa Elena
OLIVER ARTERO, Susana
ORTIZ, Vilma Ethel
OVIEDO DELLAGNOLO DE CIUFFO, Catalina
PABLO, Elsa Noemí
PALACIOS ROBERTO, Hilda Flora
PASINI, Susana Paula
PAULONE, Martha Cecilia
PEREZ, María Cristina
PEREZ de ASTORGA, Alicia Isabel
PEREZ LOZADA de AMERI, María Sol
PETERS, Nilda Graciela
PONTI CANEVASIO, Yolanda Rosa
PORPORATO, María Guadalupe
RODRIGUEZ, Daniel Héctor
ROSS de ROSSETTI, Liliانا Irma
ROSSI CIRONE, Sonia Mabel
RUSSIN BARTOLOMÉ, Horacio
RUTILA ARTÉS, Graciela Antonia
SAGÜES MUNICOY de PERDIGHE, Graciela
SANTORO DELISIO, Roberto Jorge
SCIANCA POCHETTINO, Teresita María
SEGUEL BETANCURT, Arlene
SERRANO , María del Carmen
SOLDATI, Berta María
SOLIMANO de MENDIZABAL, Susana Haydee
TEJEDOR, Eduardo Adolfo
TERESZCHUK YAGAS, Carlos Enrique
TOMMASI, María Esther
TRONELLI JACOBO, Mirta Felisa
TROTTE de CASTELLI, María Teresa
VALLEJO RECCIA, Cristina Elena
VECCHI GARNERO, Cecilia Lilia
VELASCO GAZQUEZ, Olga Beatriz
VILA BUSTOS, José Salvador
WOLLERT HUBERT, Silvia Haydee
YAÑEZ, Rafael Vitalino



Consejo Profesional
TRABAJO SOCIAL
C A B A



(011) 4371-1273



Consejo Profesional Trabajo Social



consejo@trabajo-social.org.ar



Bartolomé Mitre 1741- CABA/ Argentina



@Consejo ProfesionalTSCABA



Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social - CABA