

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



Universidad Nacional de Entre Ríos

Trabajo Final Integrador

Datos institucionales:

Universidad Nacional de Entre Ríos

Facultad de Trabajo Social

Carrera de Especialización en Políticas Públicas de Niñez, Adolescencia y Familia.

Resol. "C.S" 320/11, 324/12.

Sede: Región Centro.

Datos del/la especializando/a:

Licenciada en Trabajo Social: **Modarelli, Melina María**

Correo Electrónico: melinamaria25@hotmail.com

Lugar de trabajo: Centro de Salud "Santa Teresita", Distrito Sudoeste ciudad de Rosario.

Directora TIF: Dra. Silvina Fernández.

Licenciada en Trabajo Social. Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales.
Doctora en Trabajo Social. Universidad Nacional de Rosario.

Fecha de la presentación: 17-02-17

Tema:

“Propuestas integrales de infancia para cuerpos fragmentados en el campo de la salud”

Índice:

1. Introducción.....	Pág. 04
 1. Primer Capítulo.....	Pág. 07
• Construyendo una mirada hacia la infancia, desde el Trabajo Social.	
 2.1 <i>Algunas cuestiones sobre el contexto.....</i>	<i>Pág. 07</i>
2.2 <i>El Trabajo Social como profesión.....</i>	<i>Pág. 10</i>
2.3 <i>Modelos de intervención.....</i>	<i>Pág. 14</i>
 2. Segundo Capítulo.....	Pág. 17
• El campo de la salud en la Municipalidad de Rosario.	
 3.1 <i>Modelos y paradigmas de salud.....</i>	<i>Pág. 17</i>
3.2 <i>Hablemos de Salud.....</i>	<i>Pág. 22</i>
3.3 <i>La Salud como Política Pública en la ciudad de Rosario.....</i>	<i>Pág. 24</i>
 4. Tercer Capítulo.....	Pág. 29
• Lo paradójico del Paradigma en el campo de la infancia y adolescencia. ¿Cómo proteger a un niño hoy?	
 4.1 <i>Dispositivos típicos de intervención e inauguración de espacios innovadores de intervención en lo social.....</i>	<i>Pág. 29</i>
 5. Cuarto Capítulo.....	Pág. 35
• Una experiencia local: “Jugando en familia”.	

6. Reflexión final	Pág. 41
7. Bibliografía	Pág. 42

Introducción:

Resulta indispensable mencionar en el escenario actual algunas cuestiones relevantes que nos permitirán analizar una experiencia territorial a la luz de categorías teóricas seleccionadas, a fin de dilucidar cuestiones y discusiones actuales referidas a las Infancias.

Me encuentro trabajando como Trabajadora Social en el Centro de Salud “Santa Teresita”, ubicado en el Distrito Sudoeste de la ciudad de Rosario. Mi función dentro de esta institución es matricial, es decir que, siguiendo la estructura organizacional de la Dirección de Atención Primaria de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, brindo espacios de consulta y apoyo a todo profesional del centro de salud que considere necesaria la intervención del Trabajo Social.

En este marco de trabajo, las situaciones de niñas, niños y adolescentes que llegan al espacio de Trabajo Social lo hacen a través de la siguiente modalidad:

- Derivación interna (equipos de referencia),
- Convocatoria de otras instituciones (escuela, centro de convivencia barrial, etc.),
- Por demanda espontánea de familiares o vecinos,
- Por derivación del equipo sudoeste de la Dirección de Niñez, Adolescencia y Familia de la Provincia de Santa Fe,
- Por solicitud de organismos de salud de segundo nivel: Hospitales y Maternidades.

Si bien el Trabajo Social en este espacio es receptor de múltiples demandas, entre las que se encuentran: cuestiones relacionadas con la infraestructura de viviendas, discapacidad, violencia de género, conflictos entre vecinos, adultos mayores en situación de calle, consumo problemático, abuso y maltrato infantil, entre otros.

En este trabajo nos abocaremos a abordar las cuestiones referidas a la infancia asumiendo que las mismas se encuentran en íntima relación con algunas de las demandas señaladas.

Coincidiendo con Colángelo¹ M. A, podríamos partir de señalar que la niñez como grupo no comienza a existir como tal, para sus integrantes y para los demás, hasta que no es distinguida y recortada a través del conocimiento y reconocimiento de ciertas características que, al ser leídas como propias de una clase particular de personas, las transforma en una categoría social.

Por ello, entendemos a la niñez como una categoría socialmente construida que expresa los intereses de un determinado momento histórico y, como tal, guía políticas sociales y las prácticas concretas de los actores sociales.

Es importante destacar que, si la infancia es una ‘construcción social, cultural e histórica’, también los discursos que hablan de ella son construcciones localizables social, cultural e históricamente.

En este contexto, recuperar la complejidad de los problemas que implican a la infancia, plantea la necesidad de construir mediaciones analíticas entre lo individual, lo familiar y lo socio-cultural, entre las explicaciones en términos macros y casos concretos. Concluyendo: *“...de este modo, tal vez, comencemos a hablar de “infancias”, plurales, múltiples, en el contexto de nuestra sociedad compleja...”*, Colángelo (2005).

En el desarrollo de este trabajo, nos proponemos reflexionar sobre 3 ejes problemáticos:

- el primero estará abocado a construir una mirada hacia la infancia, desde el Trabajo Social,
- el segundo abordará el campo de la salud en la Municipalidad de Rosario,
- y por último, se mencionarán algunas cuestiones paradójicas del paradigma de Protección Integral de la Infancia.

El desarrollo de los 3 ejes harán mención a discusiones actuales sobre las siguientes categorías: modelos de intervención, concepto de salud, cuidado, maternidad e intervención social.

Puestas en tensión dichas nociones, nos darán paso a la construcción de una experiencia local que las contenga e involucre poniéndolas en el plano de la práctica

¹ María Adelaida Colángelo. Ponencia “La mirada antropológica sobre la infancia. Reflexiones y perspectivas de abordaje. Mesa: Infancias y juventudes. Pedagogía y formación. Laboratorio de investigaciones en Antropología Social. Universidad Nacional de La Plata. Argentina (2005).

social, haciendo mención a una propuesta concreta llevada a cabo durante el año 2012 y hasta mediados del año 2013.

La experiencia que se desarrolla en este trabajo, la denominamos “Jugando en Familia”. Uno de los objetivos propuestos de esta experiencia, es el de problematizar distintas prácticas referidas al cuidado, indagando respecto de las relaciones de poder que se ponen en juego en el ámbito intrafamiliar, como así también sobre experiencias respecto a formas alternativas de resolución de conflictos.

Los instrumentos principales utilizados fueron la escucha y la palabra que, con el aporte de la Psicología y el Trabajo Social, dieron lugar a su resignificación.

Este espacio habilitó el surgimiento de un proceso para transformar el tiempo vivido en historia hablada, dando origen a otros modos de expresar sus padecimientos desde un ámbito colectivo y comunitario. A sabiendas que modificar prácticas, discursos e intervenciones, todavía con un gran tenor tutelar, dependerá de aumentar y aunar los esfuerzos colectivos con un único horizonte en común: la Protección de la Infancia.

Primer Capítulo:

- Construyendo una mirada hacia la infancia, desde el Trabajo Social.

Algunas cuestiones sobre el contexto:

Es indispensable comenzar a desentrañar la configuración cultural de los sujetos con los que trabajamos cotidianamente. Desde de su llegada al espacio de Trabajo Social del Centro de Salud solemos preguntarnos qué demandan y en qué contexto lo manifiestan, qué esperan de la relación con las instituciones, si éstas tienen una respuesta prefigurada para brindarles o podrán desarrollar un proyecto terapéutico singularizado con recursos destinados para llevar adelante la acción estratégica definida.

Ubicar al sujeto con sus necesidades y expectativas será necesario para dar lugar al origen de nuestra experiencia, y cómo la misma será asumida y compartida por las familias convocadas al espacio.

Para ello, a lo largo del trabajo, se tomará de modo transversal la categoría de *cuerpos fragmentados* desarrollada por Alfredo Carballada.²

El autor habla de la emergencia de un sujeto inesperado, como aquel que se constituye en el padecimiento de no pertenencia a un todo social. Dice “... *el sujeto es solo individuo precario, temporal; donde se obtura su posibilidad de ser en su relación con otros...*”, Carballada (2008).

En relación al Estado, plantea la pérdida de certeza del mismo, como gran ordenador y generador de la vida social. Dice “...*el sujeto queda en soledad, aislado, atravesado por el desencanto y el rechazo...*”.

Nos resulta interesante sumar a esta visión del Estado el análisis que realizan Oszlak y O'Donnell³ en relación a los cambios observados también a nivel del Estado y

² Alfredo Carballada. Los cuerpos fragmentados. La intervención en lo social en los escenarios de la exclusión y el desencanto.

³ Oscar Oszlak, O'Donnell. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Documento G.E. CLACSO. Vol. 4, 1981: Buenos Aires, Argentina. Estado y políticas estatales en America Latina hacia una estrategia de investigación*.

* Publicado por el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Buenos Aires, Documento G.E. CLACSO. Vol. 4, 1981.

de la dominación política de la que éste es componente central. La tendencia hacia la emergencia de una nueva coalición integrada por sectores burocráticos, por el capital internacional radicado en nuestras sociedades y por las capas más dinámicas, agrarias y urbanas, de la burguesía nacional.

Es imprescindible mencionar, en este contexto, una de las principales tensiones de nuestras sociedades: el papel del Estado como agente inusitadamente activo y visible de la acumulación y la reproducción de las formas "más avanzadas" del capitalismo dependiente latinoamericano.

Debido a que el Estado latinoamericano no sólo tiene que vérselas con la burguesía nacional sino también con la presencia de empresas multinacionales que en muchos aspectos escapan a su poder de decisión y que por diversos canales dirigen parte importante de su acumulación hacia mercados externos, Oszlak, O'Donnell (1981).

Es en esta trama que podemos visualizar el nuevo orden de los cuerpos, ahora fragmentados y reordenados según las reglas construidas por la competencia y el mercado, es una señal metafórica del estallido de la sociedad.

En este contexto, pensar lo colectivo se presentó como nuestro principal desafío en un escenario donde predomina la valoración de lo individual. Reconocer lo enriquecedor de estar con otros y promoverlo desde las instituciones público-estatales, será la semilla de un instituyente que dé lugar a una construcción integral de otros modos de proteger la infancia.

El surgimiento de este sujeto se da en las sociedades de control que reemplazan a las sociedades disciplinadas, Deleuze (1991); dice: *"...los nuevos cimientos de lo social, ligados a la lógica del costo-beneficio, generan una sociedad signada por las relaciones violentas, donde el otro deja de ser un constructor de identidad y de confianza, y se transforma en un objeto que puede ser un impedimento para el desarrollo personal o un competidor (enemigo), según la lógica de supervivencia..."*.

Destacamos que la desigualdad de estas sociedades implica no sólo nuevos territorios, sino especialmente nuevas figuras de terror al fracaso, a la frustración, al infortunio, formas metafóricas y reales de la "caída" en los oscuros espacios de la exclusión.

Cuando mencionamos la importancia de reconstruir lo colectivo, es en este contexto donde la emergencia de derechos subjetivos se transforman en derechos individuales atravesados por el narcisismo, el hedonismo, la búsqueda de placer, muchas veces como una forma de detener el padecimiento.

Como sostiene Lipovetsky (1994), nuestras sociedades han liquidado todos los valores sacrificiales, la cultura cotidiana ya no está irrigada por los imperativos hiperbólicos del deber sino por el bienestar y la dinámica de los derechos subjetivos; hemos dejado de reconocer la necesidad de unirnos a algo que no sea nosotros mismos.

Siguiendo esta idea nos parece pertinente la apreciación de Alicia Acuarone⁴ quien señala, “...las políticas neoliberales de los años 90, políticas que principalmente se centraron en cambiar la conciencia de la gente. El éxito de esa década es ideológico, porque en lo económico fue un fracaso. Y en este sentido, lo que hizo esa política fue romper los lazos de solidaridad, es decir que nos llevó a dejar de pensarnos como un nosotros colectivo...”.⁵

En la política pública⁶ llevada adelante por el Municipio de Rosario, nos encontramos con una diversificación de instituciones que presentan entre sus funciones principales la de recepcionar denuncias entre las que se pueden mencionar: comisaría, Centro Territorial de Denuncia, Fiscalía, Dirección Provincial de Promoción de los Derechos de la Niñez, adolescencia y familia, y defensorías. Y aquellas instituciones que incorporan entre sus funciones el desafío de aportar propuestas tendientes a la reconstrucción de lazos y de vínculos en los territorios, entre ellas podemos nombrar a los Centros de Salud, escuelas y Centros de Convivencia Barrial.

En el caso particular del Centro de Salud “Santa Teresita” entendemos que el mismo tiene su legitimidad y legalidad pero no configura su institucionalidad a partir de la sanción o imposición de medidas de protección integral o excepcional.

Insistimos a los pacientes que asisten que nuestra intervención no estará signada por juicios de valor ni prejuicios sino que intentaremos abocarnos a la tarea conjunta de develar y desentrañar las dificultades que forman parte del padecimiento de los sujetos que precisamos remover para modificar situaciones de vulneración de derechos.

Podríamos afirmar que el contexto socio institucional donde circula este sujeto con cuerpo fragmentado, tiende a reproducir procesos de aislamiento llevando adelante

⁴ Nota Diario La Capital, ciudad de Rosario. Domingo 28 de septiembre de 2014. Título: -“El linchado fue un excluido económico y sus asesinos son excluidos culturales”.

⁵ Disponible en internet: <http://www.lacapital.com.ar/el-linchado-fue-un-excluido-economico-y-sus-asesinos-son-excluidos-culturales-n441061.html>

⁶ Entendida como el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que, en un momento determinado, tanto los ciudadanos como el propio gobierno consideran prioritarios. Tamayo Sáez (1997).

propuestas focalizadas que están lejos de integrar a los niños y sus familias, desplazándolos hacia circuitos institucionales con un gran tenor jurídico, y desprovisto de las herramientas necesarias para que se puedan modificar las situaciones de vulnerabilidad.

Al decir de Carballada, este sujeto fragmentado, *“...emerge allí donde la complejidad del sufrimiento marca las dificultades para la intervención con la que se encuentran los abordajes clásicos, uniformes y preestablecidos, a partir de expresiones transversales de la cuestión social, que superan muchas veces los mandatos de las profesiones y las instituciones. Así como hicimos mención el sujeto es sólo individuo precario y temporal...”*.

Estos sujetos desde su propia y solitaria racionalidad, van construyendo la utilización de los recursos y los recorridos dentro de las instituciones, en esta trayectoria institucional, los Centros de Salud tienen un lugar de prevalencia para expresar⁷ y demandar sobre sus problemáticas y sus necesidades sociales.

Pero no es solo el lugar y la presencia lo que queremos destacar en la función de los Centros de Salud. Desde nuestra mirada se considera que los equipos de APS se encuentran en un lugar estratégico en la relación Estado-población. La misma contiene la potencialidad de generar intervenciones que fortalezcan la institucionalidad y la ciudadanía, y por otro lado, la posibilidad de visibilizar, develar y agendar oportunamente las desigualdades sociales y vulneración de derechos de las infancias.

El Trabajo Social como profesión:

En el contexto que venimos desarrollando se desenvuelven determinadas representaciones e imaginarios colectivos que dan origen a algunas funciones esperadas hacia el T.S.

Tomaremos a la reciente Ley Federal de Trabajo Social Nro. 27.072, asumiendo que la misma reviste cierto consenso y acuerdo en el modo de definir y entender al Trabajo Social. En el art. 4 expresa: *“....entendiéndose como Trabajo Social a la profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el*

⁷ Irrumpe en este contexto ese sujeto inesperado, construido en el padecimiento de no pertenencia a un todo social, dentro de una sociedad fragmentada que transforma sus derechos subjetivos en una manera de opresión en la que se destacan sus derechos vulnerados.

cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar... ”.

Paulo Netto muestra que “...la profesionalización del servicio social no se relaciona decisivamente a la “evolución de la ayuda”, a la “racionalización de la filantropía”, ni a la “organización de la caridad”; se vincula por el contrario a la dinámica de la organización monopólica...”⁸. Es sólo en ese contexto que la actividad de los agentes del Servicio Social puede recibir pública y socialmente un carácter profesional.

La constitución como profesión del Trabajo Social, según Netto, sucede al insertarse en el mercado de trabajo, o sea, al establecerse la relación de asalariado, donde el trabajador social se hace vendedor de su fuerza de trabajo.

Entendemos a la profesión de Trabajo Social, junto a Iamamoto (1997), como una especialización del trabajo colectivo dentro de la división social del trabajo, peculiar de la sociedad industrial; como una actividad profesional que participa en el proceso de reproducción de las contradictorias relaciones entre las clases sociales. Esto es el Trabajo Social como profesión, está inmerso en la dinámica contradictoria de la sociedad capitalista; participa de la reproducción de la vida social desde un lugar y con una funcionalidad determinada; es una profesión que actúa, que interviene en esa dinámica conflictiva del orden capitalista construyendo condiciones necesarias para su reproducción.

En las palabras de la autora: “*El desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones engendradas en ese proceso, determinan nuevas necesidades y conflictos que pasan a exigir profesionales especialmente calificados para su atención. La “cuestión social” se torna la base de justificación de ese tipo de profesional calificado (...) ésta no es otra cosa que la expresión condensada del proceso de formación y desarrollo de la clase obrera y su ingreso en el escenario político, exigiendo su reconocimiento*

⁸ Capitalismo Monopolista y Servicio Social. NETTO José Paulo.

*político. Es la expresión de la contradicción entre proletariado y burguesía potenciado, que pasa a exigir otro tipo de intervención, más allá de la caridad y la represión”.*⁹

En este contexto teórico, preguntarnos por la especificidad del Trabajo Social es necesario para comenzar a desarmar el lugar que tienen las cuestiones referidas a la infancia al interior de los equipos de salud. De qué modo se llevan adelante las intervenciones de los profesionales y cómo se define el campo disciplinar en relación a las problemáticas referidas a la infancia.

Tomaremos a Carlos Montaña¹⁰, quien nos permitirá deconstruir la idea de especificidad de las disciplinas.

El concepto de “especificidad”, refiere a la cualidad que cierta especie posee y por la cual esta última se torna especial, diferente de las otras. Así, el carácter de específico de alguna cosa atribuye dos condiciones: primeramente, esta característica por ser específica, debe reflejarse, debe estar presente en todos los miembros de esta especie, teniendo una dimensión inclusiva; en segundo lugar, ella no puede existir en miembros de otras especies, lo que muestra su dimensión exclusiva.¹¹

Montaña afirma: “...la hegemonía del sistema capitalista se mantiene no apenas con la coerción sino que precisa de cierto grado de aceptación general (Weber), de consenso (Gramsci). La forma de hacer eso es desarrollando un tipo de racionalidad que sea al mismo tiempo segmentadora y manipuladora de lo real...”.

El conocimiento segmentado de la realidad lleva a respuestas segmentadas y transformaciones parciales de la misma. Así, la segmentación de la realidad en “cuestiones sociales” lleva a que éstas sean tratadas con instrumentos parciales y compartimentados.

Llevando dicho análisis al campo de las *políticas públicas en infancia* vemos como se segmenta y parcializan los abordajes dirigidos a la infancia en palabras de Valeria Llobet: “...el gesto fundacional de construir áreas enteras de la realidad como propias de alguna disciplina se tradujo en conjuntos de instituciones estatales que abordaban “sus” problemas. Esta forma de concebir la organización de las políticas para la infancia, como subsidiarias de las clasificaciones técnicas de la población (políticas para niñas y niños con problemas de aprendizaje, políticas para niñas y niños

⁹ Iamamoto, M. Servicio Social y División del trabajo. São Paulo, Cortez (1997).

¹⁰ Carlos Montaña. Buscando la “Especificidad” prometida. El “endogenismo” del Servicio Social.

¹¹ Si la especificidad de los mamíferos es que éstos poseen mamas, todos ellos y sólo ellos deben tener tales características.

con alguna capacidad especial, políticas para niñas y niños en situación de calle), si bien permite disponer de técnicas de intervención refinadas, fragmenta los problemas y, al interior de las instituciones, facilita la eficacia de discursos expertos....”.

Se nos presenta con frecuencia la idea de que el Trabajo Social dará solución a aquello que otras disciplinas no han podido abordar, como si la complejidad se convirtiera en un campo específico de nuestra profesión.

Según Fraser, el discurso experto es uno de los discursos centrales para interpretar las necesidades sociales, y opera recortando a los sujetos de su grupo social y ubicándolos como casos. Al ser institucionalizados, los discursos expertos tienen un efecto estigmatizador. Por el contrario, pensar las políticas con base en los derechos a ser protegidos, y el campo de intervención como un espacio dialogal de negociación de las interpretaciones sobre las necesidades, podría tener un impacto menos patologizante y restrictivo de la autonomía.

Podríamos afirmar que, en el campo del Trabajo Social, hay diferentes formas de encuentro, diálogo y relación entre la intervención social y las políticas sociales.

Siguiendo a Carballada, compartimos la idea de que se está ante nuevas formas de demanda hacia la intervención en lo social, relacionadas con nuevos padecimientos, atravesados por evidentes condicionantes sociales.

Señalamos que no sólo se construye a partir de problemas derivados de la injusticia, de la desigualdad y de las nuevas formas de padecimiento, sino también a partir de las dificultades que suscitan las modalidades clásicas de intervención, lo que provoca que la resolución misma de los problemas sociales se transforme, de algún modo, en un nuevo problema y genere mayores complicaciones.

Siguiendo esta línea, las propias prácticas que intervienen en lo social están dentro de los escollos que se deben dilucidar, ya que la mera aplicación de éstas puede contener más incertidumbre que resolución. Por eso es necesaria su revisión.

Podríamos afirmar que lo que se presenta como impostergable es la necesidad de revisar los Modelos de Intervención para hacerlos dialogar con los nuevos escenarios actuales.

Esclarecer estas discusiones al interior del Trabajo Social resulta indispensable, para luego avanzar en su lugar en el campo salud y el surgimiento de nuevas e innovadoras propuestas para abordar las cuestiones de Infancia.

Modelos de intervención:

La autora Ana Arias¹² plantea que el Modelo de intervención de asistencia y promoción¹³ que ha normado las intervenciones sobre la pobreza desde el desarrollismo en adelante, actualmente se encuentra en crisis.

Si bien no se va a profundizar en este punto, enunciamos la necesidad de revisar los modelos de intervención y plasmar el marco histórico-social de Atención Primaria de la Salud en la Municipalidad de Rosario, develando el contexto y los elementos que están presentes en las configuraciones de las infancias con las cuales abordamos y cuestionamos los procesos de trabajos dirigidos a los niños desde el campo de la salud.

La crisis que identifica este Modelo refiere a los elementos que, según la autora, interpelan directamente al núcleo de ideas y prácticas que lo sostiene: al supuesto por el cual se considera que por medio de un conjunto de intervenciones sobre los sujetos, éstos cambiarán promocionándose y, por ende, se modificará también su situación de pobreza, mientras que la asistencia sería una forma temporaria que debe ser prontamente superada.

Vemos necesario hoy, pensar o procesar nuevas formas o por lo menos modificaciones a las actuales formas de relación social con la pobreza.

Lo que Ana Arias pone en duda es el concepto de promoción dentro de las intervenciones sobre la pobreza como problema social, y por ende sobre los pobres como población diferencial con características negativas a ser corregidas.

Estos conceptos a los cuales adherimos hacen a nuestra mirada, asumiendo que la misma nos permita abordar la relación sujeto-sociedad desde una perspectiva superadora.

Dichos conceptos serán puestos en tensión con la idea del fenómeno de asistencialización de la política social, característico de la gubernamentalidad neoliberal, abordado por Melisa Campana en su libro “Medicalizar la asistencia, Asistencializar la salud” quien hace mención al caso concreto de la Atención Primaria

¹² Ana Josefina Arias. Pobreza y modelos de intervención. Aportes para la superación del modelo de asistencia y promoción. Editorial Espacio. Buenos Aires 2013.

¹³ “...Lo que debe ponerse en duda es el concepto de promoción dentro de las intervenciones sobre la pobreza como problema social, y por ende sobre los pobres como población diferencial con características negativas a ser corregidas...” (Arias).

de la salud en el Municipio de Rosario, afirmando que la función asistencial de salud pública constituyó una modalidad privilegiada de gobierno de la pobreza y un elemento transversal a las distintas modalidades de intervención social del Estado.

Lo comunitario, lo local, lo territorial cumplen funciones de alta relevancia en términos de socialización, en tanto espacio de construcción política, y suponen un lugar de trabajo excepcional; sin embargo, es evidente que en él no se ha generado institucionalmente el cambio, ni un supuesto aprendizaje de roles que salven del atraso, ni las capacidades sociales, ni los capitales sociales, ni las formas autónomas de desarrollo que saquen de la situación de pobreza a las poblaciones.

Reiteramos que es el concepto de promoción el que se tendría que poner en cuestión dentro de las intervenciones sobre la pobreza como problema social. Es evidente que la naturaleza del problema a ser abordado no puede ser individualizable, asociándolo a cualidades del sujeto.

Podríamos establecer un paralelismo en la idea de promoción pero no ya ligada a la pobreza y la función asistencial sino llevándola a las intervenciones diseñadas para abordar las cuestiones de infancia.

En este campo es notable el lugar que ocupa lo legal en el diseño estratégico de las intervenciones, como dotándolo de un poder que llevaría a remover situaciones de violencia familiar.

Notamos el despliegue desde las instituciones de la dimensión jurídica de la infancia quedando pendiente el desarrollo y planteo de las cuestiones referidas a lo social, la vida cotidiana, la desigualdad social, las historias de vida y como repensar la restitución de derechos en el marco de una reconstrucción simbólica y subjetiva de los acontecimientos familiares. Asumiendo que el diálogo establecido (población-profesionales) sostenido solamente sobre pilares legalistas no aportarán significativamente a modificar en términos cualitativos la situación que dio origen a la intervención.

Estamos convencidos que la responsabilización de los adultos no va a darse por obligatoriedad o imposición de algún organismo del Estado. Es por ello que insistimos en impulsar nuevos espacios para relacionarnos con los niños y sus familias.

En este marco entendemos que tanto lo asistencial como lo simbólico deberían separarse de la idea de promoción para que pueda constituirse verdaderamente un reconocimiento de los derechos.

Quizás sea el momento de dar origen a otros vínculos que permitan la construcción y el devenir de otra infancia.

Si como Simmel plantea “....es el vínculo asistencial el que instituye socialmente a la pobreza, la generación de otros vínculos sociales construirá otro tipo de sujeto con un grado de respeto a la dignidad y a la decisión en el conjunto de la sociedad...”.

Asumiremos el desafío de construir nuevos vínculos a la luz de las nuevas institucionalidades.

Segundo Capítulo:

- En el campo de la salud: Dirección de Centros de Salud, Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.

Modelos y paradigmas de salud

Para poder comprender cómo se han ido construyendo históricamente las formas de entender la *salud* y la *enfermedad*, siempre vinculadas a un posicionamiento político, ético, económico, social y científico, haremos un recorrido que nos permita analizar cómo se fueron manifestando las distintas concepciones.

Abordaremos los diferentes enfoques a partir de los cuales se concibe la salud como concepto. Éste sufrió muchas modificaciones a lo largo de los años y esto tiene que ver, a su vez, con un cambio de paradigmas y de tecnologías. Por lo tanto es importante asumir una postura en relación a qué es la salud, no para que quede solo reducido a un simple concepto, sino que implica a su vez distintas formas de abordar la salud y la enfermedad de las personas y que aún hoy permanecen en el imaginario social de los sujetos y de los profesionales.

Partimos de considerar que la medicina nació como respuesta a la necesidad de aliviar el dolor y el sufrimiento, pero al interaccionar con otras disciplinas y tecnologías, se fueron desarrollando sus paradigmas.

Dentro de los modelos de salud, se distinguen la coexistencia de dos grandes modelos. Uno de ellos se denomina Modelo Médico Hegemónico¹⁴ que a su vez pertenece al paradigma *Tecnocrático*¹⁵ que se corresponde con los modelos biologists (monocausal y multicausales) de explicación de la salud-enfermedad. Este no permitía la integración de las distintas disciplinas, y como consecuencia, al concebirse por separado lo biológico y lo social (y por supuesto lo cultural y político), se crea un cerco biológico al conocimiento médico, donde el progreso se centra en el

¹⁴ Santhiá, Miguel Angel. “El concepto de salud: su evolución y significado” en *Medicina y sociedad 1º ciclo*. Facultad de Ciencias Médicas, UNR, Rosario: Mimeo, 2002.

¹⁵ Menéndez, Eduardo. “Modelos básicos de atención” en *Medicina y sociedad 2º ciclo*. Facultad de Ciencias Médicas, UNR, Rosario: Secretaría material de estudios del centro de estudiantes de Ciencias Médicas, 2002.

avance científico técnico de la medicina y limita la enfermedad al plano individual, excluyendo de sus consideraciones, tanto los aspectos psíquicos como el entorno social.

El ser humano queda ubicado en el papel de pasividad y subordinación. Desde esta perspectiva, se “...concibe la enfermedad como una disfunción de causalidad netamente orgánica y a la salud –completamente- como la ausencia de enfermedad¹⁶...”, proponiendo a su vez un estilo de relación médico paciente prescriptivo donde se eluden emociones e incluso preguntas, convirtiéndose de este modo en un modelo despersonalizado y de incomunicación donde el médico es la autoridad.

Dentro del mismo paradigma emergen posturas desde la corriente del funcionalismo sociológico que aparentan un poco más de amplitud ya que comienzan a considerar la vida del ser humano en su totalidad. Asimismo, plantea una armonía de lo psíquico, lo social y lo biológico, cuyo equilibrio define a la salud y, por lo tanto, la enfermedad representa una forma de conducta desviada. Sin embargo, este modelo pertenece a la corriente positivista y por lo tanto no reconoce la complejidad causal de los fenómenos.

En este modelo persiste una tendencia a definir lo negativo para lograr por contraposición una (no) definición de lo que puede ser lo contrario, lo positivo (salud = ausencia de enfermedad).

Este paradigma presentaba muchas limitaciones y fisuras teniendo como consecuencia el surgimiento de uno nuevo denominado *Alternativo* (este paso no debe ser considerado como un corte neto en un determinado período, sino que tiene que ver con el abordaje desde las distintas corrientes de pensamiento) y que se corresponde con el modelo de atención médico social de explicación.

Se reconoce que a partir de la década del 60 en adelante, el modelo médico hegemónico comienza a entrar en crisis cuando la medicina empezó a interesarse por otros aspectos que no eran las enfermedades, y trató de alejarse de la clínica para acercarse un poco más a la sociedad.

Comienza a tener relevancia el carácter histórico de la enfermedad, ya que es diferente en todas las épocas y entre los diversos grupos sociales que conforman una

¹⁶ Liborio, Mónica. “Concepciones de salud, enfermedad, atención” en *Cuaderno del alumno-área instrumenta. Metodología de la investigación científica*. UNR, Rosario: Facultad de Ciencias Médicas, 2004.

sociedad determinada. Esta concepción se asume como paradigma partiendo de la idea del ser humano como una totalidad bio-psíquica inserta en una sociedad y un ambiente mediante un enfoque totalizador de las enfermedades, donde el enfermo es la persona en un momento vital e histórico particular.

El ser humano es concebido a su vez desde la comunidad y ya no de forma aislada; frente a esto, la salud es un proceso salud-enfermedad (o sea, no sólo ausencia de enfermedad) del grupo, de la población o colectividad, haciendo referencia a la prevención de las enfermedades, dando origen a la Medicina Preventiva que adopta medidas destinadas a “*prevenir riesgos*’, *esto es a ver con anticipación, a conocer de antemano potenciales ‘factores de riesgo’, entendiendo por tal la presencia de una característica o factor –o varios- que aumentan la probabilidad de efectos adversos para las personas*”¹⁷.

Este modelo propone así, una relación interpersonal con énfasis en la comunicación entre todas las partes, con la inclusión de lo emocional.

Un concepto más amplio que el de la medicina preventiva es el de la Medicina Social, la cual incluye conocimientos aplicados al servicio del ser humano como ser social y a la sociedad en su conjunto el surgimiento de este concepto se relaciona con los primeros pasos de la salud pública y la epidemiología¹⁸.

Aquí, entonces, el objeto de la práctica es el sujeto sufriente, padezca o no alguna enfermedad. La enfermedad será el efecto que resulta de la intersección del organismo biológico con el sujeto en su contexto sociocultural (se reconoce la pluricausalidad en el proceso de enfermar)¹⁹. Implica la aplicación de las ciencias sociales al ámbito de las ciencias médicas. Incursionar en lo social lleva a los médicos a transitar caminos a los que no están acostumbrados, ya que se trata de empezar a entender la realidad para poder cooperar a transformarla.

El sujeto, va a dejar de ser un objeto pasivo para tener una participación más activa en el proceso salud enfermedad.

¹⁷ Santhiá, Miguel Ángel. “Medicina Preventiva y Social: Algunas reflexiones acerca de su significado y alcances” en *Medicina y sociedad 1º ciclo*. Facultad de Ciencias Médicas, UNR, Rosario: Mimeo, 2002.

¹⁸ Ibídem.

¹⁹ Lores Arnaiz, María del Rosario. *Hacia una epistemología de las Ciencias Humanas*. Bs. As.: Editorial del Belgrano, 1986.

Lo mencionado anteriormente reconoce entonces que no es posible “*oponer lo biológico a lo social como entidades autónomas entre sí, ni tampoco vincularlos sólo en términos de reciprocidad de influencias mutuas, ya que en la realidad se dan simultáneamente entramadas a través de un único proceso. No se trata de considerar a la enfermedad como una manifestación biológica de lo social, ni lo biológico como expresión individual de lo colectivo*”²⁰. En este sentido, el proceso de salud-enfermedad se da tanto a nivel de los sujetos como de los grupos, en un determinado momento histórico.

Dentro del segundo paradigma vamos a mencionar a un tercer modelo de atención denominado Modelo Médico basado en la Auto-atención.²¹

Este modelo trata a todas la formas de atención (son aquellas tomadas de la cultura oriental, la homeopatía, plantas medicinales y otras prácticas como curar el empacho, el mal de ojos, entre otros) a las que recurren los sujetos y grupos sociales para la solución de los padecimientos. Son las variadas formas de tratamiento y curación que se vinculan con las condiciones religiosas, étnicas, económico-políticas, técnicas y científicas.

Es importante destacar que la Secretaría de Salud Publica de la Municipalidad de Rosario cuenta con un Programa de Medicina alternativa y tradicional dividido en dos etapas:

- primero se cultivan, fraccionan y embolsan las hierbas sólo para infusiones.
- Luego, en una segunda etapa, cuando la producción crece y se abastece lo suficiente se incorporan más elaboraciones: cremas, jabones, jarabes y distintos tipos de fitofármacos.²²

La población utiliza potencialmente varias formas de atención para los problemas de salud apelando a las denominadas medicinas alternativas o paralelas.

²⁰ Liborio, Mónica. “Concepciones de salud, enfermedad, atención” en *Cuaderno del alumno-área instrumenta. Metodología de la investigación científica*. UNR, Rosario: Facultad de Ciencias Médicas, 2004.

²¹ Menéndez, Eduardo. “Modelos básicos de atención” en *Medicina y Sociedad 2º ciclo* Facultad de Ciencias Médicas, UNR, Rosario: Secretaría material de estudios del centro de estudiantes de Ciencias Médicas, 2002.

²² Nota periodística Diario el Ciudadano. 16 de Marzo, 2014. La Salud Pública Municipal cura con medicina alternativa. Disponible en Internet: <http://www.elciudadanoweb.com/la-salud-publica-municipal-cura-con-medicina-alternativa>.

Esto ocurre porque existe un modelo de atención que es considerado como el más eficaz, que es el biomédico (es el que se vincula con los padecimientos biológicos, es decir, la medicina científica que se diferencia de las demás por la racionalidad técnica y científica), y por lo tanto todo lo demás es alternativo.

En este sentido, debemos tener en cuenta que la biomedicina es la que más se expande en occidente ya que hasta ahora ha encontrado “soluciones racionales” a los padecimientos que le permiten tener esta centralidad. Su justificación está centrada en la biologización de su enfoque profesional y técnico. Este biologismo es uno de los principales factores de exclusión de los factores históricos, sociales y culturales respecto del proceso salud-enfermedad-atención, y por lo tanto las demás formas de atención quedan excluidas o subalternizadas. Por ello tomaremos la noción de Alicia Stolkiner de proceso enfermedad-cuidado que desarrollaremos en el siguiente apartado.

La biomedicina no reconoce que los grupos sociales “articulan” las diferentes formas de atención de los padecimientos, en consecuencia, *“...durante la carrera del enfermo los sujetos demandan inicialmente un tipo de atención en función del diagnóstico presuntivo que manejan y de otros factores como la accesibilidad física y económicas a las diferentes formas de atención que operan en su contexto de vida, pero si dicha atención no resulta eficaz la reemplazan rápidamente por la atención de otro tipo de curador, implicando este cambio una transformación en el diagnóstico y tratamiento...”*.²³

Menéndez, plantea que este modelo se basa en la auto-atención, siendo para este autor el primer nivel de atención por parte de los sujetos. Ésta no debe quedar reducida a la automedicación (vista de forma negativa por la biomedicina) ni al autocuidado, (visto de forma positiva por la biomedicina) ya que ambos son una parte constitutiva de este proceso.

En este sentido, el Sector Salud debería asumir que la auto-atención es la principal forma de atención desarrollada por los propios conjuntos sociales y es a través de ellas que los sujetos y grupos sociales se relacionan con las demás formas de atención, incluida la biomedicina. Muchas de las prácticas de auto-atención son tomadas de las desarrolladas por la biomedicina y que se consideran como naturales

²³ Menéndez, Eduardo. “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas” en Spinelli, Hugo (comp.). *Salud Colectiva. Cultura, Instituciones y Subjetividad. Epidemiología, Gestión y Políticas*. Buenos Aires: Lugar editorial, 2004.

como el hecho de medir la fiebre con un termómetro, o la decisión de continuar o no con un tratamiento, etc.

Describimos estos modelos, fundamentalmente por el hecho de que coexisten en la actualidad y se evidencian en la práctica cotidiana de los trabajadores de la salud. A pesar de que se busca romper con el modelo médico hegemónico que representa una incomunicación y la no consideración del contexto del sujeto, ésta es una práctica que sigue estando vigente y que no está formado sólo por el pensamiento del sector, sino que es una construcción de la sociedad en general. Es decir, la figura del médico está ligada a la amenaza de la enfermedad. El médico a través de su saber ocupa una posición valorada socialmente ya que se supone que ese saber se extiende a un saber hacer para anular la enfermedad. Este saber a su vez necesita de una objetividad que deja afuera la influencia del entorno natural de los sujetos.

Este ideal médico, tiene a su vez éxito por la incorporación de recursos provenientes de las ciencias naturales y la tecnología y por lo tanto, cuenta con el reconocimiento y valoración por parte del imaginario social sobre la enfermedad.²⁴

Sin embargo, en la actualidad, si bien estamos siendo testigos de grandes avances, tenemos grandes confusiones que promueven en la medicina una especie de nuevo biologismo que pone una barrera a la interacción con las ciencias sociales²⁵. Esta mirada neobiologista se convierte en un obstáculo para el ejercicio del derecho a la salud.

Hablemos de Salud:

Tras haber mencionado los diversos paradigmas que aportaron a la construcción de una determinada concepción sobre la salud y la enfermedad, daremos paso al desarrollo del concepto salud al cual adherimos.

²⁴ Galende, Emiliano. “Debate cultural y subjetividad en salud” en Spinelli, Hugo (comp.). *Salud Colectiva. Cultura, Instituciones y Subjetividad. Epidemiología, Gestión y Políticas*. Buenos Aires: Lugar editorial, 2004.

²⁵ González Pérez, Ubaldo. “El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud” en *Revista Cubana Salud Pública* [en línea]. 2002, v. 28, no. 2 [citado 25 de Junio de 2007], pp. 4-5. Disponible en Internet en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000200006&lng=es&nrm=iso.

Entendemos que la *salud es un “hecho social”*, que importa a toda la sociedad, y por eso constituye una responsabilidad del Estado garantizarla.

Tomamos a Gastón De Sousa Campos, *“hay que reconocer el concepto de práctica social, que afirma que toda acción en salud es una práctica siempre sometida a determinantes sociales, políticos y económicos. Sin embargo, las organizaciones de salud pueden crear ambientes y situaciones más o menos protegidas de todas estas determinaciones”*²⁶, en tanto exista la capacidad instituyente.

Esto se vincula a lo que intenta exponer M. Foucault acerca de que *“la medicina, por lo menos desde el siglo XVIII, constituye una práctica social. En cierto sentido la ‘medicina social’ no existe porque toda la medicina es social. La medicina fue siempre una práctica social, y lo que no existe es la medicina ‘no social’, la medicina individualista, clínica, del coloquio singular, puesto que fue un mito con el que se defendió y justificó cierta forma de práctica social de la medicina: el ejercicio privado de la profesión”*.²⁷

Por ello, podemos pensar a la salud como un proceso en permanente construcción, en el cual intervienen sujetos. Aparece aquí la posibilidad de interrogarnos sobre el papel de estos sujetos pensándolos como constructores y transformadores de la realidad social en la cual se hallan insertos.

Según Pichón Riviére *“la salud consiste en un aprendizaje de la realidad, en una relación sintetizadora y totalizante, en la resolución de las contradicciones que surgen en la relación sujeto-mundo”*.²⁸

Encontramos indispensable en este análisis introducir la noción de salud, que fue mencionada en el Seminario de Salud²⁹, como fenómeno complejo que debe ser comprendido como un proceso y no como un estado, en este punto coincidimos con la denominación que realiza Alicia Stolkiner (2013) respecto a este proceso, utilizando la categoría de proceso de salud-enfermedad-cuidado conteniendo la infinidad de formas

²⁶ De Sousa Campos, G.: Gestión en salud. Capítulo: “La clínica del sujeto: por una Clínica reformulada y ampliada”. Editorial Lugar, 2001.

²⁷ Foucault, M.: La vida de los hombres infames. Capítulo 4: “La Psiquiatría y la Antipsiquiatría”. Colección Caronte Ensayos, Buenos Aires, 1996.

²⁸ Riviére, Pichón Enrique: Del psicoanálisis a la psicología social. Editorial Galerna, 1971.

²⁹ Seminario electivo dictado en el transcurso de la Carrera de Especialización en Políticas públicas, niñez y familia.

de cuidado de la salud y la vida que suceden fuera de las instituciones de salud, en la trama cotidiana de la vida de las personas.

Dentro de esta perspectiva la autora tendrá en cuenta 3 dimensiones de análisis:

- la articulación entre lo económico (en qué forma la mercantilización configura lazos sociales),
- lo institucional (forma particular que adquieren determinadas relaciones sociales en circunstancias históricas particulares),
- y la vida cotidiana (la forma en que se particulariza lo genérico social, constituida por los procesos comunes de producción y reproducción de las vidas singulares) en la configuración del proceso de salud-enfermedad-cuidado³⁰.

La Salud como Política Pública en la ciudad de Rosario:

La política de descentralización y distritalización llevada a cabo por el gobierno municipal de Rosario, se instala como una actividad esencialmente política, llevando adelante una reforma integral tendiente a acercar la capacidad de decisión a ese contexto local donde los problemas se definen, se construyen, se priorizan y se sufren. La ciudad entonces, ha descentralizado su gestión en seis distritos, los que son vistos como espacios en permanente construcción, productos de una dinámica social donde se tensionan sujetos sociales puestos en la arena política.

El 11 de septiembre del 2009 se inaugura el Distrito Sudoeste “Emilia Bertolé”, donde se encuentra emplazado el Centro de Salud “Santa Teresita”.

La Secretaría de Salud Pública se plantea la transformación del viejo modelo de atención médica basado en la recuperación del enfermo, por otro que se fundamenta en *la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades*”.³¹

Desde la Secretaría de Salud Pública se expone que *“la salud se expresa como equilibrio vital, originado en la relación que se establece con el medio, con los otros, con uno mismo, con la alimentación, con las posibilidades y las dificultades de la vida”*.

³⁰ Stolkiner, A (2013) *“Las formas de transitar la adolescencia y la salud/salud mental”*, Novedades Educativas No 268, Año 25, Buenos Aires (páginas 40 a 46).

³¹ Municipalidad de Rosario. Disponible en Internet: www.rosario.gov.ar/muni1001.nsf/Páginas/Salp01

Esto quiere decir que *“no se la puede definir como lo opuesto a la enfermedad, o referirnos al estado de bienestar únicamente como estado biológico”*.³²

La ciudad de Rosario, por intermedio de la Secretaría de Salud Pública, cuenta con un sistema propio de efectores de salud conformado por Centros de Salud y hospitales con distintos niveles de complejidad, que responden a una demanda regional de atención.

En este marco institucional-estatal, la política municipal de salud considera la APS como *“una estrategia que se basa fundamentalmente en la construcción, concientización y defensa del derecho a la salud”*. El objetivo esencial a partir del cual se proyecta el movimiento de APS es el de *equidad*.³³

“La APS desde la Secretaría de Salud del municipio de Rosario propone la construcción y la defensa del derecho a la salud; es por ello que los Centros de Salud se encuentran cerca del espacio en que una comunidad convive, un punto de contacto directo entre la gente y el estado municipal. Los Centros de Salud son lugares de encuentro donde comunidad y trabajadores de la salud promueven estrategias para la prevención y promoción de la salud desde un punto de vista integral. Este modo de funcionar hace que cada Centro de Salud tenga un perfil propio como resultado de las necesidades, problemáticas y particularidades de la gente del barrio y zonas de influencia. Es fundamental trabajar a partir de la equidad y la participación”.³⁴

Durante los meses de setiembre, octubre y noviembre del año 2013, el Colegiado de Gestión de la DCS y los equipos de gestión de los distritos, llevaron a cabo un espacio continuo de discusión colectiva en donde, según expresan: *“...se identificaron aquellos problemas con los que nos encontramos en el desarrollo de nuestro proyecto sanitario, y sobre los cuales creemos imprescindible intervenir para fortalecer prácticas transformadoras de la realidad...”*.

³² Cuadernillo Promoción de la Salud: *“En la construcción de una ciudad saludable”*, Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, 2000.

³³ Municipalidad de Rosario: *“Promoción de Salud. En la construcción de una ciudad saludable”*. Folleto Informativo. Área de Comunicación Social de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, 2000.

³⁴ Cuadernillo APS: *“Un estrategia para la construcción de ciudadanía”*. Municipio de Rosario, 2000. Páginas 1y 2.

En dicha planificación se menciona a los Centros de Salud, como las instituciones estatales del sector más cercanas a la comunidad, tienen la responsabilidad de asegurar el desarrollo de los siguientes ejes de trabajo:

- Prácticas de construcción de la salud colectiva, diseñadas a través de procesos locales de programación participativa que se inicien de una visión epidemiológica dinámica de la situación de salud de sus áreas de responsabilidad, que incluya la perspectiva de la comunidad y de sus instituciones asegurando prioridad a los criterios de equidad, participación, eficiencia, prevención y promoción de la salud.
- Prácticas amplias y contextualizadas de atención de la salud, que permitan la efectividad del diagnóstico y las respuestas ofrecidas en la realidad social y cultural en la que se desarrolla el proceso de salud y enfermedad, asegurando la integralidad y continuidad del abordaje de cada problema de salud, entendiendo el trabajo clínico como el desarrollo y sostenimiento de un vínculo interpersonal en el que el equipo terapéutico es continuamente responsable por el proceso de atención. Esta práctica clínica debe reformularse permanentemente a la luz de una visión epidemiológica y sujetarse a la planificación local.³⁵

En Rosario, según menciona la autora Melisa Campana, la reconfiguración de la salud pública se inscribió en el marco más amplio de la gubernamentalización del gobierno municipal, y la Atención Primaria de la Salud fue el punto neurálgico en el que confluyeron las apuestas descentralizadoras, territorializadoras y participativas, identificando y delimitando sectores poblacionales que requerían atención específica, en virtud de sus dificultades de acceso a los servicios públicos.

La autora sostiene que “...la Atención Primaria de la Salud grafica cabalmente cómo la salud pública ha radicalizado su función asistencial y se ha constituido en una modalidad privilegiada de gobierno de la pobreza, como gestión diferencial respecto a determinadas poblaciones construidas como pobres”.

Desde diferentes sectores, incluso con matrices ideológicas contrapuestas, coinciden en la idea de que la Atención Primaria operó como vía principal de territorialización, a partir del emplazamiento de Centros de Salud en barrios periféricos,

³⁵ Documento denominado: Proceso de planificación estratégica de la Dirección de Centros de Salud 2013-2015. DCS – SSP - MR

en los que paulatinamente fueron conformándose equipos multidisciplinarios. En algunos barrios esos servicios son, hasta hoy, si no la única referencia estatal, al menos la preponderante³⁶.

Esta tendencia a la gestión territorial de los problemas, reprograma de algún modo la estructura de las protecciones cercanas, en la medida que la cada vez mayor localización de las intervenciones incentiva el proceso de reprimarización, que revaloriza los soportes de proximidad y las capacidades comunitarias y barriales.

Entendemos a la experiencia “Jugando en familia”, dentro de la noción de salud como proceso de salud-enfermedad-cuidado, aportando a la construcción de una propuesta integral que diseñan dinámicas que develan los diversos modos de cuidar y de criar en familia.

Los modos que adopta el discurso de derechos en la trama de las instituciones, las acciones mediante las que las instituciones implementan una política, darán cuenta del espacio de construcción de derechos de la población infantil, Llobet (2005).

Tomando en cuenta la entidad que cobra el concepto de ciudadanía en el discurso sobre el diseño de la política pública en la ciudad de Rosario, podríamos mencionar al menos una distancia en relación a su ejecución e implementación territorial de los espacios y recursos destinados a abordar las cuestiones referidas a las infancias.

Los múltiples atravesamientos y determinantes sociales que implican a las infancias, precisan hoy de un actor social destinado a su protección que tenga exclusividad en la tarea³⁷. Es decir, como mencionamos, los Centros de Salud son receptores de múltiples demandas que, bajo la óptica de la integralidad de la salud, todas son pasibles de formar partes estratégicas de un diseño terapéutico.

La selección de qué demanda entra y qué demanda no en el campo de la salud, no parece tener una frontera clara en lo explícito institucional. La presencia de conceptos y categorías amplias dan lugar al desarrollo de extensos y repetitivos debates al interior de los equipos de los Centros de Salud llegando, en el mejor de los casos, a conclusiones y acuerdos particulares ligados a cada equipo fundamentado en la

³⁶ Motivo por el cual las demandas son tan numerosas y diversas. Presentándose el centro de salud como lugar privilegiado para transmitir o comunicar una necesidad esperando su resolución.

³⁷ Es importante mencionar que la ciudad de Rosario no cuenta con Servicio Local.

singularidad y particularidad de cada lugar. En otras situaciones quedarán los debates abiertos sin arribar a definiciones colectivas.

En este entramado institucional, (sobre demandas, falta de recursos humanos y materiales, etc.), en el Centro de Salud “Santa Teresita” intentamos dar otro lugar a la infancia llevando adelante dispositivos grupales que habiliten el despliegue de niños y adultos con la palabra y con el cuerpo, trascendiendo la atención clínica de la pronta atención (enfermedad transitoria) y el control sano (consulta con pediatra de referencia).

En este contexto socio-institucional, podríamos enmarcar la propuesta del “Jugando en familia” en el campo de la salud como un instituyente, dando origen a que los sujetos cuenten con otros modos de expresar sus padecimientos.

Por último, nos encontramos animados de que la nueva institucionalidad (leyes, modelos) no será una neo-tutelarización de la infancia, reproduciendo las mismas matrices de las cuales se espera romper. Y que se construirán nuevos modelos de intervención que contengan, en su diseño, la discusión y reflexión necesaria para producir nuevas prácticas sociales en salud que integren los cuerpos fragmentados en la infancia.

Tercer Capítulo:

- Lo paradójico del Paradigma. En el campo de la infancia y adolescencia. ¿Cómo proteger a un niño hoy?

Dispositivos típicos de intervención e inauguración de espacios innovadores de intervención en lo social.

Retomando a Carballada (2008) partimos de considerar que la cuestión social hoy se tensiona a partir del derecho a pertenecer, a no migrar, y para resolverse necesita que se generen nuevas formas de reinscripción e inscripción social. En definitiva, el derecho a la inclusión, a la identidad, a formar parte de la comunidad y de la cultura implica nuevas complejidades y requiere un abordaje desde la intervención.

Consideramos a la construcción del cuidado infantil como campo social, ante lo cual será necesario detenernos un momento en la obra de Bourdieu, quien define al campo como: “...una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones están objetivamente definidas, en su existencia y en las determinaciones que impone sobre sus ocupantes, agentes o instituciones, por su situación presente y potencial (situs) en la estructura de distribución de especies del poder (o capital) cuya posición ordena el acceso a ventajas específicas que están en juego en el campo, así como por su relación objetiva con otras posesiones (dominación, subordinación, homología, etc)...”, Bourdieu (2005).

Esta categoría opera para el presente trabajo como marco referencial a través del cual pueden interpretarse las prácticas desarrolladas por los agentes y los sentidos asignados a las mismas.

Al analizar la infancia desde la teoría de campo de Bourdieu, es imprescindible relacionarla con el concepto de habitus que el autor propone, para poder reflexionar sobre los sistemas de disposiciones desde donde interviene el trabajador social en el campo de la construcción del cuidado infantil.

Hablar de habitus, dice Bourdieu (2005), “es aseverar que lo individual e incluso lo personal, lo subjetivo, es social, colectivo. El habitus es una subjetividad socializada”.

Es un sistema de esquemas de producción de prácticas y un sistema de esquemas de percepción y de apreciación de las prácticas. Y, en los dos casos, sus operaciones

expresan la posición social en la cual se ha construido. En consecuencia, el habitus produce prácticas y representaciones que están disponibles para la clasificación, que están objetivamente diferenciadas, Bourdieu (2000).

Desde esta perspectiva, el campo del cuidado infantil puede ser concebido como un espacio social en el que distintos agentes (individuales e institucionales) ocupan posiciones disímiles y sostienen relaciones de disputa en torno a la definición de los procesos y pautas de crianza, y a la orientación de los procesos de socialización de los niños-as y adolescentes, Clemente (2014).

Lo que se está poniendo en tensión actualmente no es el cuidado en sí mismo, sino un modelo particular de cuidado. Es decir, en el contexto actual se produce una crisis respecto del campo y de un conjunto de prácticas sociales con cierto grado de legitimidad. Al modelo de cuidado que se había consolidado durante gran parte del siglo XX, podemos nominarlo como “modelo tradicional del cuidado infantil”.

El denominado modelo tradicional se sustentó en 3 principios fundamentales:

- La asunción de las tareas de reproducción y, por ende de las prácticas de cuidado, como propias del ámbito privado o doméstico (familiarización del cuidado),
- la aplicación del modelo de familia nuclear como principio organizador de la división sexual y etaria del trabajo al interior del espacio doméstico, como también en otras esferas (proceso que ha tendido a feminización – maternalización de la provisión del cuidado infantil),
- la orientación familiarista que asumieron las políticas sociales, a través de las cuales además de proveer diversas prestaciones y servicios sociales relevantes para la reproducción social ampliada, se ha tendido a desarrollar mecanismos de vigilancia y control sobre las prácticas de crianza de los sectores populares, particularmente en las familias más pobres.

La ruptura con el modelo tradicional de cuidado y el surgimiento de un nuevo modo de cuidar se da en el contexto en que mencionamos la configuración del sujeto inesperado donde la desigualdad, el padecimiento y la vida cotidiana se inscriben en forma singular en su cuerpo, en su habla y en su mundo de significaciones. Lo mismo sucederá con las ideas de salud, enfermedad y cuidado, que se registran en forma distinta y construyen explicaciones acordes con una cotidianeidad organizada para sobrevivir.

En ese sentido, resulta pertinente reflexionar respecto de prácticas cuyo objetivo es la protección integral de los derechos de la infancia, en la perspectiva aportada por la concepción política del cuidado, Tronto (1994). Como práctica social, el cuidar es un proceso que pone en primer plano los problemas de la interrelación entre personas: dependencia, autonomía, individualización, posibilidades de acceso a la palabra. La cuestión central a abordar desde esta perspectiva es cómo lidiar con la dependencia y la responsabilidad.

Según Graciela Di Marco, resulta necesario incluir en el análisis y diseño de las políticas sociales las dimensiones desplegadas al visualizar el problema en el escenario del cuidado: *“...mutualidad o interdependencia, la asistencia, el cuidado y las emociones (...). Se trata de la elaboración de discursos que articulen la justicia y el cuidado —de uno mismo y de otros— y los derechos de los que reciben asistencia al ser parte activa en la definición de sus necesidades (especialmente en el caso de ancianos y discapacitados), sin que los que los cuidan los subordinen (...). Vincular la ética de los derechos con la ética del cuidado permite avanzar en una concepción de la política social que tiene presentes a los sujetos en su integralidad”*, Di Marco (2005).

Puede sostenerse que se consolida una idea de cuidado³⁸ planteada en sentido defensivo, en tanto se concibe al cuidado como una acción protectora o defensiva frente a la hostilidad del entorno.

Esta cuestión cobra relevancia en los barrios escuchando, de las mamás, la expresión de preocupación reiterada que manifiesta: *“...tengo miedo que se meta en cosas raras...”*, *“...lo tengo encerrado todo el día porque viste lo que es el barrio...”*.

Sin embargo, a partir de la complejidad y magnitud que tienen las problemáticas barriales, se evidencia que en muchos casos existe una brecha entre las pretensiones de cuidado (expresadas por las familias) y los resultados alcanzados (en términos de contención de los niños-as y adolescentes y/o evitar la incidencia de estas problemáticas).

Coincidimos con Martín Ierullo (2013)³⁹ quien expresa: *“...si se considera que en el marco del modelo tradicional las prácticas de cuidado se restringieron a la esfera*

³⁸ Clemente Adriana, afirma que existe una tensión entre las prácticas de aprovisionamiento y las prácticas de cuidado infantil.

³⁹ Cuidado y pobreza persistente: Aportes para el estudio de las prácticas de crianza y cuidado de los niños, niñas y adolescentes en los sectores populares. Este trabajo comunica los principales resultados de la Tesis de Maestría del autor, la cual fue titulada “Prácticas comunitarias de cuidado infantil en los

doméstica, pensar la corresponsabilidad para dichas prácticas invita a pensarlas desde lo público y a repensar el rol del estado en relación a la provisión de servicios de cuidado...”.

En tanto la complejidad que adquieren las prácticas de cuidado en el contexto actual hace que las mismas no puedan ser resueltas exclusivamente en el ámbito familiar y no solo para las familias en situación de pobreza.

La experiencia que traemos aborda las cuestiones referidas a los cuidados y al maternaje⁴⁰ en el plano de la cotidianeidad, ante lo cual esclarecer dichos conceptos y sus vinculaciones será fundamental para comprender la matriz teórica sobre la cual se abona el desarrollo de la misma.

Nos detendremos en la maternidad, para comenzar a deconstruir los múltiples atravesamientos que forman parte del vínculo madre-hijo y la configuración de los modos de cuidar.

Tal como lo plantea Laura Santillán, el cuidado, entendido como *“un conjunto vasto de acciones socialmente designadas para aludir a las formas de atención, formación, crianza, y protección para con las generaciones jóvenes”*⁴¹, en lugar de ser pensado con un sentido universal o normativo (ligado a concepciones morales), debe poner en juego sus dimensiones sociales y políticas: en las prácticas cotidianas se configuran sentidos con respecto a la niñez, la educación y el cuidado.

Cuidar es respetar profundamente al otro y conocerlo, establecer una relación de afecto, ocuparnos de su crecimiento, hacernos responsables de su desarrollo sin negar o cercenar su libertad.

Será un desafío relacionar a la mujer como sujeto social con un supuesto destino biológico y, de este modo, abrir los interrogantes que nos acerquen a la maternidad desde otros ángulos para reflexionar sobre la maternidad como discurso y como práctica.

sectores populares frente a la crisis del modelo tradicional de cuidado. Análisis de los comedores comunitarios del AMBA (2003-2010)”. Dicha tesis fue realizada en el marco del proyecto Piubamas MS 04 y aprobada en el marco de la Maestría en Políticas Sociales (FCSs, UBA) en mayo de 2013.

⁴⁰ Maternaje se refiere a las funciones de la Maternidad, es decir, la conformación psicosocial del rol materno o ejercicio de la crianza.

⁴¹ Santillán, Laura. El cuidado infantil, la vida familiar y las formas en que se territorializan las intervenciones sociales: un estudio en barrios populares del Gran Buenos Aires. En “Infancias: políticas y saberes en Argentina y Brasil”. Editorial Teseo. Buenos Aires. 2013.

La autora Marta Mojzuk⁴² menciona el Modelo naturalizado de mujer-madre y expresa: “*en la normativización del estatus maternal de las mujeres y la instauración del ideal de la mujer doméstica: la maternidad se reifica y el instinto maternal se mistifica*”.

Como efecto, el vínculo de las mujeres con la procreación se extiende hacia la crianza, se biologizan los cuidados, la educación, los lazos emocionales entre la madre y los hijos; las mujeres se transforman en las responsables de la moralidad ciudadana y en las productoras de la riqueza nacional. Todo eso con el amparo de la ley y la vigilancia de la opinión pública.

Los postulados de la Protección y Promoción Integral de niños, niñas y adolescentes tienen entonces, más de Paradoja que de Paradigma. ¿Podemos hablar de protección de derechos de los niños cuando sus madres tienen vulnerados algunos de sus derechos como humanos?

Como menciona Ana María Dubaniewick (2006), podríamos tal vez ampliar la Convención Internacional de los Derechos del Niño a Convención Internacional sobre los Derechos de las madres y los niños. Si englobamos a las madres y los niños, volveríamos a una nueva Declaración de los Derechos Humanos.

La Ley ha cambiado, las reglas del juego son otras, los conceptos se han aggiornato, las prácticas se flexibilizan, los tiempos se aceleran, pero la realidad de los niños y sus familias es que persisten en las mismas condiciones de existencia.

Podríamos concluir este capítulo, advirtiendo que pretender intervenir en contextos de exclusión nos impone una profunda comprensión, ir al encuentro de esas historias, esos discursos, esas vivencias que resultan extrañas para el dispositivo institucional. Escuchar a ese sujeto, sin derechos efectivizados, en condiciones de vulnerabilidad simbólica y material; el cual desde nuestro espacio apostamos a sus posibilidades de transformarse y reparar sobre sus modos de vivir y de cuidar.

En relación a las madres es necesario partir de desculpabilizarlas de su pasado, para que puedan responsabilizarse de su futuro. Construir espacios de inclusión que permitan (al menos en su interior), abandonar la *nuda vida*⁴³.

⁴² Marta Mojzuk. Entre el Maternalismo y la construcción socio-política de la Maternidad.

⁴³ Recordemos que la política occidental crea un nuevo modo de la “*biopolítica*”: “la *nuda vida*”. El campo de concentración crea la “*nuda vida*”, algo que no es ni vida ni muerte, una vida que ya no es la vida del resto de los mortales pero que todavía no es muerte, y que de hecho termina con ella; matar, no es exactamente dar muerte; se puede llegar a los estados más miserables de denigración, de enajenación.

Generar escenarios donde los sujetos sean verdaderos protagonistas y aumentar las posibilidades de reflexividad y democratización institucionales parecen ser la mejor alternativa para avanzar en la concreción de los derechos de la infancia.

de muerte en vida. Esta “*nuda vida*” es la verdadera condición terrible de la política moderna, donde la vida desde el poder no vale nada, y el quitarla no tiene consecuencias jurídicas.

Cuarto Capítulo:

- **Una experiencia local:** “Jugando en familia”

“...El niño que no juega no es niño, pero el hombre que no juega perdió para siempre al niño que vivía en él y que le hará mucha falta...”. (Pablo Neruda).

Hablemos del Juego:

Partimos de considerar que, el juego es algo esencial a la especie humana, la actividad lúdica es tan antigua como la humanidad. El ser humano ha jugado siempre, en todas las circunstancias y toda cultura, desde la niñez ha jugado más o menos tiempo y a través del juego ha ido aprendiendo, por tanto, a vivir.

“...Me atrevería a afirmar que la identidad de un pueblo esta fielmente unida al desarrollo del juego, que a su vez es generador de cultura...”, Moreno (2002).

El juego es, por tanto, una herramienta fundamental para conocer más la realidad familiar donde se vive *“... el juego es popular en la medida que cualquiera tiene acceso y por eso se remonta a los orígenes de la humanidad”, Bañeres (2008).*

Además debemos comprender la importancia de estos juegos para rescatar creencias culturales, integración entre miembros, donde se propicia la tolerancia y el respeto, la cooperación entre participantes, la solidaridad, favorece la cohesión y el sentido de pertenencia, todo ello ayuda a la formación integral de los niños y las niñas.

A esta experiencia fueron convocadas familias que se encontraban adscriptas al Centro de Salud “Santa Teresita” durante el año 2012. Las mismas eran sugeridas por el personal del equipo (profesionales o administrativos), que planteaban la situación familiar en las reuniones semanales que se realizaban para el re-trabajo de estrategias de intervención. En ese espacio se debatía en forma interdisciplinaria la propuesta terapéutica para cada familia en relación a los recursos institucionales con los que contábamos.

La experiencia fue desarrollada hasta mediados del 2013 donde por falta de tiempo, en relación a la sobredemanda de la población dirigida hacia Trabajo Social y Psicología, tuvimos que suspender la actividad. Destacamos que la misma precisaba de tiempo destinado para hacer visitas domiciliarias (en algunos casos), planificar la

actividad semanal y gestionar los recursos materiales que se precisaban para concretar la jornada semanal.

Por el espacio pasaron 15 familias que oscilaban en su participación semanal y, tras haber suspendido las jornadas, las mismas se acercaron en diferentes momentos a preguntarnos cuando retomábamos los encuentros trasmitiéndonos sus deseos de regresar, manifestándonos explícitamente “...nos hacía bien venir a jugar acá...”, “además de divertirnos, aprendíamos cosas...”.

La devolución de las familias y nuestra evaluación sobre la experiencia nos llevan a sostener e insistir en que estos espacios son cada vez más necesarios y producen verdaderos movimientos en las familias que participan. Pero así mismo reconocemos que no podemos sostener el dispositivo con menos tiempo y recursos que los necesarios para brindar un espacio colectivo con objetivos terapéuticos que implican tiempo de retrabajo a priori y a posteriori de cada jornada. Es en este sentido que encontramos en la decisión de suspender la posibilidad de dar origen a otras experiencias y de insistir en las condiciones necesarias para llevar adelante espacios pensados para integrar sujetos con niños y adultos protagonistas.

Asumiendo que la experiencia que traemos no consiste en un jugar sin sentido, nos cabe preguntarnos: ¿Para qué jugar en salud?. Tomaremos la definición del Dr. Floreal Ferrara⁴⁴, un gran maestro de la Salud Pública, quién solía referirse a la Salud como la capacidad singular y colectiva para luchar contra las condiciones que limitan la vida.

Entender como construyen sus problemas grupos, familias y sujetos es fundamental para diseñar con ellos los proyectos de cambio.

Es necesario comprender cómo la historia va generando condiciones que limitan la vida y el jugar será un instrumento que permitirá el fluir de lo cultural, lo cotidiano, la historia y las condiciones materiales y simbólicas de existencia.

Nos parece fundamental agregar a las dimensiones sociales: variabilidad cultural, desigualdad social y género las dimensiones políticas-ideológicas que acompañan y dan direccionalidad a las políticas de infancia haciendo de las mismas una construcción que contenga e incorpore las diferencias, o muy por el contrario, que promueva prácticas estigmatizantes y modeladoras de la infancia.

⁴⁴ Escrito de la Dra. Débora Ferrandini. “Algunos problemas complejos de salud.” (2011).

Entendemos que favorecer y garantizar la participación desde las estrategias comunitarias demanda, en primer lugar, entenderla como derecho, y luego como herramienta de trabajo desde el diálogo intergeneracional. En este diálogo se produce un saber mutuo en torno a los deseos, posibilidades, haceres cotidianos, dificultades y proyecciones de los niños, niñas y adolescentes jóvenes, lo que viabiliza la autonomía con acompañamiento.

Haremos mención a algunas de las ideas que nos animaron a crear, a innovar e inaugurar nuevos dispositivos de abordaje territorial en la incesante búsqueda de proponer intervenciones que protejan integralmente a la infancia y adolescencia.

Partimos de la idea principal de dar lugar a la construcción de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, recuperando la expresión como signifiicante del ejercicio de libertad⁴⁵ trascendiendo lo dado. Hacerlos parte, reconstruyendo sentidos y modelos que incorporen la heterogeneidad⁴⁶, buscando nuevos modos de democratización⁴⁷ de los espacios por los que transitan los adolescentes y niños –as entendiéndolos como productores de nuevos modelos de la vida social.

Nuestro horizonte fue cohesionar el mundo adulto con las visiones del mundo de la infancia y adolescencia recreando colectivamente y desde una perspectiva de horizontalidad, identidades⁴⁸ propias.

En este contexto socio-institucional encontramos posible fundar, inaugurar, crear e innovar en la producción de prácticas que aborden las cuestiones de Infancia

⁴⁵ Hanna Arendt (1993), la acción es el momento en que el hombre desarrolla la capacidad de ser libre. Para esta autora la libertad no es mera capacidad de elección sino de trascender lo dado y empezar algo nuevo y el hombre trasciende la naturaleza cuando actúa.

⁴⁶ La heterogeneidad, producto del acceso diferenciado al mercado y a los servicios, es un primer dato que dificulta hablar de "los adolescentes" en forma unívoca. Va configurando distintos territorios (espaciales, subjetivos y simbólicos) que se expresan a su vez al interior de tendencias, las cuales a veces parecerían comunes más allá de la condición social.

⁴⁷ Giddens (1994) plantea que la democratización es "una forma de crear una 'arena' pública en la cual temas controvertidos pueden ser resueltos, o por lo menos manejados a través del diálogo más que a través de formas preestablecidas de poder".

⁴⁸ "...la identidad es la auto-percepción de un "nosotros" relativamente homogénea en contraposición a los "otros", con base en atributos, marcas o rasgos distintivos subjetivamente seleccionados y valorizados, que a la vez funcionan como símbolos que delimitan el espacio de la "mismidad" identitaria. Gomezcara, (1995). Texto Salir del Descarte de Laura Piñero.

desde una mirada integral que incluya y proteja (en términos emancipatorios) a los niños, niñas y adolescentes desde ámbitos comunitarios.

Uno de los objetivos propuestos en esta experiencia fue problematizar distintas prácticas referidas al cuidado, indagando respecto a las relaciones de poder que se ponen en juego en el ámbito intrafamiliar, y a su vez reflexionar conjuntamente sobre experiencias respecto a formas alternativas de resolución de conflictos.

Inventar los modos de estar juntos, de producir situaciones dialógicas, de generosidad y de escucha; y, en esos espacios, generar una experiencia hermenéutica alrededor de los objetos artísticos y de los bienes culturales. Producir bienes culturales, porque la cultura no sólo nos pide transmisión sino también, y fundamentalmente, *creación*.

Este espacio se nos presentó como un desafío para enfrentar la individualización proponiendo la reconstrucción de lo colectivo; a los modos de sanción social y de ruptura de vínculos los enfrentamos desde la reconstrucción de lazos sociales y el acompañamiento en las dificultades de las relaciones familiares.

Donde algunos veían riesgo y nos proponían medidas excepcionales, nosotros dimos lugar a más protección ampliando las propuestas de abordaje integral sumando a las intervenciones terapéuticas individuales, dispositivos grupales que habilitaron el despliegue de niños y adultos con la palabra y con el cuerpo. Dando origen a otros modos de expresar sus padecimientos.

En primer lugar destacamos que las nuevas legislaciones y políticas públicas referidas a la infancia, como la Ley 26.061 de Promoción y Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, constituyen un ordenador, un “paraguas” en el cual enmarcar nuestras intervenciones como trabajadores en lo social, definiendo límites y posibilidades. A partir de aquí podemos identificar grandes líneas de trabajo que fueron tenidas en cuenta para el espacio del “Jugando en familia”, destacando:

- Derecho de los niños a ser oídos cualquiera sea la forma en que se expresen. Me parece importante destacar la aclaración que realiza la autora Piotti, María Lidia⁴⁹: “... *no toda participación es protagónica. Protagonismo de los niños*

⁴⁹ Piotti, M, Marrone, M, Machinandiarena, A. (2012) La participación de Niños/as y Adolescentes en el

Sistema de Protección. Integral de Derechos, ¿es eso posible? Libro virtual del V Congreso Mundial por los Derechos de la Infancia y la Adolescencia - San Juan, 2012. Disponible en:

<http://vcongresoinfancia.sanjuan.gov.ar/ebook/files/assets/basic-html/index.html#1>

organizado es acción política y, por lo tanto, poder colectivo de los niños para cambiar la realidad... ”.

- Derecho a permanecer en su centro de vida, a su pleno desarrollo en su medio familiar social y cultural.
- El carácter de complementariedad e interdependencia de los derechos promulgados por la Ley.⁵⁰

Como ya se mencionó, la propuesta partió de convocar a las familias que fueron abordadas por algún profesional del equipo de salud y éste consideró necesario en el diseño de su propuesta terapéutica sumar otro espacio de abordaje y reflexión conjunta.

Las diferentes dinámicas propuestas para jugar permitieron desplegar miedos, reclamos, modos de criar, dificultades, alegrías y temores que se dan en la cotidianeidad del proceso de crianza.

Colectivamente se construyeron reglas de juego armando de la propuesta inicial un juego colectivo. En diferentes momentos se han utilizado instrumentos, pelotas, aros, botellas y juegos prestados por el área de eventos de la Dirección de Deportes de la Municipalidad de Rosario.

El intercambio que surgió del relato de cada integrante permitió visualizar la reconstrucción de lo colectivo y de lo comunitario.

La escucha y la palabra fueron nuestro instrumento principal donde desde la psicología y el trabajo social se realizaron aportes que permitieron su resignificación.

Darle lugar a la expresión, a la palabra nos permitió desplazar otros modos de relación ligados en algunos casos al maltrato físico y en otros al alejamiento (abandono) de los vínculos. Algunas madres manifiestan su desborde en relación a la crianza asociándolo a no saber otros modos, a su propia historia de vida y a las diversas dificultades que se le presentaban en la vida cotidiana (desempleo, problemas de vivienda, ausencia de pares para compartir la crianza).

Piera Aulagnier, dirá: *“el proceso de subjetivación contiene el gradual pasaje de la sombra hablada, proyección de los enunciados identificatorios, camino de lo singular y de lo incierto”*. Para esto, la posibilidad de historizarse, de ir simbolizando las propias condiciones de producción de la subjetividad, resulta esencial. Transformar, como dice la autora, el *tiempo vivido* en una *historia hablada*. El yo deberá entonces

⁵⁰ Legislatura de la Provincia de Santa Fe. Ley N° 12.967 de “Promoción y Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes”

escribir-construir la historia se su propio pasado para que su presente tenga sentido y para que el concepto de futuro resulte pensable.

Podríamos definir a este espacio siguiendo a Susana Sternbach, como un dispositivo subjetivante, entendiendo dispositivo como la posibilidad de generar condiciones de enunciabilidad y visibilidad, y a la subjetivación como un proceso complejo que favorezca el surgimiento de la propia singularidad y condiciones de creación de lazos sociales.

Esta experiencia, si bien se desarrolló dentro de una Institución, propuso un espacio desestructurado, abierto y libre, pretendiendo construir entre todos aquello que se presentaba como problemático y que no encontraban cómo y dónde expresarlo. Que muchas veces omitían u ocultaban por temor a la sanción o al juicio de valor. En este lugar sólo hubo lugar para la expresión. Jugando llevamos adelante un acto de reconocimiento de una vida cotidiana que se presentaba como inamovible y ponerla en palabras despertó la posibilidad de transformarse.

Por último, es importante mencionar que esta experiencia no pretende ser superadora, es una más entre tantas, que entre las luchas que nos damos ¡luchamos contra la mercantilización de la vida!

Reflexión final:

Esta experiencia intentó no focalizar una población destinataria, sino asumir que los problemas de prevención y de cuidado en salud no pueden plantearse como un problema de los sectores pobres. Deben volver a definirse en el marco de Políticas de Estado que puedan recuperar el valor de lo público para proponerse modificar las características de la sociedad en su conjunto, y no entender que sólo deben ser objeto de modificación quienes se encuentran en el rango menos favorecido económicamente.

La institucionalización de una política pública es así la cristalización de un conglomerado de sentidos y prácticas que constituyen el buen sentido respecto de un problema particular. Las Instituciones resultan tanto producto como productoras de la implementación de las políticas.

Los cuerpos fragmentados se encontraron con la integralidad de un propuesta que dio origen a la palabra como engranaje que puso en tensión y movimiento el binomio sujeto (cuerpo fragmentado) – estado (políticas públicas), asumiendo que la expresión fue el motor liberador de historias oprimidas y guardadas de quienes padecen en silencio la vulneración de sus derechos.

Parece importante remarcar que, para entender la situación actual de la infancia, es necesario construir un discurso de al menos dos voces: las Instituciones que, dirigidas a ella forman parte del mundo adulto; y la voz de los propios niños y niñas. ¡Es precisamente esta última voz la que se intenta resaltar en nuestras prácticas!

A lo largo de este trabajo intentamos reconocer actores sociales pensando la realidad desde el juego, porque creemos que tiene un valor transformador, que jugar es un acto político, que compartir espacios recreativos son puertas a instalar preguntas y certezas en torno a la construcción de una forma de pensar y sentir el mundo.

Con el juego como una herramienta fundamental para pensarnos humanos, para construir mundos, para estar con otros y otras, para crear acuerdos y construir reglas.

Insistimos en la idea de que aumentar las posibilidades de reflexividad y democratización institucionales parece ser la mejor alternativa para avanzar en la concreción de los derechos de las infancias.

Alguna vez escribí, Modarelli (2009) “...*Pensar que los sueños tienen un mismo dueño es eternizarlos en el tiempo...*”, uniendo esfuerzos y compartiendo una misma utopía ¡empezaremos a irrigar otra Infancia posible!

Bibliografía:

- **Arias, Ana Josefina** (2012) Pobreza y modelos de intervención. Aportes para la superación del modelo de asistencia y promoción. Editorial Espacio. Buenos Aires.
- **Barcala, A.** (2009): “Programa de atención comunitaria a niños/as y adolescentes con trastornos mentales severos: una construcción que articula la experiencia clínica, la investigación académica y su transferencia al sistema sanitario”. En Revista Vertex, 1.
- **Bourdieu, Pierre** (2005). *Una Invitación a la Sociología Reflexiva*. Siglo XXI Editores, Argentina.
(2000 a). *Cosas Dichas*. Gedisa. Barcelona. España
- **Campana Melisa** (2012) Medicalizar la asistencia. Asistencializar la salud. Editorial Prohistoria. Rosario.
- **Carballeda, Alfredo** (2008) “Los cuerpos fragmentados”. La intervención en lo social en los escenarios de la exclusión y el desencanto.
- **Clemente, Adriana (Coord.)** (2014) Territorios urbanos y pobreza persistente. Editorial Espacio. Buenos Aires.
- **María Adelaida Colángelo** (2005) Ponencia “La mirada antropológica sobre la infancia. Reflexiones y perspectivas de abordaje. Mesa: Infancias y juventudes. Pedagogía y formación. Laboratorio de investigaciones en Antropología Social. Universidad Nacional de La Plata. Argentina.
- **Galende, Emiliano** (2004) “Debate cultural y subjetividad en salud” en Spinelli, Hugo (comp.). *Salud Colectiva. Cultura, Instituciones y Subjetividad. Epidemiología, Gestión y Políticas*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- **Gonzalez Perez, Ubaldo** (2002) “El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud” en *Revista Cubana Salud Pública*. V. 28, no. 2 citado 25 de Junio de 2007. Disponible en Internet en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-346620020002000006&lng=es&nrm=iso>.
- **Iamamoto, M.** (1997). Servicio Social y División del trabajo. São Paulo, Cortez.
- **Ley Federal de Trabajo Social**. Ley número 27072.

- **Leyva Garzón, Ana María.** El juego como estrategia didáctica en la educación infantil. Bogotá, II Periodo de 2011. Tesis presentada a la Pontificia Universidad Javeriana como requisito parcial para la obtención del título: Licenciada en Pedagogía Infantil.
 - **Liborio, Mónica** (2004) “Concepciones de salud, enfermedad, atención” en *Cuaderno del alumno- área instrumenta. Metodología de la investigación científica*. UNR, Rosario: Facultad de Ciencias Médicas.
 - **Luciani Conde, L.** (2010) “*Desafíos de la protección social en el contexto global: niñez, subjetividad y pos derechos en la segunda modernidad*”, Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Volumen 8, Número 2, Universidad de Manizales. Colombia. ISSN 1692-715X.
 - **Llobet, Valeria.** Las políticas sociales para la infancia vulnerable. Algunas reflexiones desde la Psicología. Disponible en Internet: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v4n1/v4n1a07.pdf>
 - **Meirieu, Philippe** (2013) Conferencia “La Opción de educar y la responsabilidad pedagógica”. Publicación del Ministerio de Educación de la República Argentina. Buenos Aires.
 - **Menéndez, Eduardo** (2002) “Modelos básicos de atención” en *Medicina y sociedad 2º ciclo*. Facultad de Ciencias Médicas, UNR, Rosario: Secretaría material de estudios del centro de estudiantes de Ciencias Médicas.
 - **Mojzuk, Marta.** Entre el Maternalismo y la construcción socio-política de la Maternidad.
 - **Oscar Oszlak, O'Donnell** (1981) Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Documento G.E. CLACSO. Vol. 4, 1981: Buenos Aires, Argentina. Estado y Políticas estatales en America Latina: Hacia una estrategia de investigación*.
- * Publicado por el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Buenos Aires, Documento G.E. CLACSO N° 4.
- **Pichón Riviere, Enrique** (1999). El proceso grupal. Buenos Aires. Editorial Nueva Visión.
 - Proceso de planificación estratégica de la Dirección de Centros de Salud 2013-2015. DCS-SSP-MR

- **Redondo, Patricia** (2012). Políticas en debate: la atención educativa de la primera infancia en la Argentina. Revista Propuesta Educativa Número 37 (pag 6 a 16). Buenos Aires. FLACSO.
- **Santhiá, Miguel Ángel** (2002) “El concepto de salud: su evolución y significado” en *Medicina y sociedad 1º ciclo*. Facultad de Ciencias Médicas, UNR, Rosario: Mimeo.
- **Santillán, Laura** (2013) El cuidado infantil, la vida familiar y las formas en que se territorializan las intervenciones sociales: un estudio en barrios populares del Gran Buenos Aires. En “Infancias: políticas y saberes en Argentina y Brasil”. Editorial Teseo. Buenos Aires.
- **Sternbach, Susana** (2005) “Subjetivación y proceso terapéutico”, en: Sociedad Psicoanalítica del Sur, Actividad Científica. [en línea] Disponible en internet: www.elpsicoanalisis.org.ar
- **Stolkiner, A.; Castro, D.** (2013) “*Subjetividad y Derechos Humanos: la experiencia Argentina*” en el libro Samblajes de cultura y sociedad. Coordinadores: Leticia Cufre Marchetto, Norma E. García Meza y Edgar García Valencia. Cuerpo Académico es Estudios de la cultura y la comunicación en América Latina. Universidad Veracruzana, México (en prensa).
- **Villaraza, P.** (2011) Una introducción al juego y al modo cooperativo de jugar. En: Módulo Juegos Cooperativos. Cuadernillo publicado por la Fundación Bica. Formación de ludoeducadores.