

Universidad Nacional de Rosario  
Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales  
Licenciatura en Trabajo Social



Trabajo Integrador Final - Modalidad Investigación

**“Discapacidad y Atención Primaria de la Salud. Una mirada desde el cuidado: la experiencia del Dispositivo de Juego en el Centro de Salud Municipal Santa Teresita”**

Alumno: Orellana Busandri, Agustín ([agusore74@gmail.com](mailto:agusore74@gmail.com))

Directora: Lic. Osella, M. Pilar

Rosario, agosto 2023

## Tabla de contenido

Introducción .....	3
<b>Capítulo I.....</b>	<b>6</b>
<b>(Re) pensando el concepto de Discapacidad .....</b>	<b>6</b>
1.1 Paradigmas sobre la discapacidad .....	6
1.1.1 Modelo de prescindencia .....	7
1.1.2 Modelo rehabilitador.....	9
1.1.4 Modelo Social.....	11
1.2 Exclusión y normalidad .....	13
1.3 Marco legislativo .....	18
1.3.1. Legislación Internacional.....	18
1.3.2 Legislación Latinoamericana .....	21
1.3.3 Legislaciones Nacionales.....	23
<b>Capítulo II .....</b>	<b>28</b>
<b>Atenciones en salud y discapacidad .....</b>	<b>28</b>
2.1 Conceptualizando los procesos de salud-enfermedad.....	28
2.2 Salud Colectiva y Medicina Social. ....	31
2.3. Salud Pública y Políticas sobre la Discapacidad .....	33
2.3.1 Políticas Nacionales.....	35
2.3.2 Políticas Provinciales .....	36
2.3.3 Políticas Municipales.....	37
2.4 Atención Primaria de la Salud, la propuesta en Rosario .....	37
2.5 El cuidado como política pública .....	40
<b>Capítulo III .....</b>	<b>45</b>
<b>El Centro de Salud Municipal Santa Teresita y el dispositivo de juego .....</b>	<b>45</b>
3.1 Centro de Salud Municipal “Santa Teresita”.....	46
3.2 Dispositivo de “Juego libre”: el surgimiento del dispositivo.....	48
3.3 El juego como expresión de identidad. Diferencias que nos abren a la diversidad .....	54
3.4 El trabajo social en APS: El desafío de construir espacios grupales desde la interdisciplina. ....	57
<b>Reflexiones finales.....</b>	<b>62</b>
5. Bibliografía .....	66

## Introducción

Este trabajo se encuadra en la producción de Trabajo Final Integrador de la Lic. en Trabajo Social, de la Universidad Nacional de Rosario. Recuperamos aquí la experiencia transitada en los últimos años de cursado, 4to y 5to año, tomando como punto de partida la experiencia de un dispositivo llevado adelante en el centro de salud donde realizamos las prácticas, el centro de salud municipal “Santa Teresita”, ubicado en la zona sudoeste de la ciudad de Rosario.

Durante el tiempo transcurrido, años 2015 y 2016, observamos y participamos en diversos espacios del mismo. Siendo el dispositivo de juego el que mayor interés nos generó. Era una propuesta novedosa, ya que ponía el eje en lo lúdico, dirigido principalmente a sujetos en situación de discapacidad.

Dicha estrategia generaba espacios y prácticas alternativas de participación e inclusión, para un grupo que históricamente fue abordado desde otras perspectivas, pensadas bajo otras lógicas de salud. Con este trabajo integrador final buscamos recuperar esta experiencia, problematizando un campo de intervención clásico del trabajo social, como es discapacidad, desde otras formas menos exploradas.

Abordaremos dicho tema indagando sobre las perspectivas de atención y cuidado, dirigidas a los sujetos en situación de discapacidad, desde los sistemas de salud en el primer nivel. Se hará foco en la experiencia del dispositivo de juego a fin de poner en valor, y analizar esta estrategia de intervención, y de creación, para problematizar la concepción de discapacidad, y la manera de intervenir desde las instituciones del primer nivel de atención en salud.

Podemos decir que como objetivo general nos proponemos indagar acerca de las prácticas de atención, y cuidado, dirigidas a sujetos en situación de discapacidad en Atención Primaria de la Salud.

Teniendo como objetivos específicos el reconstruir los paradigmas desde los que ha sido, y es comprendida, la discapacidad. Para que luego nos sirvan para repensar sobre las prácticas de atención en discapacidad. Con estos insumos

recuperar la experiencia del dispositivo de juego del Centro de Salud Municipal Santa Teresita y su articulación con el trabajo social.

La metodología que utilizaremos para el desarrollo del trabajo será una metodología cualitativa de tipo exploratoria, descriptiva. Se trabajará por un lado con técnicas de recopilación bibliográfica, fuentes primarias y secundarias, así como también el análisis de documentos –cuaderno de campo, documentos marcos del proyecto. Por otra parte, se prevé el uso de la técnica de entrevistas no estructuradas a profesionales intervinientes en el dispositivo a analizar.

Estructuramos el trabajo en tres capítulos, los cuales se relacionan, e intentan dialogar entre sí.

El primer capítulo “*(Re) pensando el concepto de Discapacidad*” recuperaremos los modos de entender y abordar la discapacidad, tomando tres modelos históricos. Para luego trabajar sobre los conceptos de exclusión y normalidad, pensando sobre la discapacidad, contextualizada en el sistema socioeconómico actual.

Nos interesa entender como los modelos conceptuales generan imaginarios sociales y construyen institucionalidades, por lo que recuperaremos las legislaciones internacionales y nacionales, sobre las personas con discapacidad.

En el capítulo 2 “*Atenciones en salud y discapacidad*”, nos centraremos en las concepciones de salud, para luego profundizar sobre salud pública y Atención Primaria. Dos corrientes que también hacen a nuestro análisis son las denominadas Salud colectiva y Medicina social, relacionadas con el modelo social, y las maneras más críticas de concebir los procesos de salud.

Dentro de este recorrido también incluimos el análisis sobre las políticas públicas destinadas a las personas con discapacidad, a nivel nacional, provincial y municipal, considerando que son las bases para construir políticas que busquen garantizar derechos.

Al profundizar sobre el cuidado como política pública, lo pensamos desde la conceptualización del diamante del cuidado, la cual nos ayuda a reconocer la responsabilidad de múltiples actores. Con esta estructura podemos recuperar la experiencia y el dispositivo de juego, en el tercer capítulo.

El tercer capítulo “*El Centro de Salud Municipal Santa Teresita y el dispositivo de juego*” se centrará en ubicar el centro de salud, donde se enmarca

**“Discapacidad y Atención Primaria de la Salud. Una mirada desde el cuidado: la experiencia del Dispositivo de Juego en el Centro de Salud Municipal Santa Teresita”**

el dispositivo. Analizar los desafíos que implica desarrollar un espacio grupal dentro de la propuesta de Atención primaria. Nos preguntamos sobre la profesión de trabajo social dentro de los equipos de salud, y sobre los desafíos en la construcción de trabajos articulados en red, e interdisciplinarios. Para este recorrido nuestras fuentes fundamentales serán entrevistas y cuadernos de campo, así como también trabajos ya realizados sobre nuestra experiencia allí.

Para finalizar este TIF arribamos a reflexiones finales, que buscan continuar con las preguntas, cuestionando e indagando la coyuntura actual, para seguir repensando las prácticas, y las intervenciones que llevamos adelante en las instituciones donde estamos.

## Capítulo I

### (Re) pensando el concepto de Discapacidad

En este primer capítulo elaboramos un análisis sobre los paradigmas en torno a la conceptualización de la discapacidad. Recuperando tres modelos principales, y sus implicancias a lo largo de la historia. Además, trabajaremos los conceptos de exclusión y normalidad, para pensar la discapacidad en el sistema socioeconómico actual.

Al finalizar este capítulo, y para dar cuenta, de cómo los modelos conceptuales generan imaginarios sociales, los cuales construyen institucionalidades, recuperaremos las legislaciones internacionales y nacionales.

#### 1.1 Paradigmas sobre la discapacidad

Hablar de paradigmas en discapacidad requiere recuperar saberes desarrollados desde diversas disciplinas: desde el campo de las ciencias sociales, como así también, de las ciencias médicas. Estas últimas han tenido mayor presencia e influencia histórica en la construcción de saberes, impactando en las prácticas cotidianas.

Elegimos presentar algunos modelos, los cuales han sido más preponderantes en distintas épocas. Sabiendo que los procesos históricos no son lineales, ni acabados, sino que presentan contradicciones, disputas de poder y pueden permanecer varios modelos, o imaginarios sociales conviviendo en disputa.

Entre el material recopilado, un trabajo que vamos a retomar es la producción de Agustina Palacios (2008), la cual realiza un análisis histórico pormenorizado de los modelos de discapacidad.

La lectura realizada por la autora se organiza en tres grandes modelos: el modelo de prescindencia, el modelo rehabilitador y el modelo social. Daremos cuenta del origen de cada uno, sus principales características, y las maneras en que han permeado a los saberes, y prácticas en discapacidad, vigentes hasta hoy.

### 1.1.1 Modelo de prescindencia

Este primer modelo se basaba en la idea del descarte “se consideraba que se podía prescindir de las personas con discapacidad. Eran identificadas como una carga para la familia o la comunidad, y no tenían nada que aportar a la sociedad” (Palacios, 2008, p. 37). Dentro de este modelo se pueden distinguir dos “submodelos”, derivados de la manera de justificar las formas de pensar y actuar.

Un primer “sub modelo” es el denominado “eugenésico”. Eugenesia es una palabra que deriva del griego y se compone por “eu” que indica “bien”, “correcto”, y “genia”, que se refiere al “origen”. Su principal objetivo, o ideal, es el de “perfeccionar al ser humano”.

En consecuencia, “la idea de que la vida de una persona con discapacidad no merece la pena ser vivida, sumada a la creencia acerca de su condición de carga —para los padres o para el resto de la comunidad— origina que la solución adoptada por el submodelo bajo análisis sea prescindir de estas personas, mediante el recurso de prácticas eugenésicas” (Palacios, 2008, p. 38).

Estos modos de prescindencia, como los infanticidios, la esterilización, la segregación, eran practicados hacia aquellas personas que nacían con alguna malformación o discapacidad. Fue un período marcado por las guerras y los conflictos bélicos, por lo tanto, los hombres se veían obligados a combatir, exigiéndoles óptimas condiciones físicas.

Dentro de este modelo también se pueden incluir a las sociedades donde el pensamiento religioso regía las normas. En estas se consideraba que la discapacidad era consecuencia de un castigo de los dioses, la vida no merecía ser vivida, y lo veían como un mal presagio. A las personas que tenían una situación, hoy comprendida como problema de salud mental, las relacionaban con estar “endemoniadas” o “embruadas”, por lo que se le practicaban exorcismos, o metodologías parecidas.

En el sub modelo de marginación, podemos hacer una distinción respecto al anterior, ya que las prácticas de exterminio no eran la principal opción. La autora hace mención a que “la característica principal presente en este submodelo es la exclusión, ya sea como consecuencia de subestimar a las personas con discapacidad y considerarlas objeto de compasión, o como consecuencia del

temor o el rechazo por considerarlas objeto de maleficios o la advertencia de un peligro inminente” (Palacios, 2008, p. 54).

Situándonos en Roma (100-200d.C), la modalidad eugenésica se transformó, y el infanticidio fue abolido: “para aquellas épocas los gustos romanos habían degenerado hasta el punto de que cualquier persona deforme o deficiente era motivo de burla y diversión por parte de su familia” (Palacios, 2008, p. 51). Así las personas con discapacidad pasaron a cumplir la función de entretener a las de clases altas, y eran destinadas a la servidumbre. Si bien ya no se exterminaban a los niños que nacían con alguna “malformación”, se encontraban en el mundo medieval incluidos dentro del grupo de pobres y mendigos.

Estos grupos de excluidos tenían un papel muy importante para mantener el orden establecido, se pensaba que no había formas de transformar la realidad, porque había un sistema reglamentado por una ley divina o natural. Así es que los ricos debían ayudar a estas personas con limosnas para compensar su pesar: “el destino de muchos niños durante esta etapa sería el de ocupar un sitio entre los mendigos. La mendicidad llegaría a convertirse en una especie de práctica profesional, y las/os niñas y niños con discapacidad serían utilizados como objeto motivador de caridad, en mayor medida que cualquier otro mendigo” (Palacios, 2008, p. 59). Generar compasión y lástima, fueron prácticas de sobrevivencia que tomaron las personas con discapacidad, ante la exclusión que les propició la sociedad. Incluso han llegado a mutilarse o lastimarse para obtener mayores “beneficios”.

A su vez muchos niños morían, ya no por acciones deliberadas, sino por omisión: “[...] ello como consecuencia de la falta de medios económicos, por un lado, y por otro por la falta de utilización de medios técnicos, es decir de herramientas médicas que muchas veces eran suplantadas invocándose la fe” (Palacios, 2008, p. 58). Aquí vemos como continúa la fuerte influencia de la religión para justificar cuestiones de salud.

Otra modalidad muy difundida era la institucionalización, en condiciones precarias, por lo que muchos no sobrevivían. Fueron creados numerosos asilos y orfanatos, lugar de alojamiento para niñas y niños con discapacidad, abandonadas/os por sus familias biológicas.



En el pasaje hacia el otro modelo recuperamos a Castel (2004), en su texto que habla sobre la seguridad/inseguridad, y la cuestión de estar protegidos por/en una sociedad determinada, “la seguridad está garantizada en lo esencial por la pertenencia directa a una comunidad y depende de la fuerza de estas inserciones comunitarias. Entonces se puede hablar de protecciones de proximidad” (Castel, 2004, p. 17).

El autor plantea que las sociedades cuentan con amenazas a la seguridad, las externas, como fueron las guerras, y algunas internas como hambrunas y enfermedades. En la Europa preindustrial, época que toma para estudiar, aparece la figura del vagabundo como individuo desafiado de las regulaciones colectivas (la familia y el trabajo). Sujetos que se pueden considerar como doblemente víctimas, ya que se tomaban medidas represivas hacia estos, debido a que ponían en peligro el orden social vigente. Siempre haciendo referencia a una responsabilidad individual de la situación que vivían.

En estos momentos el Estado comienza a aparecer como auxiliar de integración, justamente para las poblaciones que tenían mayores obstáculos para desenvolverse en el sistema vigente, entre ellos las personas con discapacidad.

### 1.1.2 Modelo rehabilitador

El segundo modelo es el “rehabilitador”. Con el avance del conocimiento y los descubrimientos científicos, a las causas de la discapacidad ya no se le asignan responsabilidades sobrenaturales, religiosas, sino que la medicina pasa a ocupar el lugar central para explicarlas: “como resultado de la utilización de los avances científicos y tratamientos médicos, gran parte de los niños y niñas con diversidades funcionales sobreviven o tienen una mayor probabilidad de supervivencia. En este modelo se busca la recuperación de la persona — dentro de la medida de lo posible—, y la educación especial se convierte en una herramienta ineludible en dicho camino de recuperación o rehabilitación” (Palacios, 2008, p. 67).

La autora lo enmarca a principios del Siglo XX, una época signada por las guerras mundiales y también, en otra medida, de numerosos accidentes laborales, debido a las precarias condiciones en las que se trabajaba, lo que ocasionó que

muchos hombres (a las mujeres no se les reconocían los mismos derechos que los hombres) quedaran inválidos o con alguna discapacidad.

Luego de la segunda guerra mundial (pensando la historia desde el paradigma eurocéntrico) las sociedades, y los estados involucrados, tuvieron que reconstruirse. En este contexto, aquellos que habían quedado con alguna discapacidad, tenían como objetivo la rehabilitación, la idea era “normalizarlos”. La mirada estaba puesta en una cuestión individual, continuando con la presencia de sentimientos caritativos.

Este paradigma se centra en la negativa, en lo que le falta o la dificultad que tiene la persona, tomando como referencia a una persona considerada “normal”: “el énfasis se sitúa en la persona y su <deficiencia>, caracterizada como una anomalía patológica que impide a la persona realizar actividades que se consideran <normales>, es decir, las que pueden realizar la mayoría de las personas” (Palacios, 2008, p. 81).

A su vez se identificaba a la discapacidad con la enfermedad, por lo que el objetivo era curarla, modificarla, hacia un estado ideal. Así la persona con discapacidad tenía como objetivo de vida ser rehabilitada por las instituciones destinadas a tal fin: “será perseguida a través de ciertas herramientas, entre las que se destacan la intervención estatal en lo relativo a la asistencia pública, el trabajo protegido, la educación especial, y los tratamientos médicos y aplicación de avances científicos” (Palacios, 2008, p. 81).

Uno de los pilares de este modelo fue la llamada educación especial, pensada como una actividad independiente y separada del sistema educativo ordinario, porque se consideraba que los/as niños/as y adolescentes en situación de discapacidad, debían tener una educación “especial”, diferenciada del resto. Podemos observar cómo continuaron las ideas conservadoras, aquello que nos interpela, y sale por fuera de lo normado, se encierra o segrega; “esta concepción de la deficiencia basada en los conceptos de innatismo y estabilidad supuso dos consecuencias importantes. La necesidad de una detección precisa del trastorno y la necesidad de una atención educativa especializada, distinta y segregada de la organización educativa ordinaria” (González García, 2009, p. 431).

Para estas poblaciones la asistencia social por parte del Estado fue una de las principales fuentes de ingresos, ya que como mencionamos anteriormente se

tenía una actitud tutelar hacia este grupo. Otra modalidad, que surge en este período, es la del empleo protegido, a través de centros especiales, empresas protegidas o centros ocupacionales; “estas herramientas resultaron ser de gran utilidad sobre todo en lo que respecta a personas con determinadas diversidades funcionales —entre las que se destacan las mentales—, ya que el paso por uno de estos centros les permitía adquirir cierta experiencia laboral y brindarles seguridad sobre sus propias habilidades” (Palacios, 2008, p. 85).

Con respecto a la profesión de trabajo social en esta época, y este modelo, siguiendo a Rodríguez (2011), podríamos decir que las intervenciones estuvieron relacionadas a las políticas de asistencia. Con las características particulares de esta forma de comprender la discapacidad. Habitualmente se intervenía en equipos interdisciplinarios, tenían como fin acompañar hacia la rehabilitación, y la readaptación de la persona en situación de discapacidad. “En este proceso de normalización el/la profesional adquiere una posición superior en la cual dirige la rehabilitación de la persona, normalmente, bajo un carácter paternalista que limita y (re)construye las formas de vida de las personas con discapacidad” (Rodríguez, 2011, p. 13).

#### 1.1.4 Modelo Social

Los comienzos de este modelo se plantean en la década del '60 del siglo XX. Más específicamente en Estados Unidos e Inglaterra. Esto impulsado por la militancia que llevaron adelante personas en situación de discapacidad, algunas se encontraban institucionalizadas, y/o privadas de su libertad. Se generó un colectivo de lucha para reivindicar sus derechos, y pedir cambios en los tratos que tenía la sociedad para con ellos: “reorientaron la atención hacia el impacto de las barreras sociales y ambientales, como el transporte y los edificios inaccesibles, las actitudes discriminatorias y los estereotipos culturales negativos, que —según alegaban— discapacitaban a las personas con discapacidad” (Palacios, 2008, p. 107).

En Estados Unidos el proceso de lucha que llevaron adelante distintos colectivos, víctimas de opresión y discriminación (por motivos de etnia, raza y/o género, entre otros) reclamando por los mismos derechos políticos y civiles que los “hombres blancos”, sirvió como impulso y motor para el “Movimiento de Vida

Independiente”. Así se denominó a un grupo de personas en situación de discapacidad que se alzaron en pos de mejorar la calidad de vida de este colectivo.

Un hecho fundamental, el cual se plantea como uno de sus comienzos, fue el que protagonizaron estudiantes en la Universidad de Berkeley, California. Este grupo comenzó a militar por mayor inclusión, exigiendo respeto, y la posibilidad de tomar sus propias decisiones. Buscando cambiar el entorno, para que, este deje de ser un impedimento y así poder desarrollar sus proyectos de vida, entre ellos estudiar en la universidad, “la independencia debía ser medida —no en relación con cuántas tareas pueden ser realizadas sin asistencia—, sino en relación con la calidad de vida que se podía lograr con asistencia” (Palacios, 2008, p. 113).

En este proceso de transformación y cambio de paradigma, se plantearon rupturas en las formas de entender a la discapacidad, necesitando nuevas concepciones.

Si la principal premisa de los otros modelos era la responsabilización individual, en el modelo social se busca demostrar que, la manera en que está diseñada la sociedad discapacita a las personas, “la cuestión vinculada a las personas con discapacidad pasó de ser una temática en la que el foco era <la persona> como portadora de alguna discapacidad, a centrar el análisis en <los derechos> de esa persona con discapacidad” (Acuña y Goñi, 2010, p. 24).

Una distinción esencial que se realiza es entre deficiencia y discapacidad, demostrando que la condición individual no es el factor principal de limitación: “[...] describen la discapacidad como una forma específica de opresión social. Estos principios hacen una distinción entre deficiencia —la condición del cuerpo y de la mente—y discapacidad —las restricciones sociales que se experimentan” (Palacios, 2008, p. 122).

Esta diferenciación es esencial para entender este modelo, correr la responsabilidad y la mirada puesta en el individuo. Las sociedades se construyeron sobre una idea de “normalidad”, donde todos debíamos tener las mismas características, y formas de vida. Motivo por el cual grupos y colectivos de oprimidos siguen luchando en todo el mundo, en búsqueda de igualdad de derechos, y equidad, en las condiciones de vida.

Nos parece considerable que las mismas personas con discapacidad dirigieran las luchas, las manifestaciones, haciendo visibles sus problemáticas. No eran “otros” los que hablaban por “ellos”, fueron los verdaderos protagonistas. Esto dio mayor impulso a las movilizaciones, poniendo en agenda la discusión hacia los modelos de tratamientos paternalistas-proteccionistas. Abogando por perspectivas que consideren a las personas en situación de discapacidad como sujetos independientes, con autonomía, potenciando sus capacidades en lugar de centrarse en sus deficiencias: “La independencia era evaluada en relación con la capacidad individual de tomar las propias decisiones y con la disponibilidad de la asistencia necesaria para alcanzar dicho control” (Palacios, 2008, p. 114).

En este sentido lo que también se modifica es la educación, como mencionamos anteriormente, en el modelo rehabilitador se hace fuerte hincapié en la educación especial, diferenciada de la educación ordinaria. Lo que generó situaciones de mayor aislamiento y segregación de los mismos. Con este nuevo modelo se plantea una educación integradora, donde la centralidad no pase por las escuelas especiales, sino que el sistema educativo ordinario reconozca las diferencias, donde se pueda trabajar de manera integrada, buscando potenciar las distintas capacidades de los estudiantes.

Como bien plantean Acuña y Goñi (2010) este modelo social pretende enmarcar el camino hacia la superación de barreras y desigualdades, “la exclusión social de las personas con discapacidad (PCD) como un proceso estructural que articula y suma diversas exclusiones, cada una con sus especificidades y lógicas discretas que complican la agregación y representación de intereses, la constitución de las PCD en un actor estratégico y, consecuentemente, que potencian el desafío de hacer realidad los derechos de las PCD” (p, 37).

Una vez planteados los modelos que elegimos para repensar el abordaje de la discapacidad, y el repaso de la conceptualización histórica, podemos continuar reflexionando sobre más conceptos que acompañan, y se relacionan con el campo de estudio, nos referimos a las nociones de exclusión y normalidad.

## 1.2 Exclusión y normalidad

Hemos mencionado el concepto de normalidad en reiteradas oportunidades, ya que es un eje central en este trabajo. Así mismo los conceptos de exclusión y

desigualdad están relacionados con las formas negativas que se derivan para aquellos que no se adecuen a la normalización.

Diversos/as autores/as han trabajado sobre la normalidad y la discapacidad, ya que ambas se entrelazan. Uno de los trabajos que recuperamos es el de un equipo interdisciplinario, de la Facultad de Trabajo Social, de la provincia de Entre Ríos, Argentina. En el cual Ana Rosato y M. Alfonsina Angelino (2009) son las coordinadoras.

Las autoras plantean que “la normalidad es la medida del mundo y del Hombre. Nos encontramos, así, con la dimensión productiva de las normas, las cuales producen cuerpos a su medida, fabrican un tipo de individuos ajustados a los límites, útiles, productivos y capaces de adaptarse a los requerimientos de la inserción productiva en un mundo normal. Todo aquello que no sigue esa norma es señalado, separado, castigado, expulsado a territorios de exclusión” (Rosato y Angelino, 2009, p. 28).

Esta normalidad se enmarca en un sistema social, económico, político y cultural particular, en el cual se plantea un ideal que establece cómo debe ser la persona, relacionado con el mercado de trabajo, como principal manera de integrarse en la sociedad.

Vallejos (2009), recuperando a Foucault, nos ilumina identificando como la manera de disciplinar, y ejercer el poder, por parte de las clases dominantes, han utilizado la idea de normalidad como parámetro de perfección, y tipo ideal a alcanzar. Esto ha generado una cultura donde se piensa que hay una sola manera correcta de ser. Considerando como incorrectos a otros, aquellos que no cumplen con los parámetros ideales establecidos, dejándolos en los márgenes de la sociedad, con la opción de ser integrados, pero solo si son “recuperados”, “rehabilitados”.

Este paradigma fue ganando hegemonía e instituyéndose durante mucho tiempo, por lo que hoy en día, en situaciones cotidianas las encontramos como normas, definiendo formas de nombrar, etiquetar, discriminar y excluir a grupos de personas. “Siguiendo el planteo de Foucault (1996, 2000, 2002, 2005, 2006), podemos sostener que "Normalidad - Anormalidad" es un par conceptual que emerge en el contexto de la modernidad, buscando ordenar y tornar previsibles, dóciles y útiles a los sujetos; y que ha sido posible a partir de tres estrategias

complementarias: la constitución discursiva del concepto anormal, la medicalización de la sociedad y la moralización de la sociedad” (Vallejos, 2009, p. 96).

Estas construcciones sociales tienen su fundamento en las llamadas leyes universales, las que responden a muchas teorías positivistas. Están íntimamente relacionadas con las ciencias naturales, y las ciencias exactas. Desde el paradigma positivista, que tuvo gran aceptación y adhesión por parte de la sociedad, se establecen analogías entre las leyes sociales y las leyes que rigen “el cuerpo individual”. En palabras de la autora: “no se establece ningún tipo de criterio para decidir qué es lo que debe entenderse por normal, y se limita a igualar lo normal con lo natural y lo fisiológico. Lo normal se reduce entonces a naturaleza o a armonía, y consecuentemente lo anormal a desvío de la naturaleza o a desarmonía” (Vallejos. 2009, p. 100).

En estos procesos de construcción teórica dónde se realizan paralelismos entre las ciencias sociales y las ciencias naturales, la formulación de teorías sociales llevó una carga muy importante de rigidez, relacionando procesos sociales con el funcionamiento del cuerpo humano, donde las ciencias médicas tuvieron gran influencia. Un ejemplo de ello es lo que plantea Vallejos (2009), citando a otro autor, “es Galton quien asume esa tarea y reitera la traslación del modelo de interpretación del mundo natural al campo de lo social, y desarrolla la teoría de la eugenesia, una teoría sobre la herencia que permitiría mejorar la raza- la causa constante que explicaba la transmisión de las características físicas y sociales de la evolución social-, posibilitando la reproducción diferencial de ciertos grupos considerados valiosos o mejores según algún criterio y explicar la variabilidad observada en las personas. La eugenesia instala también la idea de un cuerpo perfectible, a la vez que instauro, la posibilidad primero y la práctica luego, el control y eliminación de aquellos que -por menos dotados, y a riesgo de su reproducción- será imposible perfeccionar” (p. 103).

Se puede observar claramente como estas teorías fueron construyendo discursos, formas de pensar, y de actuar. Generando discriminación, racismo, mayor desigualdad, y justificando exterminios, u otras formas de descarte para aquellas personas más desfavorecidas por el sistema.

Como mencionábamos de la fuerte influencia de las llamadas ciencias exactas, la estadística es otra que tuvo un papel fundamental. Esta se encargó de organizar los datos, y plantear regularidades en comportamientos sociales, generando la naturalización de la normalidad. “La estadística, desde su formulación en el siglo XIX a esta parte, se ha ido estableciendo como incuestionable en cuanto a la validez de sus "mediciones" de los hechos sociales, de modo tal que sus resultados no son pensados como opiniones o formulaciones teóricas, estéticas, morales y/o políticas, sino como descripciones objetivas de hechos dados” (Vallejos, 2009, p.104).

Los conceptos de normalidad y exclusión son claves para entender las formas de la desigualdad, presentes en este sistema capitalista: “Foucault plantea que la exclusión se presenta y actúa a partir de mecanismos de control social que generan diferentes prácticas y discursos hegemónicos. Procesos de exclusión entendidos siempre como separación, expulsión” (Rosato y Angelino, 2009, p. 180).

El proceso de consolidación de este sistema fue naturalizando la desigualdad, estableciendo un orden social, “sostenemos que estos ejemplos se entranpan en el conocido sentimiento de resignación que por un lado reclama, pero, a la vez, justifica dicha desigualdad bajo el legado de que no hay otra posibilidad de estar en este mundo... pobreza siempre hubo, discapacitados también” (Rosato y Angelino, 2009, p. 181).

Este orden establecido requiere romperlo, y desnaturalizarlo, para intentar comprenderlo en su totalidad, con sus particularidades y singularidades, buscando generar procesos de transformación.

Las autoras retoman a Robert Castel, el cual, como mencionamos en la primera parte de este trabajo, analiza críticamente el concepto de exclusión, y nos invita a comprenderlo desde procesos cotidianos. Al pensar estos conceptos relacionados con la discapacidad “[...] exclusión y discapacidad están relacionadas dentro de un sistema de clasificación y producción de sujetos. El parámetro de una normalidad única para dicha clasificación es inventado en el marco de relaciones de asimetría y desigualdad entre quienes ejercen el poder de clasificar y quienes son clasificados. Esas relaciones asimétricas producen tanto exclusión como exclusión incluyente” (Rosato y Angelino coords. 2009, p. 184).



El postulado exclusión incluyente es muy relevante, así como dijimos sobre la naturalización del término exclusión, la palabra inclusión es utilizada casi sin pensar el por qué hay que incluir, el cómo, y a quiénes, y ¿qué es realmente la inclusión? “La generación de estos mecanismos de exclusión - inclusión, por un lado, permiten re-acomodar aquello que queda por fuera y, a la vez, refuerzan y legitiman una única forma de ser y estar en el mundo: hombre, blanco, productivo, adulto, con determinadas medidas corporales” (Rosato y Angelino coords. 2009, p. 186).

En lo que respecta a la idea de “estar afuera”, ¿afuera de qué?, ¿excluido de qué? Podemos reconocer, y comprender, que todos los sujetos de una sociedad en particular estamos inmersos en el mismo sistema económico, cultural y político que impone formas de estar asegurados, protegidos. Su principal inclusión en el sistema la encontramos en la inserción al trabajo formal, y/o la capacidad económica, podríamos decir, el capital económico. Así como también, mediante intervenciones de asistencia estatal, que pretenden garantizar ciertos derechos básicos.

Podríamos decir entonces que es un sistema que delega, principalmente, la responsabilidad a un actuar individual, en un mundo donde no partimos todos con las mismas realidades, ni se generan las mismas oportunidades para todos. Continuando con Castel (2004): “las sociedades modernas están construidas sobre el terreno fértil de la inseguridad porque son sociedades de individuos que no encuentran, ni en ellos mismos ni en su medio inmediato, la capacidad de asegurar su protección. Si bien es cierto que estas sociedades se han dedicado a la promoción del individuo, promueven también su vulnerabilidad al mismo tiempo que lo valorizan” (p. 13).

Hasta aquí construimos un breve marco teórico de este primer capítulo, con las categorías y conceptos claves para presentar la base de este trabajo.

A continuación, vamos a desarrollar el marco legislativo, correspondiente a las personas con discapacidad, el encuadre legal que nos va a permitir conocer los Derechos adquiridos, que deben ser garantizados y ejercidos efectivamente.

### 1.3 Marco legislativo

Indagar sobre la legislación actual, el marco legal y los Derechos reconocidos, es fundamental para generar procesos de intervención, que tiendan a garantizar y promover los mismos.

Nos parece pertinente realizar un recorrido por la historia de las Legislaciones Internacionales más relevantes, un panorama general de América Latina, para luego trabajar sobre la Argentina y el marco legal actual.

#### 1.3.1. Legislación Internacional

Retomando nuevamente el libro de Agustina Palacios (2008) en el cual recupera las Leyes y Tratados Internacionales donde se fueron incluyendo los Derechos para las personas en situación de discapacidad. “Hasta la década de los años noventa, las leyes europeas receptaban un modelo rehabilitador de consideración del fenómeno de la discapacidad. Ello en ciertas ocasiones derivaba en que a las personas con discapacidad se les negara —aunque no expresamente— el estatus de ciudadanos titulares de derechos, convirtiéndolas más bien en objeto de leyes caritativas” (p. 205).

Al analizar el núcleo de los Tratados Internacionales, conformado por seis tratados históricos de Derechos Humanos, solo en uno se hace mención explícita sobre las personas en situación de discapacidad.

No vamos a entrar en detalle de cada uno, debido a que no es el fin de este trabajo. Lo que sí hay que mencionar es el avance durante décadas y los cambios que se fueron gestando en los distintos tratados, a medida que se iba cambiando la perspectiva, y el paradigma, de cómo entender la discapacidad: del modelo rehabilitador al modelo social, de la beneficencia a titulares de derechos.

“Un elemento clave de este cambio de paradigma lo ha representado el pasaje desde la definición de la discapacidad centrada en el déficit y a partir de condiciones médicas hacia una concepción más dinámica e integral, que la piensa como un complejo proceso de salud, económico, sociocultural y también político, un fenómeno diverso, en el que la discapacidad se conforma en la interacción entre las capacidades funcionales de la persona y su entorno físico y social” (Stang Alva, 2011, p. 7).

Este camino se fue generando gracias a la activa movilización de las personas en situación de discapacidad y organizaciones que acompañaban la lucha. Hasta alcanzar el tratado específico, dónde se asentaron los Derechos fundamentales para este colectivo.

En el año 2000 en una Cumbre mundial que reunió, en Beijing, a O.N.Gs dedicadas a la discapacidad, concluyeron que “[...] era ese el momento oportuno para que las organizaciones no gubernamentales y los Estados colaborasen en un proceso dirigido a la elaboración y adopción de una Convención Internacional [...] en el esfuerzo de alcanzar un instrumento jurídico internacional con fuerza vinculante” (Palacios, 2008, p. 238).

A raíz de este último encuentro la Asamblea General de las Naciones Unidas reconoce la necesidad planteada, por lo que crea una Comisión Especial para trabajar sobre el tema y plasmarlo en un Tratado. Comenzando en el 2002, con el objetivo de que se “trabajara sobre la base de un enfoque holístico en las esferas del desarrollo social, los derechos humanos y la no discriminación, y teniendo en cuenta las recomendaciones de la Comisión de Derechos Humanos y de la Comisión de Desarrollo Social” (Palacios, 2008, p. 239). Esto requirió de varios encuentros de trabajo, los cuales dieron como resultado la Convención presentada y firmada en el año 2006.

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), se aprobó a fines del año 2006. Los actores involucrados en esta construcción son varios, mencionamos a algunos: “estados miembros de Naciones Unidas, Observadores de Naciones Unidas, Cuerpos y organizaciones importantes de Naciones Unidas, Relator Especial sobre Discapacidad, Instituciones de derechos humanos nacionales, y organizaciones no gubernamentales, entre las que tuvieron un papel destacado las organizaciones de personas con discapacidad” (Palacios, 2008, p.235).

La participación de las personas en situación de discapacidad fue fundamental para crear algo que realmente las tenga en cuenta, y contemple Derechos que motiven políticas transversales, y promoción de su Ciudadanía plena y activa: “el objeto de la Convención no sería crear nuevos derechos, sino garantizar a las personas con discapacidad el ejercicio en igualdad de

condiciones, de los derechos ya reconocidos a todas las personas” (Palacios, 2008, p.270).

Vamos a mencionar algunas cuestiones que nos parecen importantes sobre la Convención. El propósito es: “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente” (Palacios, 2008, p. 256). Se enfocaron en plasmar una perspectiva mixta, la cual contuviera los temas de Derechos Humanos y de no discriminación, como así también políticas de desarrollo social. Buscando dar un paso más para que los estados parte tengan herramientas, para concretizar los derechos estipulados.

En el comienzo se definen los objetivos y la definición de persona en situación de discapacidad: “incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.” (CDPD, 2006)

En los artículos 2, 3, 4 y 5 se encuentran definidas algunas categorías y conceptos como: qué se entiende por “comunicación inclusiva”, “no discriminación”, los principios generales sobre los que se basaron, las obligaciones que asumieron los Estados parte al firmar la Convención, las acciones pertinentes para garantizar los Derechos establecidos (legislaciones, políticas públicas, accesibilidad, etc.), necesarias también para erradicar la discriminación, y para promocionar la autonomía e igualdad de oportunidades.

En la continuación de los artículos se van enumerando concretamente los derechos que les corresponden a las personas en situación de discapacidad, especificando algunos en particular para los niños, niñas y mujeres, ya que son grupos considerados en situación de vulnerabilidad de derechos, más allá de la discapacidad.

Lo que establece de diferente, con respecto a leyes y paradigmas anteriores, es reconocer la “educación inclusiva” dentro de la escolaridad ordinaria. Esto daría el marco para que comience un camino donde no se continúe relegando a una educación “especial” para las personas con discapacidad, sino generando

espacios de inserción en la educación formal, con acompañamiento y adaptación de contenidos.

Por último, también se reconoce el derecho a la “participación en la vida cultural y las actividades recreativas; el esparcimiento y el deporte.” Aspecto fundamental para la vida de cualquier persona, y está relacionado directamente con el dispositivo que estamos presentando en este trabajo.

### 1.3.2 Legislación Latinoamericana

En cuanto al marco legislativo Latinoamericano retomamos un trabajo realizado por María F. Stang Alva (2010), consultora de la C.E.P.AL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe).

En esta investigación queda reflejado, que si bien desde el punto social y jurídico, se hizo más visible la situación de este colectivo, en América Latina, con la desigualdad estructural que nos atraviesa, no se llegan a implementar todos los derechos estipulados.

Como bien plantea esta autora: “aunque estos representan instrumentos valiosos, no son suficientes si se carece de los recursos materiales y simbólicos para lograr modificar las relaciones de fuerza que colocan a este y otros grupos sociales en posiciones desfavorables” (Stang Alva, 2010, p. 22). Con las dificultades que se encuentran las instituciones estatales, y la gobernabilidad inestable, de la mayoría de los países latinoamericanos, acompañadas de las crisis económicas, la materialización de estas legislaciones muchas veces se da en parte, o con muchas limitaciones.

A nivel interamericano se identifican algunos instrumentos legislativos, como fueron la “Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas en situación de discapacidad”, de la Organización de Estados Americanos (O.E.A.), que fue aprobada en la ciudad de Guatemala en 1999. Así cómo también el “Programa de acción para el decenio de las Américas por los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad (2006-2016)”, aprobado en 2007. Buscaban que en el plazo de diez años las personas en situación de discapacidad sean reconocidas y valoradas por sus aportes efectivos y potenciales, al bienestar general y a la diversidad de sus comunidades.

Compartimos este párrafo, que con tanta claridad menciona una premisa a tener en cuenta para analizar la importancia de las legislaciones, pero a sabiendas de que es más necesaria su implementación y concreción: “En todo caso, aunque resulte obvia, no está demás la aclaración: la cantidad de derechos consagrados por estas normas nada dice de la calidad de su tratamiento ni de la norma en general; tampoco asegura su cumplimiento efectivo, como se pudo comprobar en el análisis de la situación sociodemográfica de las personas con discapacidad en la región. Sin embargo, determina la exigibilidad legal de esos derechos, y puede convertirse en un instrumento valioso para la consolidación de las personas con discapacidad como un sujeto político con capacidad de presión, es decir, dotadas de los recursos simbólicos necesarios para incrementar su fuerza en las relaciones sociales, y por esta vía trabajar para que ese reconocimiento jurídico se traduzca en igualdad real” (Stang Alva, 2010, p. 36).

Una manera de corroborar las formas en que los estados concretizan estos derechos, o implementan procesos para tal fin, es analizar las Instituciones que se encargan de canalizar y llevar adelante las políticas sobre discapacidad. Según esta autora en América Latina hay un gran porcentaje de políticas llevadas a cabo por los Ministerios de Desarrollo Social o Planificación, aunque quedan algunos dónde se centran más en los Ministerios de Salud, lo cual da cuenta de la fuerte presencia del paradigma biomédico. Otro recurso que menciona en esa investigación, es referido a los censos, ya que son instrumentos que van permitir conocer la posición de los gobiernos, y la forma en que recaben esa información es muy importante a posteriori. Se mencionan censos de distintos países Latinoamericanos con sus encuestas detalladas, pero lo que nos interesa mencionar aquí es aquellos que lograron plasmar en sus cuestionarios la visión social de la Discapacidad. Preguntando de qué manera cierta deficiencia incide, o dificulta, las tareas cotidianas o habituales, y su vínculo con el entorno. Nos parece importante que sean instrumentos donde poder consultar de qué manera las estructuras sociales, edilicias, culturales, económicas, entre otras, limitan a una persona en situación de Discapacidad.

### 1.3.3 Legislaciones Nacionales

Luego de este contexto internacional y algunas especificidades a nivel latinoamericano, vamos a profundizar sobre la realidad legislativa e institucional en Argentina.

En nuestro país podemos encontrar la Ley N° 22.431 (1981) “Sistema de Protección Integral de Discapacitados”. Esta norma intentó realizar un avance en el reconocimiento de Derechos de manera más integral, modificando y derogando otras normativas anteriores, que pueden ser señaladas como antecedentes de la misma.

La Ley 22.431 modifica fundamentalmente cuatro leyes:

a) Leyes 18.037 y 18.038 de 1968, las cuales establecen un determinado régimen de Jubilaciones y Pensiones.

b) Ley 20.475, promulgada en 1973, denominada “Régimen especial para minusválidos”, la cual instauró un régimen de Previsión Social específico para este grupo social.

c) Ley 22.269 de 1980, correspondiente a la regulación y reglamentación de las Obras Sociales. Más que nada con lo relacionado a la rehabilitación.

Por otro lado, el artículo 26 de la Ley 22.431 deroga tres leyes anteriores, ellas son: a) Ley 13.926, promulgada en 1950 referida a la “protección” de personas no videntes” b) Ley 20.881, de 1974, que establecía ciertos beneficios a los “menores disminuidos psíquica y mentalmente”; y c) Ley 20.923, de 1974 mediante la cual se creó la Comisión Nacional del Discapacitado.

Es necesario mencionar que esta Ley se creó en plena dictadura militar, bajo la presidencia del genocida Jorge Rafael Videla. Ya que en este tiempo se intervino sobre los cuerpos, sobre las formas de ser y estar, entre las demás atrocidades ya conocidas por todos. Si bien se dio en uno de los contextos más terribles, dolorosos y perversos de la historia de nuestro país, podemos decir que se presentó como un avance en materia de Derechos establecidos para este colectivo.

Sin embargo, como decíamos, esta norma viene impregnada de cuestiones relacionadas al paradigma rehabilitador, la normalización sigue presente: “[...] en lo posible neutralizar la desventaja que la discapacidad les provoca y les den

oportunidad, mediante su esfuerzo, de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las personas normales” (Ley 22.431; 1981, p. 1). Continúa una marcada tendencia hacia la responsabilización individual de la discapacidad, considerando que depende del esfuerzo personal desenvolverse como las personas “normales”.

En los siguientes artículos perdura la mención de la “anormalidad”, desde una perspectiva totalmente discriminatoria para las personas en situación de discapacidad, de esta manera, continúan sin ser cuestionados los roles de la sociedad y del Estado, permaneciendo la postura de este último, como la de quien cumpliría funciones de “reparación” de aquella desventaja incuestionable.

En el artículo tres de dicha norma queda en evidencia cómo el estado limitaría más la vida de estas personas dictaminando para que están capacitadas, y para que no:

“Art. 3° - La Secretaría de Estado de Salud Pública certificará en cada caso la existencia de la discapacidad, su naturaleza y su grado, así como las posibilidades de rehabilitación del afectado. Dicha Secretaría de Estado indicará también, teniendo en cuenta la personalidad y los antecedentes del afectado, qué tipo de actividad laboral o profesional puede desempeñar.” (Ley 22.431; 1981, p. 1)

Este será modificado en dos oportunidades, pero eso lo mencionaremos más adelante.

Continuando cronológicamente, en el año 1987 se creó la “Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas Discapacitadas” (CONADIS), tuvo como fin constituir una institución estatal que nucleara y llevara adelante políticas públicas, dando respuestas a los reclamos de la sociedad civil. (Texto Plan Nacional de Discapacidad, 2017, p. 4)

Otra legislación importante en materia de reconocimiento de Derechos se emitió en 1997, Ley 24.901 “Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad”, bajo la presidencia de Carlos Menem. Esta época estuvo caracterizada por políticas neoliberales como la descentralización de poderes, y políticas de focalización. Sin embargo, esta norma viene a ampliar ciertas prestaciones de las ya consideradas en la ley 22.431.



En el primer artículo se menciona que, “instituyese por la presente ley un sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad, contemplando acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos.” (Ley 24.901,1997)

Entre las prestaciones más destacadas que podemos mencionar se encuentran: el exigirle a las obras sociales que cubran tratamientos de rehabilitación, y aquellos que no cuenten con cobertura deberán estar atendidos por los organismos estatales, derecho a la asistencia social, reconoce las prestaciones educativas (educación especial o integración en la educación ordinaria), habla sobre la prevención desde el nacimiento y edades tempranas, menciona los centros de día como establecimientos importantes para desarrollar las potencialidades de la persona. Hay dos apartados donde se trata y estipula formas de actuar para las situaciones en que no haya contención, o acompañamiento familiar, y el otro sobre la capacitación e inserción laboral.

En el capítulo tercero, artículo 9 se retoma la definición de la ley 22.341, “Entiéndase por persona con discapacidad, conforme lo establecido por el artículo 2º de la ley 22.431, a toda aquella que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, motora, sensorial o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral” (Ley 24.901,1997).

Podemos observar cómo se continuaba legislando, y pensando la discapacidad desde los postulados del modelo rehabilitador, haciendo hincapié en que es una dificultad individual, posicionando a la persona con discapacidad desde la desventaja, dando por sentado que por su problemática singular no pueden, o tienen desventajas, para relacionarse con su entorno y la sociedad en general.

En el 2001 se modifica el ya mencionado artículo 3 de la ley 22.341. Con la Ley 25.504, bajo la presidencia de Fernando De La Rúa, (poco tiempo antes del estallido del país, por la gran crisis social, económica y política). En este contexto se dictaminó el cambio de Secretaría de Salud a Ministerio de Salud. Una de las particularidades es que el certificado expedido por este Ministerio, va a ser

denominado “Certificado Único de Discapacidad”, tal cual lo conocemos hoy en día.

En el año 2008, a través de la Ley 26.378, bajo la presidencia de Cristina Fernández, nuestro país se adhiere formalmente a la Convención Internacional, que trabajamos con anterioridad. Podríamos decir, que ahora sí, se ven más indicios de estar encaminándose hacia las concepciones del modelo social, observando que la definición de discapacidad es modificada: “Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.”

Esta definición, incluida en su artículo primero, es muy parecida a las anteriores, pero con una oración que cambia su concepción, reconociendo que al interactuar con barreras presentes en nuestra sociedad se dificulta la plena y efectiva participación en igualdad de condiciones para todos.

La adhesión nacional a la Convención implicó que se tomara como Ley todo el texto de esa norma Internacional, derogando todas las leyes anteriores respecto a esta materia.

Recién en el año 2014 a través de la Ley 27.044 se le otorga rango Constitucional a la Convención del 2006.

En el año 2017, bajo la presidencia de Mauricio Macri, a través de un Decreto “698/2017”, se creó un plan pensado con plazo hasta el 2022, en el cual se creó la Agencia Nacional de Discapacidad. La cual plantea la continuidad de las competencias de la Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas con Discapacidad (CONADIS), y de la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales, otorgándole, además, mayores misiones y funciones, constituyéndola en un ente autárquico con dependencia directa de la Secretaría General de la Presidencia de la Nación. Según manifiestan en el plan, uno de los objetivos es generar políticas transversales, donde distintos Ministerios se involucren para así generar estrategias, que incluyan y otorguen Ciudadanía activa, y plena, a las personas en situación de discapacidad. Actualmente bajo el mandato presidencial de Alberto Fernández desde esta Agencia se está trabajando en todo el territorio nacional para elaborar una nueva norma: “La Nueva

Ley de Discapacidad será una Ley de Derechos Humanos, con perspectiva de género, interseccional e intercultural, que se ampare en los lineamientos del Modelo Social que entiende a la persona primero como persona en el reconocimiento de sus derechos humanos, civiles, políticos y de libertades fundamentales” (Agencia Nacional de Discapacidad, 2022) Con este recorrido que nos sirve de marco conceptual y legal para continuar con la tesina, podemos seguir avanzando al capítulo dos, dónde vamos a abordar la cuestión de Salud Pública, y Discapacidad, en la provincia de Santa Fe, y la ciudad de Rosario.

## Capítulo II

### Atenciones en salud y discapacidad

En este capítulo vamos a revisar que entendemos cuando hablamos de salud. Nos parece una categoría central para repensar el dispositivo que recuperamos, considerando que el mismo se lleva adelante en un Centro de Salud Municipal (CS). Por esto mismo nuestro estudio se centrará en la Salud Pública y la Atención Primaria de la Salud (APS), contextos que dan razón de ser al CS.

Dos corrientes que también hacen a nuestro análisis son las denominadas Salud colectiva y Medicina social, relacionadas con el modelo social, y las maneras más críticas de concebir los procesos de salud.

Indagando sobre las políticas públicas destinadas a las personas con discapacidad, a nivel nacional, provincial y municipal, obtendremos un panorama de como las legislaciones sientan bases para construir políticas que busquen garantizar derechos.

Elegimos profundizar sobre el cuidado como política pública, pensándolo desde la conceptualización del diamante del cuidado, la cual nos ayuda a reconocer la responsabilidad de múltiples actores, los cuales tienen distintas realidades e intereses, lo que genera una compleja articulación.

#### 2.1 Conceptualizando los procesos de salud-enfermedad

Antes de hablar sobre salud pública, APS y discapacidad, debemos desandar sobre el concepto de salud. Para acercarnos a su comprensión recuperamos varios/as autores/as que trabajan la concepción de salud y enfermedad, como dos fenómenos, que se retroalimentan y tienen incidencia uno con otro.

Una de las definiciones más conocidas y difundidas en el mundo es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1948 se estableció una nueva definición de salud: “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Alcántara Moreno, 2008, p. 96). Esta definición quedó plasmada en el preámbulo de su

Constitución, siendo aceptada por los diversos países que adherían, y aportaban a la Institución. Si bien se reconoció un avance con respecto a la concepción anterior, que solo la definía como: “la ausencia de enfermedades”, desde algunas corrientes más críticas, postularon ciertas limitaciones presentes en esta definición. Como bien plantea Alcántara Moreno (2008) esta definición pareciera que fue un intento de homogeneizar una definición para sentar las bases de legislaciones, y planificaciones, relacionadas con la salud de la población, como una meta ideal, un objetivo prácticamente utópico.

Pensar en un “estado de completo bienestar físico, mental y social” nos hace reflexionar sobre nuestras propias experiencias. Acaso la vida en sociedad no es un constante fluir de dificultades, desafíos, crisis, algunos momentos de alegría y de mayor estabilidad, por lo que pensar en algo estático y totalmente completo es una cuestión de utopías, posiblemente alcanzables o realizables, en momentos efímeros, o pasajeros.

Otra de las observaciones que se plantea es que una única definición de salud para todo el mundo es muy limitada, considerando que hay distintas formas de entender el “bienestar físico, mental y social”. Cada cultura, cada comunidad humana, tiene diversas formas de apropiarse del entorno y de generar condiciones dignas de hábitat.

Luego de que la definición del '48 recibiera consideradas críticas, junto con la continua lucha de distintos grupos, portadores de nuevos paradigmas, en 1978, en la reunión de Alma Ata (reunión de la OMS que desarrollaremos más adelante), se genera una definición un poco más completa: “La salud como estado de completo bienestar, físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental, y el logro del grado más alto posible de salud, es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud” (López y Michelli, 2016, p. 17).

Si bien fue considerado como otro avance, en cuanto a una conceptualización más integral y abarcadora, mencionando la salud como un derecho fundamental, considerando la necesidad de un abordaje integral desde distintos sectores, aún se continuó nombrando a la salud como un estado, dejando entrever la vigencia de influencias positivistas en los lugares de poder.

En occidente la mayor influencia fue ejercida por el paradigma biomédico, por lo que el tratamiento de las enfermedades estuvo enfocado principalmente en el individuo. Y sus procedimientos relacionados a visiones segmentadas y reduccionistas.

Debido a las constantes crisis sociales, económicas y políticas, se acrecentaron, y profundizaron, las problemáticas de salud de la población. Al mismo tiempo la medicina tradicional, y sus métodos cada vez más especializados, no lograron dar todas las respuestas a las complejidades que se presentaron, “desde los finales de los sesentas se da una polémica intensa respecto al carácter de la enfermedad. Lo que se discute es si ésta es esencialmente biológica o, por el contrario, social. Hay así un cuestionamiento profundo del paradigma dominante de la enfermedad que la conceptualiza como un fenómeno biológico individual” (Laurell, 1981, p. 1).

Castellanos (1990) infiere sobre las limitaciones que han tenido las concepciones más tradicionales y hegemónicas. Si bien siguen presentes y defendidas por los grupos de poder más conservadores, hay muchas corrientes alternativas, de contra poder, que intentan encontrar respuestas más abarcadoras, “las concepciones tradicionales de salud y enfermedad han tenido que abrir espacio para la confrontación con desarrollos conceptuales y metodológicos más integrales, con mayor capacidad de aprehender la complejidad real de los procesos determinantes, de superar la visión simple y unilateral, de describir y explicar las relaciones entre los procesos más generales de la sociedad con la salud de los individuos y grupos sociales” (p. 1).

Entendemos que el proceso de salud-enfermedad puede, y debe ser, analizado desde distintas disciplinas: “el carácter simultáneamente social y biológico del proceso salud enfermedad no es contradictorio sino únicamente señala que puede ser analizado con metodología social y biológica, dándose en la realidad como un proceso único” (Laurell, 1981, p. 8).

Este proceso “único”, entendido como unidad, en cuanto todas las dimensiones de la vida influyen y se retroalimentan con este proceso: “la salud es un fenómeno social que sólo puede ser explicado teniendo en cuenta que se trata de una estructura de alto grado de complejidad como son los hechos humanos

donde entra en acción una elevada cantidad de variables con fuerte interacción entre ellas” (Alcántara Moreno, 2008, p. 95).

Hecho este recorrido por algunas definiciones sobre salud y enfermedad nos animamos a mencionar una definición de salud, que entendemos como más completa y menos estanca, “más real nos parece considerar la salud como un estado relativo (‘salud relativa’), es decir, como un ‘estado de salud-enfermedad’ dinámico, variable, individual y colectivo (relaciones sociales), producto, también dinámico y variable, de todos los ‘determinantes’ sociales (ambientales) y genético-biológico-ecológicos que se originan en la sociedad, se distribuyen socialmente y se expresan en nuestra biología” (Gavidia y Talavera, 2012, p. 170).

Elegimos dos corrientes que colaboraron y emergieron con esta forma de entender los procesos de salud-enfermedad, una denominada “Salud Colectiva”, y también la “Medicina social”. A continuación, profundizaremos sobre estas dos corrientes.

## 2.2 Salud Colectiva y Medicina Social.

Elegimos trabajar sobre estas dos corrientes, las cuales acompañaron, e impulsaron, las críticas a las concepciones más tradicionales, proponiendo nuevas maneras de entender y abordar las problemáticas de salud y enfermedad.

Uno de los autores que recupera estos procesos es Cruz Velandia (2005): “Se puede afirmar que la idea de promoción de la salud se viene gestando desde mediados del siglo XIX a partir de Rudolf Virchow, considerado el padre de la medicina social. Desde entonces, tanto las prácticas y políticas de salud como los sistemas de salud del mundo occidental han sido ampliamente cuestionados por su dependencia de un modelo asistencial individualista, con énfasis en la dimensión curativa/terapéutica y, además, por sus elevados costos y baja efectividad” (Cruz Velandia, 2005, p. 92).

En esta dirección empezaron a consolidarse ideas, y formas de entender la complejidad que nos acontece, al intervenir sobre los procesos de salud y enfermedad. Según este autor, en América Latina, a esta corriente se la conoce como Salud Colectiva, la cual se fue consolidando en Brasil, en la década de los ´70. Emergió con un doble desafío, “un campo de conocimiento con una doble función, primero, la creación de una línea de reflexión crítica al modelo de atención

tradicional en salud, interesada también en el estudio del proceso de construcción social de la salud y la enfermedad. Segundo, proponer y delimitar soluciones o reformas en los ámbitos local y regional, buscando la ampliación del derecho a la salud, el acceso universal a los servicios y el cambio en el perfil sanitario de la población” (Cruz Velandia, 2005, p. 94).

Esta corriente comprende a la salud desde una perspectiva integral, al igual que el modelo social, analiza los procesos sociales, y las situaciones de salud o enfermedad considerando el contexto social, histórico, económico, político y geográfico determinado.

Desde este enfoque se pone en relevancia la cuestión de los determinantes sociales en la salud. Podemos identificarlos como aquellas condiciones de vida, perpetuadas por un sistema capitalista que presenta grandes desigualdades en la distribución de las riquezas, de los bienes naturales, y materiales, de existencia.

La OMS (2005) esbozó una definición sobre esta conceptualización: “los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas” (López y Michelli, 2016, p. 21).

Ante estas evidentes desigualdades, que se constatan en las condiciones de vida de gran cantidad de personas en todo el mundo, las corrientes de Medicina Social y Salud Colectiva se posicionan como construcciones teóricas y prácticas de lucha, y denuncia, de estas situaciones de injusticia, con una intencionalidad clara de aportar a nuevas formas de intervenir en salud. Reconociendo la urgencia de gestionar políticas sociales, que acompañen este proceso de transformación. De esta manera seguimos constatando que el camino para garantizar los Derechos Humanos básicos, para una existencia más justa y equitativa, es el de un trabajo en equipo, en redes, interdisciplinario y transversal.

Hablamos de transversalidad retomando el trabajo de González (2007), el cual plantea a la salud pública como un “campo transdisciplinario”. Si bien podríamos precisar que el campo es la salud, como concepto general y la salud pública una forma de gestionar, este autor considera que ante la complejidad que presentan las problemáticas abordadas por las instituciones de la salud pública, y



la construcción de su objeto de intervención, no puede haber una sola disciplina que nutra este saber. Sino que hay varias disciplinas y profesiones que fundamentan su teoría y metodología, así mismo son necesarias para dar respuestas más integrales a las variadas problemáticas que se presentan.

En este sentido podemos reconocer que el derecho a la salud está enmarcado en un conjunto de derechos básicos, establecidos socialmente, con el fin de que contribuyan a una vida digna; “como resultante de ello, hoy también se reconoce que las acciones, programas y/o prácticas en salud no pueden ni deben estar orientadas apenas al ámbito institucionalizado del sector salud, muy por el contrario, ellas también deben ejecutarse fuera de él, es decir, allí donde las personas son tales, en su hábitat político y económico, en el entorno cultural donde viven, trabajan, se ocupan, nacen, sufren, sueñan y se desarrollan como personas” (Velandia, 2005, p. 95). Construir ciudades, espacios, lugares saludables como premisa para una vida mejor.

En el próximo apartado haremos un análisis sobre las políticas públicas, relacionadas con la salud y la discapacidad-

### 2.3. Salud Pública y Políticas sobre la Discapacidad

En este apartado vamos a desarrollar un análisis sobre las políticas públicas que actualmente se anuncian, y están focalizadas para las personas en situación de discapacidad.

Recuperamos un trabajo realizado por Acuña y Goñi (2010) donde analizan las políticas argentinas, el sistema político, y su relación con las personas en situación de discapacidad.

A sabiendas de que la historia política, económica y social en nuestro país ha sufrido fuertes cambios, ocasionados por las alternancias entre gobiernos democráticos, autoritarismos y golpes de estado en mano de militares, con la posterior época de políticas neoliberales en la década de los '90. Esto ha beneficiado a una inestabilidad institucional y de gobernanza para los gobiernos de turno.

Han quedado grandes consecuencias para los gobiernos posteriores a este proceso, para gestionar un país que presenta grandes desigualdades, una brecha social y económica cada vez mayor, y la dificultad de coordinación entre los

distintos sectores. A su vez en toda esta lucha por sostener la democracia, y las instituciones estatales, siempre hay que negociar con los grupos mejor posicionados, y con gran poder económico, que defienden sus intereses, a costa de la pérdida de derechos de gran parte de la población. “Por ello, los desafíos de mejoramiento estatal y de las políticas públicas en la Argentina (así como en cualquier otra sociedad) no sólo enfrentan serios problemas de coordinación, sino también resistencias y previsibles conflictos con los actores cuyos intereses no se ven significativamente afectados (más aún, se ven realizados) por los problemas político-institucionales que obstaculizan el mejoramiento de las políticas públicas” (Acuña y Goñi, 2010, p. 47).

Con respecto a las personas en situación de discapacidad, podemos identificar que fueron, y son, un colectivo con grandes divergencias a la hora de organizarse como grupo de acción, debido a la diversidad de dificultades y realidades que atraviesan. Por lo tanto, la respuesta estatal también se la encuentra diversificada, “es común observar la presencia de políticas o programas de discapacidad dispersos en las áreas o ministerios del Ejecutivo (ya sea nacional o subnacional), a veces en razón de los múltiples componentes relacionados con intervenciones ante la problemática, otras en función de los resultados perversos de la economía política predominante” (Acuña y Goñi, 2010, p. 48).

Esta es una lucha que aún continúa por parte de este colectivo, como así también de sus familias, y de los y las profesionales que trabajan en instituciones (encargadas de garantizar los derechos adquiridos), ya que la falta de presupuesto, precarización laboral, y baja coordinación entre los niveles del estado es una realidad cada vez más complicada.

Actualmente la tarea de coordinación es llevada adelante por el ANDIS (Agencia Nacional de Discapacidad), en el próximo apartado vamos a desarrollar su función y las tareas que tiene asignada.

Cómo bien es sabido luego de las políticas neoliberales de la década de los '90 se profundizó la descentralización estatal, y la delegación de facultades, y responsabilidades, a las provincias y municipios. Por lo tanto, el rol de esta institución es muy importante y desafiante.

Es por esto mismo que vamos a analizar las políticas, programas y proyectos que se llevan adelante desde nación, provincia y municipio.

### 2.3.1 Políticas Nacionales

La política principal a nivel nacional está encabezada por el organismo descentralizado, ya mencionado, dependiente del poder Ejecutivo, “la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS) se creó en el año 2017, como respuesta a la necesidad de jerarquizar la temática y darle ejecutividad a un organismo (CONADIS) que sólo revestía el carácter de asesor, ello mediante el Decreto N° 698/2017, con el objeto de contar con un órgano rector en la materia, con competencias específicas y delimitadas, en el marco de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)” (ANDIS, 2019, p. 6).

El mismo está encargado de elaborar políticas que respondan a los derechos adquiridos, para así promocionar mayor equidad en la vida de esta población. En palabras de la Agencia: “fomentamos el desarrollo y la aplicación de políticas que consoliden derechos de las personas con discapacidad, potenciando la transformación social y la inclusión” (ANDIS, 2023).

En su página web se puede encontrar información en formato inclusivo (para aquellas personas con disminución/dificultad visual y/o auditiva), los trámites y servicios disponibles como el certificado único de discapacidad, la pensión no contributiva, asignación por trasplante y certificado médico oficial, el programa federal “Incluir Salud”, entre los más destacados. De él se desprenden varias Direcciones: Dirección Nacional de Apoyos y Asignaciones Económicas, Dirección Nacional de Acceso a los Servicios de Salud, Dirección Nacional para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, Dirección Nacional de Políticas y Regulación de Servicios y Dirección General, Técnica, Administrativa y Legal.

En otro de los Ministerios donde encontramos presente una política social, destinada explícitamente a las personas en situación de discapacidad, es en el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Hay una sección destinada al “Empleo para personas con discapacidad”. Depende de la Dirección de Promoción de la Empleabilidad de Trabajadores con Discapacidad. Tiene como objetivo lograr una efectiva inserción en el mercado laboral, a través de capacitaciones y programas destinados a la igualdad de oportunidades para todos los trabajadores.

Otra política relevante es la del Certificado Único de Discapacidad, otorgado por la ANDIS. “El CUD es un documento público de validez nacional emitido por una junta evaluadora interdisciplinaria que certifica la discapacidad de la persona. Esta cédula de carácter gratuita les da a las PCD el beneficio de cobertura total de salud en medicamentos, tratamientos y prótesis; el acceso gratuito al transporte público nacional de corta, mediana y larga distancia; el libre tránsito y estacionamiento por medio del símbolo internacional de acceso; turismo accesible; eximición de impuestos municipales; acceso al programa de Tarifa Social Federal (de subsidio a los servicios); y pensiones específicas según el tipo de discapacidad (hijo con discapacidad, Maternidad Down, Ayuda Escolar Anual por hijo con discapacidad)” (Rodríguez Enríquez, Marzonetto y Alonso, 2019, p. 23).

Se tramita en las ciudades de residencia, y tiene vigencia en todo el territorio argentino.

### 2.3.2 Políticas Provinciales

En cuanto a la Provincia de Santa Fe, actualmente, ubicamos a la Subsecretaría de Inclusión para personas con discapacidad, dependiente del Ministerio de Salud. En su portal manifiestan que son una Institución destinada a garantizar los Derechos que declaran los Tratados Internacionales adheridos por la nación, así como también las Leyes nacionales. (Subsecretaría de Inclusión para personas con Discapacidad [SSIPCD], 2022)

Manifiestan entender la Discapacidad desde el modelo social, por lo que plantean una idea de transversalidad en Políticas de Estado, buscando eliminar los obstáculos presentes en la vida de este colectivo. Concretamente trabajan en “Asesoramiento en Derechos, Inclusión educativa, Género y sexualidades, Trabajo y empleo, coordinación con organismos gubernamentales y no gubernamentales” (SSIPCD, 2022)

El Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social también plantea políticas para las personas con discapacidad, a través de programas de “Empleabilidad Inclusiva”, articulando con los Municipios y la Nación.

### 2.3.3 Políticas Municipales

En tanto en la ciudad de Rosario en el año 2016 el Poder Ejecutivo Municipal a través de la ordenanza N° 9.524, planteada desde el paradigma de los Derechos Humanos y el modelo social intentan superar antiguas ordenanzas que estaban impregnadas del modelo rehabilitador.

En la actual gestión hay una Dirección de Discapacidad, la cual coordina los servicios y programas, así como también los diversos trámites.

En su página web podemos observar que hay articulación con distintos organismos no gubernamentales, clubes, instituciones estatales, entre otros. Este trabajo de articulación permite desarrollar proyectos deportivos, de educación y cultura. También se proponen espacios destinados a la capacitación y la inserción laboral, y aquellos relacionados a la salud. Podemos encontrar a su vez una sección destinada a la movilidad accesible, el transporte urbano de pasajeros adaptado con sistema de rampas, por ejemplo.

### 2.4 Atención Primaria de la Salud, la propuesta en Rosario

Esta política pública en salud podríamos decir que tiene sus comienzos oficiales luego de la Asamblea de la OMS en el año 1977, denominada “Salud para todos para el año 2000”, y en la posterior reunión en Alma Ata (1978). Durante estos encuentros los estados parte definieron las bases para llevar adelante una propuesta de atención, que buscaba acercar las instituciones de salud a cada barrio, cada comunidad, como puerta de entrada a la asistencia sanitaria, con el objetivo de mejorar su calidad de vida. “La atención primaria constituyó una iniciativa que prometía cambios sustanciales frente a un sistema de salud en el que prevalecía una práctica médica fundamentalmente curativa, de alto costo y centrada en los hospitales ubicados en las ciudades” (Pagnamento, 2017, p. 9).

Uno de sus ejes principales fue el de la participación de la comunidad, planteando responsabilidades individuales y familiares, “suponía a la participación comunitaria como clave para hacer llegar los servicios de atención de salud a toda la población y en particular a aquellos grupos de mayor riesgo y con menores posibilidades de acceso a la atención de salud” (Pagnamento, 2017, p. 7).

Analizando sus postulados observamos que, la política planteada como un objetivo a largo plazo, tuvo serias diferencias en relación al contexto político, económico y social donde se llevó a cabo, “desde el punto de vista <ideal>, la APS está dirigida a la resolución de las necesidades y problemas de salud concretos de cada comunidad, que deben ser abordadas a partir de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, potenciando al mismo tiempo la autorresponsabilidad y la participación social” (Enría y Staffolani, 2004, p. 30).

En los países latinoamericanos, y en especial, los que tienen estructuras sociales de marcada desigualdad, con un gran porcentaje de personas en situación de pobreza las políticas de APS cumplieron un rol fundamental en la asistencia focalizada. La propuesta de participación, y el protagonismo de los ciudadanos en los territorios, generalmente se centraron en espacios de atención de demandas, con baja significación transformadora de las condiciones de desigualdad. “Por un lado, y particularmente en contextos de políticas neoliberales se ubican aquellas modalidades que buscan paliar las consecuencias de la retracción de las acciones del Estado y su incapacidad para brindar servicios de salud satisfactorios a la población; y por otro, el modelo de participación efectiva o emancipadora como instancia concientizadora y movilizadora a través de la cual se logra la toma de conciencia respecto de los componentes extrasectoriales de la problemática de salud” (Pagnamento, 2017, p. 15).

En la ciudad de Rosario hemos tenido un proceso de muchos años hasta que se pudo afianzar la dinámica y las instituciones de APS. En sus comienzos las vecinales o “salitas” de salud barriales eran las referencias de los territorios, “fue recién a partir del año 1989 cuando accede al gobierno municipal el Partido Socialista Popular. A partir de ese momento, se reorganizan las funciones de cada uno de los efectores dependientes de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario y se abrieron la mayor parte de los C.S. en lugares propios y en convenio con Vecinales y demás Instituciones comunitarias. Una primera característica de esta organización, es que los C.S. dependen centralmente, administrativa y operativamente, de la Dirección de Atención Primaria de la Secretaría de Salud Pública” (Enría y Staffolani, 2004, p. 32).

En cuanto a su estructura interna “se constituyeron <equipos de referencia> (clínico, o pediatra, o generalista y un enfermero) con población a cargo (se

diferencia del concepto de médicos de cabecera, porque ponen el eje en el paciente ambulatorio y en su autonomía como sujeto” (Rovere, 2005, p.150). La población a cargo se fue registrando mediante procesos de admisión, que llevaba adelante el equipo, utilizándolo como una instancia importante de construcción vincular. El resto del equipo estaba conformado por profesionales de psicología, trabajo social, odontología, toco ginecología, y operaban desde una organización matricial.

La participación activa de la comunidad, desde nuestra experiencia, era un desafío necesario para que la población se apropie y construya los espacios públicos. “La categoría que puede permitir ese esclarecimiento es la accesibilidad, entendida como el complejo de circunstancias de todo tipo que viabilizan la entrada y circulación de cada paciente dentro de la red interconectada de los servicios en sus diferentes niveles de complejidad” (Testa 1996, p. 13).

Como afirma el autor, en APS la participación de la población es un factor fundamental para realizar los objetivos de esta política. Pudimos reconocer las dificultades que esto conlleva en la práctica, pero trabajando en red con las instituciones del territorio, y desde abordajes interdisciplinarios, creemos que es posible.

Según datos oficiales en el año 2021 la Municipalidad de Rosario contaba con 50 centros de salud, anclados en el territorio, liderando un trabajo de articulación con las demás instituciones de cercanía; “las acciones de los equipos de salud se organizan en redes, de manera que todas las instituciones, servicios y atenciones se complementen y cooperen, formando grupos amplios y plurales, ya que ni un listado de enfermedades, ni un paquete de prestaciones alcanzan para cubrir todos los problemas de salud” (Red de salud, 2021).

En la actualidad encontramos que la red de salud está conformada por tres niveles de atención bien definidos. El primer nivel, el que nos interesa principalmente a nosotros, “[...] se constituye en el espacio de mayor resolutiveidad y está conformado por los Centros de Salud Municipales y algunas vecinales, distribuidos estratégicamente en todo el municipio y organizados distritalmente.” (Secretaría de Salud Pública, 2023)

Si bien los centros de salud son instituciones de referencia y cercanía para las personas con discapacidad, la atención más específica de rehabilitación está

a cargo del “Instituto de Lucha Antipoliomielítica y Rehabilitación del Lisiado” (ILAR). Un hospital municipal creado en el año 1957, en medio de una epidemia de poliomielitis. En sus comienzos, como bien indica su nombre, estaba destinado a tratar a una gran cantidad de niños y niñas que sufrieron secuelas de la enfermedad.

Se centra principalmente en la rehabilitación, por lo que prioriza una atención integral para diversas patologías, recuperando lo referido por la exdirectora del Instituto, Sack, en una entrevista periodística: “la atención fue cambiando progresivamente porque también fueron cambiando las patologías. Después del polio, aparecieron los accidentes cerebrovasculares vinculados con el estrés o la hipertensión. Esos casos suelen ser de personas de mediana o avanzada edad. Después, y teniendo en cuenta los tiempos que se viven, empezamos a tratar en pacientes jóvenes las lesiones medulares, los traumatismos de cráneo o los amputados. Todas estas patologías aparecieron con los accidentes de tránsito o las heridas de arma de fuego, por ejemplo” (Diario el Ciudadano, 2007).

Para atender la complejidad de las demandas, se organizan en trabajos de abordajes interdisciplinarios. Entre sus principales profesiones y disciplinas se encuentran la Terapia Física, Terapia ocupacional, Fonoaudiología, Traumatología, Psicología, Departamento de Bioingeniería, trabajo social, Laboratorio de ortesis y prótesis. Además, dispone de una pileta que habilita la recreación y el deporte, y una biblioteca.

El 80% de la población que asiste no cuenta con obra social, por lo que hay servicios gratuitos para las personas que viven en situación de vulnerabilidad. El porcentaje restante se divide entre los que abonan de forma particular, o cuentan con obra social.

## 2.5 El cuidado como política pública

Es cierto que todos en alguna medida necesitamos ser cuidados, desde la más temprana edad, en la infancia, cuando nos enfermamos, cuando sufrimos alguna lesión, o bien, ya en la tercera edad, y ante circunstancias de salud que así lo requieran.

Intentar definir el concepto de cuidado requiere entender que hay múltiples factores que lo componen, “la noción de cuidado refiere a los elementos



indispensables para satisfacer las necesidades básicas de la existencia y reproducción de las personas, brindándoles los elementos físicos y simbólicos que les permiten vivir en sociedad. Incluye el autocuidado, el cuidado directo de otras personas (la actividad interpersonal de cuidado), la provisión de las precondiciones en que se realiza el cuidado (las tareas domésticas) y la gestión del cuidado (en particular, cuando este se deriva a otras personas o instituciones)” (Rodríguez Enríquez, Marzonetto y Alonso, 2019, p. 3).

La manera en que se organiza socialmente el cuidado se puede analizar teniendo en cuenta el llamado “diamante del cuidado”, el cual reconoce cuatro actores principales, involucrados en sostener, o brindar estas acciones. Contemporáneamente encontramos a “el Estado, mediante sus políticas públicas de cuidado; el mercado, mediante la provisión de servicios mercantiles de cuidado a los que puede acceder la población que tiene una determinada capacidad adquisitiva; los hogares, mediante la provisión de trabajo de cuidado no remunerado realizado por sus miembros; y la comunidad, a través de arreglos comunitarios de cuidado” (Rodríguez Enríquez, et. al, 2019, p. 3).

Las dinámicas de cuidado están atravesadas por multiplicidad de relaciones sociales, como pueden ser las familiares, las de amistad, las laborales o las comunitarias. Históricamente y culturalmente, debido a la desigualdad en la división social del trabajo, la responsabilidad del cuidado, y de las tareas reproductivas recayó en las familias, especialmente en las mujeres. “Lejos de ser una capacidad natural, se trata de una construcción social sustentada por las relaciones patriarcales de género, que se sostiene en valoraciones culturales reproducidas por diversos mecanismos como la educación, los contenidos de las publicidades y otras piezas de comunicación, la tradición, las prácticas domésticas cotidianas, las religiones, las instituciones” (Rodríguez Enríquez y Marzonetto, 2016, p. 106).

Otro punto para mencionar es la desigualdad presente en la estratificación socio económica al interior de los ingresos familiares. Aquellos que cuentan con mejor posición económica pueden acceder y elegir distintas alternativas, generalmente privadas, de organización del cuidado. “Por ejemplo, una mujer que pertenece a un hogar de ingresos medios o altos cuenta con la oportunidad de adquirir servicios de cuidado en el mercado (salas maternales o jardines de

infantes privados) o de pagar por el trabajo de cuidado de otra mujer (empleada de casas particulares). Esto alivia la presión sobre su propio tiempo de trabajo de cuidado no remunerado, liberándolo para otras actividades (de trabajo productivo en el mercado, de autocuidado, de educación o formación, de esparcimiento)” (Rodríguez Enríquez y Marzonetto, 2016, p. 107).

En tanto otros hogares con menos ingresos no tienen esta posibilidad, necesitando contar con opciones estatales, públicas, que muchas veces escasean.

Si bien hubo avances y se interpeló al sistema, la feminización de las tareas domésticas continúa siendo una realidad, perpetuando las desigualdades de género, ya que las mujeres siguen sosteniendo las tareas de cuidado. Un ejemplo claro es la diferencia en la licencia por maternidad/paternidad, con un amplio margen de meses para las madres, y unos pocos días para los padres. Así como también los trabajos remunerados destinados al cuidado de otras personas, son altamente feminizados, y en general bajo condiciones de precariedad laboral.

En lo que respecta al cuidado de las personas en situación de discapacidad, podemos señalar que las necesidades varían según las particularidades de cada persona. Aquellas que ven afectada su autonomía en gran porcentaje requieren de atención permanente, dónde las familias principalmente asumen este rol.

Como mencionamos con anterioridad el estado argentino está presente con ciertas políticas públicas buscando garantizar derechos adquiridos. “Estos esfuerzos se centran en contribuir a la rehabilitación de esas personas, facilitar su participación laboral y garantizar cierta cobertura mínima de condiciones materiales de vida a través de transferencias monetarias, acciones alineadas con el paradigma de promoción de la autonomía de las PCD. En cambio, es casi inexistente la provisión pública de servicios de cuidado para la PCD dependientes (aunque cuando estas obligaciones están comprendidas en el marco normativo), lo que contradictoriamente limita la autonomía de las familias de personas con PCD, sobre quienes recaen centralmente estas responsabilidades.” (Rodríguez Enríquez, et. al, 2019, p. 21)

Podemos señalar algunas políticas que son llevadas adelante en nuestro país. En lo que respecta a prestaciones económicas encontramos una de carácter contributivo como es “el retiro por invalidez (contributiva), se abona a todo

trabajador, aportante al Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA), cualquiera fuere su edad o antigüedad en el servicio, que se incapacite física o intelectualmente en forma total para el desempeño de cualquier actividad compatible con sus aptitudes profesionales y que además cumpla con la condición de aportante regular o irregular con derecho. La percepción de esta prestación es incompatible con el desempeño de cualquier actividad en relación de dependencia” (OIT, UNICEF, PNUD, CIPPEC, 2018, p. 111). Por otro lado, existen las pensiones no contributivas por discapacidad, “se asignan de acuerdo a la Ley N° 18.910 y al Decreto N° 432/1997. Está dirigida a aquellas personas con una discapacidad laboral total y/o parcial, permanente que se encuentren en estado de vulnerabilidad social, sin amparo previsional o no contributivo (ni el solicitante ni su cónyuge), que no posean bienes, ingresos ni recursos que permitan su subsistencia y que no tengan parientes obligados legalmente a proporcionarle alimentos o que, teniéndolos, se encuentren impedidos de hacerlo. Además, no podrán encontrarse detenidos/as a disposición de la Justicia. Este tipo de pensiones no requiere aportes o cotización para su otorgamiento” (OIT, et. al, 2018 p. 110). En lo que respecta específicamente al cuidado, especialmente en las etapas de la infancia y adolescencia, encontramos algunas legislaciones pertinentes “las políticas que brindan tiempo para cuidar, están establecidas en la Ley de Contrato de Trabajo (LCT) que regula la licencia por maternidad en el caso de nacimiento de un hijo con Síndrome de Down, que se amplía a 6 meses, tiempo durante el cual se percibe el 100% del salario, financiado por la seguridad social <<ANSES>>. (OIT, et. al, 2018, p. 111). Así mismo en nuestro país se cuenta contemplado en la legislación actual la necesidad de contar con instituciones estatales que brinden cuidado, “la Ley 24901 regula la prestación de servicios de cuidado directo, estableciendo tres tipos de instituciones: i) residencias: “recurso institucional destinado a cubrir los requerimientos de vivienda de las personas con discapacidad con suficiente y adecuado nivel de auto valimiento e independencia para abastecer sus necesidades básicas” (Art. 30); ii) pequeños hogares: “recurso institucional a cargo de un grupo familiar y destinado a un número limitado de niñas, niños y adolescentes con discapacidad, que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales para su desarrollo, sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente” (Art. 31); y iii) hogares:

espacios que tienen por finalidad “brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada) a personas con discapacidad sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente” (Art. 32).” (Rodríguez Enríquez, et. al, 2019, p. 24). Estas autoras relevaron la cantidad de instituciones presentes en todo el territorio nacional, identificando que es muy bajo el número de propuestas de este tipo, concentrándose en la provincia de Buenos Aires y CABA. Por lo que queda en claro la falta de inversión estatal y de federalización de la misma. Creemos que es urgente y necesario contar con lugares para socializar, de esparcimiento y recreación, permitiendo alivianar la sobrecarga de las familias en las tareas de cuidado. Las instituciones de educación formal, y de educación “especial”, ya que todavía subsisten, deberían contar con propuestas integrales, espacios interdisciplinarios, abogando por intervenciones superadoras, atendiendo a la complejidad de las situaciones que se presentan. Esta es una de las razones por la que elegimos recuperar un dispositivo del Centro de Salud “Santa Teresita” en la ciudad de Rosario. Un espacio estatal que tenía por objetivo garantizar gran parte de estos Derechos y generar un espacio de integración.

## Capítulo III

### El Centro de Salud Municipal Santa Teresita y el dispositivo de juego

En este tercer capítulo presentaremos el dispositivo en cuestión, para ello primero comenzaremos contextualizando el centro de salud, y sus particularidades, reconociendo el territorio donde se desarrollan sus intervenciones. En este recorrido analítico utilizamos como recursos nuestro cuaderno de campo, y la experiencia vivenciada durante las prácticas pre-profesionales, transitadas entre los años 2015 y 2016. Otro insumo, que nutre esta parte de la tesina, son aquellos trabajos realizados en las materias que tenían como fin recuperar, y retrabajar las prácticas en el centro de salud.

En cuanto al espacio de juego, nos interesa su historicidad, la trayectoria recorrida, la visión de sus protagonistas y la experiencia vivida. Para ello nos serán de utilidad entrevistas realizadas a la trabajadora social y a un profesor de educación especial, profesional de la Dirección Municipal de Discapacidad, integrante del equipo matricial de salud mental, impulsor de este dispositivo lúdico. Así mismo tomaremos como fuente de información escritos, y trabajos, realizados por los profesionales del centro de salud dónde recuperaban esta experiencia de intervención. Todo esto nos servirá para indagar, y dar cuenta de la intencionalidad y finalidad de la propuesta, observando en detalle los derechos que se pretendían garantizar, y conocer la perspectiva de abordaje.

Por último, nos proponemos reflexionar desde la profesión del Trabajo Social, su rol en el centro de salud, y una cuestión que nos interpeló desde la experiencia, es el desafío de construir grupalidades. La gestión de dispositivos inclusivos, desde un trabajo en conjunto, como institución, y en red con las demás instituciones del territorio. Las implicancias de “poner el cuerpo” en la intervención con personas en situación de discapacidad, acompañando a sus familias y buscando potenciar la autonomía de las mismas.

### 3.1 Centro de Salud Municipal “Santa Teresita”

Esta institución de APS se encuentra ubicada en la zona sudoeste de la ciudad de Rosario, sobre Avenida Francia al 4400. Su particularidad es la de estar dentro del predio, perteneciente al Centro Municipal de Distrito Sudoeste “Emilia Bertolé”. Si bien en sus comienzos funcionaba en la vecinal de barrio Acindar, con la construcción del Distrito se mudaron al nuevo edificio, en el año 2009, donde sigue funcionando actualmente. Esto le permitió un gran crecimiento, ya que la infraestructura con la que cuenta es más amplia, con gran cantidad de consultorios, una sala de estar, cocina para el personal, una farmacia y una entrada para el ingreso de ambulancias.

En la distribución y en la planificación de la salud pública en la ciudad de Rosario, cada centro de salud tiene un área específica de referencia, delimitando la población a atender. En el “Santa Teresita”, la misma estaba delimitada por las avenidas y los bulevares, Av. Ovidio Lagos al este, Bv. Avellaneda al oeste, Bv. Seguí al norte y Av. Uruburu al sur. Dentro de este radio identificábamos los siguientes barrios: “Acindar”, “Alvear”, “Santa Teresita”, y los asentamientos de “Vía Honda”, “La Vincha” al 3800 y “Cagancha” al 3300.

Siguiendo a Ana Arias, podemos pensar el “el territorio en términos espaciales, el territorio como una geografía, con sus características específicas, sus reglas internas y sus límites. La segunda asociación –correlato de la primera– nos lleva al territorio como espacio habitado, como lugar donde se desarrollan relaciones sociales. En esta perspectiva “social”, el territorio es el escenario de lo cotidiano, de lo comunitario, del despliegue de la vida misma” (2013, p. 2).

Particularmente, el territorio estudiado, en sus comienzos fue proyectado como una zona fabril, donde funcionaba la planta productora de Acindar, por lo que la mayoría de los pobladores eran trabajadores de la misma. En 1981, luego de un progresivo desfinanciamiento, se cierra definitivamente la planta. Este acontecimiento, junto con las sucesivas crisis políticas, económicas y sociales, fue generando migraciones masivas internas, del campo a las grandes urbes. Este fenómeno se materializó en crecimientos demográficos con bajo control, y una mala planificación de las ciudades. Una viva imagen de esto son los asentamientos irregulares construidos al costado de las vías, y en terrenos fiscales.

En el recorrido realizado, por esos años, junto a la trabajadora social del centro de salud, pudimos observar la diversidad en la conformación de los barrios. Desde complejos monoblock de Fonavi (Fondo Nacional de la Vivienda), casas antiguas de los trabajadores de Acindar, hasta los barrios populares marcados por la pobreza y las precarias condiciones de hábitat. En su mayoría las personas que asistían al consultorio eran de estos asentamientos irregulares, ya que sufrían una mayor vulneración de derechos, sin trabajo formal, por lo tanto, no contaban con cobertura de salud.

Como mencionamos con anterioridad la política de APS fue pensada como una primera puerta de entrada para abordar cuestiones de salud, y diversas problemáticas relacionadas con estos procesos. Insertas en el entorno cercano a la población, buscando un acceso más equitativo. Para ello se conformaron equipos interdisciplinarios, pensando en un abordaje integral. Específicamente en este centro de salud podemos señalar el trabajo con profesionales de: enfermería, un cuerpo médico conformado por generalistas-clínicos, pediatras, ginecólogas, así como también profesionales de kinesiología, odontología, y un equipo matricial de trabajo social, de psicología y psiquiatría. Una participación importante también la protagonizaron estudiantes, pasantes de las distintas profesiones y disciplinas.

En cuanto a la organización del equipo de trabajo el rol de coordinación (en el periodo que abordamos) lo llevaba adelante una médica con larga trayectoria en la institución, en la propuesta se observaba una disposición a la construcción grupal. Muestras de ello eran el lugar y la importancia, que se pretendía dar, a los espacios de reflexión, y el trabajo en equipo. Donde se presentaban situaciones de gran complejidad, y cada integrante aportaba su visión, y perspectiva disciplinaria. Esta propuesta de construcción colectiva estaba impregnada de roces, disputas, diferencias, por lo que era necesario elaborar acuerdos, en una búsqueda de intervenciones que contemplaran la diversidad de las problemáticas, y las distintas alternativas de abordaje.

En esta dinámica de disputas de saberes, de intereses, de concepciones, y de poderes, se veía reflejada la formación, y la postura de cada profesional. Logramos identificar la influencia de los modelos de salud, presentados con anterioridad, por eso la necesidad de encontrarnos y debatir, para repensar las prácticas de intervención.

Retomando la importancia del anclaje comunitario y el trabajo en red con las demás instituciones del territorio, podemos mencionar algunas con las que hemos interactuado, y realizado trabajos en conjunto. En esos dos años presenciamos un trabajo articulado con las Escuelas primarias y secundarias, como la Escuela N° 1337 “Doctor Carlos Silvestre Begnis”, Escuela N° 799 “Anastasio Escudero” y el Jardín N° 8 “Complejo Educativo Esperanza”. Como así también con los Centros de Convivencia Barrial, pertenecientes, en su momento, a la Secretaría de Desarrollo Social de la Municipalidad de Rosario. Las intervenciones estaban vinculadas a situaciones de vulnerabilidad que vivenciaban niños, niñas y adolescentes que transitaban en estas instituciones.

Durante el período de nuestras prácticas pudimos participar de diversas intervenciones y espacios, junto a la trabajadora social, logrando reconocer la importancia del centro de salud para las personas del barrio, y el lugar de referencia que tiene para el resto de las instituciones. Si bien requeriría un análisis más profundo, había un importante número de derivaciones y/o de demandas que no tenían un motivo de salud específico, sino situaciones de vulneración de derechos, llegando al centro de salud en búsqueda de alguna solución.

Así es como se fueron gestionando ciertos espacios y dispositivos para dar respuestas a las demandas que llegaban, como el dispositivo de juego que recuperaremos a continuación.

### 3.2 Dispositivo de “Juego libre”: el surgimiento del dispositivo.

Al hablar de dispositivo nos remitimos al concepto construido por Foucault. El cual tiene varios puntos de análisis. García Fanlo retoma una entrevista realizada al primero, y propone distinguir tres niveles de problematización. En primer lugar, se plantea que un dispositivo es una red de relaciones heterogéneas, “que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas [...]” (García Fanlo, 2011, p. 1). Además de prácticas discursivas también comprende lo “no dicho”, aquello que subyace tácitamente.

En un segundo momento identifica que la “naturaleza” de la red entre los elementos discursivos o no, “existe como un juego de los cambios de posición, de



las modificaciones de funciones que pueden, estas también, ser muy diferentes.” (García Fanlo, 2011, p.1). Hace referencia a lo explícito y lo implícito, en la conformación de las sociedades, en sus leyes, en sus organizaciones, muchas normas se expresan de una manera, pero en lo concreto tienen diversas y múltiples formas de resistencia y materialización.

En el tercer punto define que un dispositivo debe ser situado, en un momento histórico determinado, y generalmente responde a una urgencia, o un motivo específico. “Un dispositivo no es algo abstracto. En tanto red de relaciones saber/poder existe situado históricamente-espacial y temporalmente- y su emergencia siempre responde a un acontecimiento que es el que lo hace aparecer, de modo que para hacer inteligible un dispositivo resulta necesario establecer sus condiciones de aparición en tanto acontecimiento que modifica un campo previo de relaciones de poder” (García Fanlo, 2011, p, 2).

Este análisis nos ayudará a entender los ejes centrales del dispositivo en cuestión, y en cómo recuperar la experiencia. Indagando sobre sus comienzos podemos ubicarlo en el año 2011, en respuesta a ciertas demandas, que la trabajadora social del centro de salud entendió como necesarias de abordar.

Se estaba trabajando desde el acompañamiento domiciliario a personas con discapacidad, o movilidad reducida, utilizando el juego como instrumento de intervención. En este contexto surge la idea de ampliar el espacio para más personas, y desarrollándolo en la institución.

Esta iniciativa derivó del trabajo en red con un profesor de educación especial, mencionado con anterioridad, retomando una experiencia que este docente desarrollaba en otro lugar. Citamos lo referido por este profesor en una entrevista que le realizamos: “los espacios de juego los empecé a implementar en la década de los ‘90. En el parque oeste, en un espacio municipal de Rouillon e Ituzaingo. A partir de advertir que muchas personas en situación de discapacidad, en su mayoría, atravesando su infancia o adolescencia no tenían actividades recreativas, por sus patologías, características, etc. En relación a una posición que yo tenía de que estas personas, son llenadas de intervenciones correctivas, y no hay nada relacionado a sus procesos etarios, y las necesidades de niñez y adolescencia. Así surgió un espacio de juego libre, en una modalidad segura,

buscando habilitar expresiones y manifestaciones espontáneas” (S. Pasquet, comunicación personal, 2022).

En sus inicios el enfoque se centró en la invitación a un espacio recreativo y de encuentro, particularmente para personas en situación de discapacidad o que estuvieran atravesando situaciones traumáticas y de vulnerabilidad, especialmente niños, niñas y adolescentes, en su mayoría iban acompañados/as por algún/a familiar o amigo/a. Este espacio fue parte de una estrategia de intervención, como actividad complementaria al momento de rehabilitación (muchos participaban del espacio de kinesiología), y como propuesta de inclusión.

Citando un escrito inédito fecha 2016 de los y las profesionales, redactado para presentar a la gestión de APS: “la finalidad del dispositivo <<Jugando a encontrarnos en nuestras diferencias>>, es aportar a la construcción de propuestas territoriales que aborden la complejidad de las singularidades desde una perspectiva integral y comunitaria que permita el intercambio, la construcción de lazos, el diálogo, y construcción colectiva de los diversos modos de vivir la infancia.”

Como mencionamos con anterioridad el trabajo en equipo tiene sus resistencias y dificultades, evidenciando que hay diferencias en la formación, y en la idiosincrasia de las profesiones, esto generaba que haya distintas visiones a la hora de plantear estrategias de abordaje grupal. Por eso vale mencionar que en los primeros momentos se sumaron a participar algunos/as profesionales del equipo, pero luego de un tiempo, por diversas dinámicas de lo cotidiano, fueron dejando el compromiso hacia el espacio. El y las profesionales que principalmente lo llevaban adelante eran la kinesióloga, la trabajadora social y el profesor de educación especial. Solamente, en algunas actividades concretas, como podían ser el día de la niñez, o el día de la primavera, había una participación mayor, de casi todo el equipo. Durante esos años también fuimos protagonistas estudiantes, tanto de kinesiología como de trabajo social, que realizábamos nuestras prácticas allí.

Esta propuesta territorial se posicionaba desde el modelo social, y el de la Protección Integral, considerando que la misma se desarrollaba en el marco de la Ley 26.061 de “Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes”, así como también en la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, y la

Ley 24.901 “Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad”. Sobre esta base normativa tenía como premisa ser un instrumento para garantizar derechos y brindar espacios de inclusión.

Siguiendo los principios de la APS y la perspectiva de derechos, podemos mencionar que una de las características principales del dispositivo era la participación activa de los asistentes, invitando a que todos y todas sean protagonistas, aportando sus saberes, sus dudas, sus habilidades, sus dificultades, sus ganas de hacer, sus no ganas, por lo que las actividades que se iban realizando variaban según los y las participantes de cada momento.

En los inicios el dispositivo se desplegaba dentro del Centro de Salud, en el consultorio de Kinesiología, los días viernes, luego del momento de rehabilitación. La propuesta era más que nada lúdica, a través de algunos juegos didácticos, producción de dibujos y elementos artísticos, así como también de recreación deportiva en un espacio reducido.

Luego de unos meses, considerando que era necesario un lugar más amplio, se realizó una solicitud para poder utilizar un taller del Distrito, después de algunas resistencias y disputas por la utilización del mismo, se obtuvo la habilitación del mismo. Este cambio permitió tener más comodidad para trabajar otras actividades, realizar deporte al aire libre, desarrollar juegos que permitían poner el cuerpo en movimiento, hubo mayor espacio para la creación de manualidades, así como también para ampliar el número de asistentes.

En el año 2016 el profesor de educación especial, por su trabajo en la Municipalidad, logró que nos otorguen dos horas en una pileta Municipal ubicada en el Polideportivo 9 de julio de la Ciudad de Rosario. Por lo que se trasladó el dispositivo los días viernes, a este espacio.

En esta nueva etapa del proyecto debíamos movilizarlos, por lo que se sumaron nuevos desafíos, como el traslado en colectivo y los recursos para poder sostenerlo. Entre los elementos que debimos garantizar estaban la merienda “saludable”, materiales necesarios para el agua, y también se hizo un pedido solidario de mallas, ya que la mayoría no tenía.

En palabras de la trabajadora social: “logramos el famoso “1 a 1”, el cuerpo a cuerpo, ya que había personas que no se sostenían por sí mismos en el agua.

El tema de poder dialogar con los cuerpos fue todo un aprendizaje para nosotros. Es otro lenguaje y te atraviesa como profesional.” (M. Modarelli, comunicación personal, 2022). Desde nuestra experiencia pudimos vivenciar el proceso y los cambios en el dispositivo, sumando nuevos desafíos que nos interpelaban pero que cuando los íbamos superando dejaban sensaciones gratificantes, sobre todo relacionadas a ser facilitadores de espacios que garantizaban derechos.

Se tomó con gran entusiasmo por parte de los niños y las niñas, adolescentes, jóvenes y algunos adultos, que participan del espacio, ya que fue algo novedoso, debido a que el acceso a una pileta climatizada no es algo común para esta población.

El entorno de la pileta, el agua, la confianza generada en este tiempo, permitió un clima de goce, de disfrute, y de diversión para los concurrentes. Vemos que los/las que tienen alguna discapacidad pueden sentirse más seguros en el agua y potenciar sus habilidades, los y las que viven situaciones traumáticas tenían la posibilidad de poder relajarse y disfrutar, como debería poder hacer todo/a niño/a.

El concepto central en el dispositivo era el del “juego”. Utilizado como estrategia de intervención, como motor de expresiones, la propuesta de jugar libremente, buscando el desarrollo de las capacidades, y la expresión original, con sus particularidades y singularidades. La Convención Internacional de los Derechos del Niño en su artículo n°31 enuncia que: "Los Estados partes reconocen el derecho del niño al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad y a participar libremente en la actividad cultural y en las artes" (Ravicovich, Boyadjian, Marcecca, 2000). Las situaciones problemáticas que iban surgiendo se trabajaban en conjunto con los y las profesionales del equipo, y de ser necesario con la Dirección de Niñez y/o con la Dirección de Discapacidad, o en algunas, que así lo ameritaban, se convocaban a los directivos de los establecimientos educativos.

En relación a las realidades de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes que asistían en ese momento, en su gran mayoría tenían alguna discapacidad motriz, neurológica, dificultades de socialización y aprendizaje, y otros/as eran invitados/as a participar dentro de una estrategia de trabajo que buscaba descomprimir situaciones de violencia, y/o de vulnerabilidad que los atravesaban.

La invitación al espacio, generalmente, la realizaba la trabajadora social, o algún/alguna otro/a profesional del centro de salud en un trabajo en conjunto con el equipo, consideraban al dispositivo como un recurso para llevar adelante la estrategia de trabajo.

Una cuestión relevante era la importancia puesta en la participación, ya que la propuesta era una vez por semana, se consideraba que la regularidad permitía construir el vínculo, además de una apropiación y compromiso hacia el espacio, por lo que se intentaba acompañar las trayectorias y despejar los inconvenientes que iban surgiendo. En los casos de ausencia prolongada había un acercamiento al domicilio de las familias, evaluando la situación, y las dificultades, que tenían para seguir participando del espacio, o se re trabajaba la situación en otra estrategia.

En las entrevistas que pudimos realizar consultamos sobre el modelo o enfoque desde el cual se entendía y trabajaba el dispositivo, y aquellos derechos que pretendía garantizar. La respuesta de la trabajadora social fue muy interesante para repensar las prácticas y las intervenciones sociales, “la idea es la ampliación de ciudadanía lo que conlleva a esta idea de que se puedan integrar y sea una idea más transversal, no sé si lo podría definir como el derecho a la salud porque los conceptos son tan amplios que por ahí quedarían desdibujadas algunas cuestiones. Pero la diversión, la recreación, la voz de los niños, adolescentes, creo que eso tiene mucho valor para nosotros. Esta idea de que puedan salir del recorrido obligatorio que tienen por su condición de salud donde a veces se pone el acento a cuestiones más médicas y clínicas, a cuestiones que son necesarias, pero a veces corremos, y volver a recordarles que son niños y que necesitan jugar, a ellos y a sus familias. Sé que relanza una apuesta a que se vayan configurando estas subjetividades, con otro modo de recuperación de calidad de vida, en otro sentido. Eso que tenemos todos que es imprescindible, nadie se acuerda cuando fue al pediatra de chiquito, todos nos acordamos si fuimos a patín o a dibujo” (M. Modarelli, comunicación personal, 2022).

Ambos profesionales al ser consultados concordaban que la construcción del dispositivo se realizaba desde la perspectiva del modelo social, en búsqueda de la autonomía de las personas, la profesional realizaba esta idea valorando esta propuesta desde el anclaje en la comunidad y la cercanía con la población. El

docente hizo más hincapié en el progreso que hubo desde lo discursivo y normativo, pero que todavía falta para su materialización y las dificultades, barreras cotidianas que tienen las personas en situación de discapacidad para desenvolverse con autonomía.

Este trabajo busca revalorizar esta propuesta, para nosotros significativa en la ampliación de derechos, y en lo novedoso, y desafiante, de su puesta en marcha. Así como también la centralidad del juego, y las dinámicas diversas e inclusivas que este genera. Por eso a continuación profundizaremos sobre ello.

### 3.3 El juego como expresión de identidad. Diferencias que nos abren a la diversidad

Una de las cuestiones que más nos movilizó de la experiencia fue el desafío de jugar, el ponerse a disposición de las dinámicas lúdicas, darle lugar a la creatividad, el juego tiene que ver con esto, con crear un mundo con nuestras reglas, pero consensuadas con los demás. Retomando un trabajo que recupera otra propuesta de juego en el campo de la salud, compartimos la definición de juego “[...] la concepción de J. Huizinga, quien manifiesta que el mismo es una acción o una actividad voluntaria realizada en ciertos límites fijos de tiempo y lugar, según una regla libremente consentida pero absolutamente imperiosa, provista de un fin en sí, acompañada de una sensación de tensión y júbilo y de la conciencia de ser de otro modo que en la vida real” (Ravicovich, it. al, 2000).

Esta propuesta de creación involucraba a toda la familia, a todos los que asistían al espacio, generando una vinculación intergeneracional y entre las familias. Porque para los adultos también era una oportunidad de poder relajarse, disfrutar del espacio, poner la palabra en juego, dentro de un ambiente de contención y escucha. Por eso creemos que el jugar, y los momentos de recreación son necesarios en todas las etapas de nuestra vida "la teoría psicoanalítica establece la necesidad de jugar como un elemento estructurante de la personalidad del niño. Desde el momento más temprano de la vida en el jugar se está comprometiendo el ser, la constitución subjetiva del individuo y la construcción simbólica del cuerpo." (Ravicovich, it. al, 2000).

No es menor la forma en que se nombraba el dispositivo por parte de los profesionales, “jugando a encontrarnos en nuestras diferencias” o “jugando en

familia”, realmente ejemplificaba lo que pudimos vivenciar en nuestra breve experiencia por el mismo.

Como trabajamos en capítulos anteriores hubo, y todavía hay, una fuerte tendencia a plantear modelos de normalidad que atañen a los cuerpos y consumo, de formas de ser, de un ideal de perfección. Y en un mundo con sociedades cada vez más desiguales estos discursos siguen generando ideas de normalidades, planteadas como formas correctas de ser. “De esta forma las diferencias se construyen en desigualdades en esta sociedad excluyente en vez de construir las en coincidencias en una sociedad que incluye” (Modarelli, Ferroni y Pasquet, 2015.)

Durante el transcurso de la experiencia observamos como los niños/as jugaban juntos, compartían y se divertían, más allá de sus diferencias, en la dinámica de entender a los que tenían alguna dificultad. Tarea fundamental fue acompañar estos procesos, respetando y haciendo respetar el tiempo de cada uno/a, para darle lugar a todos y todas. “El juego y el juego cooperativo generan situaciones vivenciales que modificarían valores, actitudes, y colaborarían al crecimiento personal y la participación grupal, facilitando procesos de transformación social. ¡¡¡Jugamos todos!!! no juzgamos nada!!!... porque entendemos que la discriminación no posibilita considerar al sujeto en todas sus potencialidades, no permite ver todos los matices. Los prejuicios actúan como anteojos que permiten mirar con un solo color de cristal, a partir de allí la realidad tiene un solo color que no permitirá ver de otra manera. Si no puedo construir otra mirada sobre ese “otro”, de por sí no podré construir otro tipo de intervención.” (Modarelli, Ferroni y Pasquet, 2015).

Esta experiencia fue un claro ejemplo de cómo el juego y la posibilidad de transitar un espacio inclusivo, de apropiarse del mismo y ser protagonista, hacía que los participantes aprendieran de las diferencias, y en muchos momentos permitirse dejar de lado ciertas barreras y/o prejuicios, que en la cotidianidad se presentaban como constantes. El encontrarse y poder conocerse hacía que pudieran reconocer más coincidencias que diferencias con los demás, generando situaciones de solidaridad y construcción colectiva.

En palabras del equipo que lleva adelante el espacio: “creemos que las prácticas lúdicas y artísticas que los sujetos despliegan en sus territorios, son

expresión de identidad y en muchas situaciones modos de conquistar el espacio público. Descifrar las dimensiones de belleza y alegría que portan la recreación, la fiesta y el encuentro nos permite visibilizar las capacidades de producción y actoría de los niños, niñas y jóvenes adolescentes.” (Modarelli, Ferroni y Pasquet, 2015.)

Cómo han pasado varios años desde que dejamos de participar del espacio, durante las entrevistas, consultamos por su continuidad y, sobre como enfrentaron el desafío de transitar la pandemia de Covid. Una gran dificultad se produjo con la irrupción de la misma, el tiempo prolongado de asilamiento cortó las actividades y el espacio se vio afectado. En palabras del docente: “el impacto adverso de la pandemia fue impresionante. Obviamente que el espacio de juego y el contacto directo cesó, y en lo personal, en la medida de lo posible hice un circulante de juguetes, música, juegos, libros a domicilio. Una rotación de esto, iba llevando a algunas casas, dejando estos materiales según las preferencias. Por otro lado, incursionamos en algunas cuestiones digitales, hicimos una foto novela, una mini serie de 10 capítulos. Yo hice el texto, el guion y algunas fotos, las familias mandaban fotos de los integrantes, y yo armaba el argumento con la ayuda de un amigo que sabe editar. Logramos una saga de 10 capítulos, inclusive traspaso la pandemia, duro un tiempo más, sobre un superhéroe doméstico, fue muy divertido hacerlo. Participaron más de 40 familias, profesionales incluso” (S. Pasquet, comunicación personal, 2022).

Actualmente el espacio como tal no continúa desarrollándose en el centro de salud: “hoy en día lo transformamos, ese espacio no existe más, pero armamos otro que tiene que ver con una mirada de diagnóstico de parte nuestra. Después de la pandemia, luego de recorrer el barrio me sentaba a mirar quiénes venían al centro de salud. Porque quienes venían rompían con la prohibición o no había registro de esa prohibición, la necesidad de asistir, éramos la institución elegida. Había muchas cuestiones que nos hicieron dar cuenta que quienes sí o sí estaban en el centro de salud, eran los pacientes de salud mental. Así que armamos un dispositivo para ellas que se llama “Soñadoras” y que está funcionando desde que volvimos de la pandemia hasta ahora. Podemos decir que es una metamorfosis del otro. Tiene que ver con las historias de las instituciones y cómo los



profesionales vamos pensando y repensando las intervenciones en el campo de lo comunitario” (M. Modarelli, comunicación personal, 2022).

En el próximo apartado buscamos plantear las potencialidades, y las dificultades, que implica construir espacios colectivos en el campo de la Salud Pública Municipal, y específicamente en el contexto de un centro de salud, el rol y protagonismo del trabajo social en los mismos.

### 3.4 El trabajo social en APS: El desafío de construir espacios grupales desde la interdisciplina.

Al hablar sobre la profesión de trabajo social e indagar sobre su especificidad, es necesario recuperar el planteo realizado en el primer capítulo. Sobre la disputa entre las ciencias sociales y las ciencias naturales, en la construcción del saber y las discusiones epistemológicas. Esto en relación a las profesiones y disciplinas que se van estructurando, acompañando estos procesos y momentos históricos particulares, “si bien las profesiones van surgiendo en distintos momentos y son producto de complejos mecanismos, van adquiriendo un rasgo común: responden a necesidades y urgencias sociales que estructuran un objeto específico de intervención. En torno a ellas se constituye, además, un campo disciplinar que como conjunto de saberes explica científicamente un recorte de la realidad en el que cada objeto particular se configura, y otorga las herramientas necesarias en el plano metodológico para el conocimiento y acción” (Cazzaniga, 2002, p.1).

La profesión de trabajo social no escapa a estas dinámicas, desde su conformación en la esfera de “lo social”, podemos decir que ocupó un rol subalterno dentro de las profesiones sociales, “su aparición como una nueva práctica de intervención en el espacio social asistencial, ese campo híbrido entre lo público y lo privado, que la ubica en la incomodidad -para darle un nombre- de trabajar con un sector social, pero respondiendo en su calidad de profesional asalariado a un tercero (estado, instituciones privadas, ONG, empresas, etc.), la más de las veces con un mandato de parte del empleador de control social, la enfrenta a nudos de gran complejidad que tensionan su práctica cotidiana.” (Cazzaniga, 2002, p.2)

Particularmente yendo a la realidad de nuestra experiencia, y el trabajo social en APS, en la ciudad de Rosario, como ya mencionamos, surge como una profesión matricial dentro de los equipos de los centros de salud. Esto quiere decir como auxiliar, interviniendo, siendo de consulta, y apoyo a todo profesional del centro de salud que considere necesaria la intervención del trabajo social.

Esta cuestión en la práctica se desarrollaba de diversas maneras. Una de ellas, por ejemplo, era que la trabajadora social al tener un consultorio propio podía organizar la demanda a través de turnos, al igual que el resto de los profesionales. Participamos un año de este espacio logrando aprender diversas formas de escuchar, analizar e intervenir en las variadas demandas que llegaban al consultorio. En su mayoría los y las pacientes se acercaban en búsqueda de alguna asistencia subsidiaria del Estado.

Como bien sabemos las políticas neoliberales generaron una crisis social, económica y cultural que profundizó las desigualdades, definiendo un estado descentralizado, y delegando responsabilidad a los gobiernos locales con presupuestos acotados. Esto generó que las políticas universales en búsqueda de una mayor igualdad se transformaran en políticas focalizadas y selectivas, “[...] esas transformaciones cuestionan también profundamente la estructura del Estado social. Mientras que en el período precedente se había impuesto como el ejecutor de las políticas sociales y aseguraba su coherencia, las intervenciones sociales en adelante aparecen fragmentadas y cada vez más dependientes no sólo de una gestión local sino también de una responsabilidad del territorio para la concepción y la elaboración de los programas sociales” (Castel, 2010, p. 181).

En estas circunstancias se inscribe la descentralización de la Municipalidad de Rosario, junto con la política de APS como bastión de las gestiones venideras. Un fenómeno también, consecuencia de esta reestructuración de modelo capitalista, fue una gran cantidad de personas desocupadas, lo que generó movilización descendente de las clases sociales. Durante algunos años, luego de la gran crisis y estallido social del 2001, se logró una cierta estabilización económica con leve crecimiento. Pero con grandes dificultades para retomar un proceso de mayor tasa de empleo formal, y volviendo a endeudarnos con préstamos extranjeros. La hiperinflación continuada en grandes períodos hace que las asistencias estatales no sean suficientes, y la clase media vea superado

su salario, perdiendo poder adquisitivo continuamente. “Es ante la pérdida de certeza en el Estado como gran ordenador y generador de la vida social que se desarticulan, se tornan impredecibles, pierden su mandato solidario. El sujeto queda en soledad, aislado, atravesado por el desencanto y el rechazo. Pensar lo colectivo se presenta 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” (Modarelli, 2016, p. 6).

Si bien se pudo haber considerado como un avance este acercamiento de las instituciones sanitarias estatales a las poblaciones, esto encerró medidas políticas que no promovieron, en paralelo, políticas sociales de mayor equidad, sino algunas estrategias neoliberales como la descentralización, la territorialización y la focalización.

Desde esta perspectiva y con la experiencia de esos años, notamos como los centros de salud eran una referencia para derivar situaciones que muchas veces debían ser atendidas por otras instituciones estatales, ausentes en el territorio, o vaciadas de sentido y recursos.

Consideramos que los desafíos que se nos presentan en las instituciones, interviniendo en un contexto dónde creció exponencialmente la violencia, ampliándose la brecha social, generando un desgaste en la conciencia colectiva, nos plantea un panorama desalentador. Es la salida colectiva, motivada por el encuentro, el poner la palabra, compartir las dificultades, buscando resultados para proyectos como sociedad, y no individuales. Un tejido social fragmentado, y con políticas más relacionadas a lo punitivo, que a la integración y la promoción social. “En esta tensión entre inclusión y exclusión, presentados como territorios en puja, tensión y guerra, la incertidumbre generada desde diferentes formas discursivas impide en diferentes sectores de nuestras sociedades proyectar ideas de futuro y transformación, tornándose estas en formas subjetivas de padecimiento y temor. Aun así, en la aceptación del aislamiento de los otros, las sociedades construidas desde el temor con la única promesa del hiperconsumo como resolución hedonista del deseo, están franqueadas por la decepción. La

angustia, como “zona” no sabe de inclusión o exclusión social” (Carballeda, 2013, p. 2).

Creemos y comprobamos la necesidad de seguir profundizando y creciendo en el trabajo interdisciplinario. Cazzaniga (2002) reconoce que la cuestión social no es especificidad del trabajo social, sino que hay diversas miradas disciplinares sobre el objeto de intervención que se construye desde “una problematización teórica que se realiza en relación con una referencia empírica, en este caso las condiciones de vida de los sujetos que demandan la intervención.” (p. 5) La autora, a su vez, menciona ciertos desafíos en esta construcción, cuestión que pudimos observarla en la práctica. Una dificultad de carácter epistemológico, proveniente desde la formación disciplinar, y la poca importancia desde los planes de estudio en la preparación del trabajo interdisciplinario. En varias profesiones se sigue profundizando la especificidad y la departamentalización. Esto sumado a la historia de disputa en el campo científico donde las ciencias sociales corren con desventaja, particularmente el trabajo social hace años que se viene “ganando” su lugar, y su relevancia, desde la construcción y el aporte del saber teórico, como el de su instrumental y técnicas específicas. Es imperante superar las meras derivaciones, la distribución departamental, priorizando una construcción colectiva donde se aporten los puntos de vista disciplinares para afrontar de manera integral las complejas situaciones a intervenir. “La cuestión de la interdisciplinariedad, como desafío a construir, pero también como estrategia necesaria de intervención y de resistencia. Dicho de otra manera, la interdisciplina en estos <<nuevos escenarios>> no sólo da cuenta de una perspectiva epistemológica que trasciende las <<parcialidades>> impuestas por las improntas positivistas, sino que se convierte en condición de posibilidad para abordar la complejidad de las demandas, y a la vez permite la contención grupal de los profesionales tanto como la elaboración de alternativas políticas de conjunto” (Cazzaniga, 2002, p.8).

Desde nuestra experiencia en el centro de salud y el trabajo cercano con la trabajadora social, pudimos vivenciar estos momentos de encuentro, y los desafíos de trabajar desde la integralidad. Por esto mismo elegimos recuperar el dispositivo, ya que era una experiencia interdisciplinaria, que involucraba a otras instituciones del territorio, y tenía el gran desafío de construir grupalidad, acercar a la población, y generar procesos que buscaban reconstrucción de ciudadanía.

“Así, la intervención social enlaza una necesaria recuperación del habla, del lenguaje de las formas de decir a través de diferentes dispositivos que intenten re vincular al sujeto con la cultura, con los otros, con su historia. Esto implica también una mirada hacia las diferentes profesiones en la perspectiva de recuperar el sentido de modalidades de intervención que dialoguen con la historia, lo lúdico, lo expresivo, la pertenencia y la identidad” (Carballeda, 2013, p. 4).

Podemos mencionar que no era el único espacio grupal en el centro de salud, contaban con un dispositivo para mujeres, un lugar de encuentro con la psicóloga, con una posición clara de proponer lugares seguros de escucha, empoderamiento y acompañamiento de las situaciones de vulnerabilidad que pudieran estar atravesando. “De esta manera la intervención social se refuerza como espacio intersubjetivo, atravesado por las representaciones sociales que rodean al problema o necesidad que generó la demanda de intervención. Así, tal vez sea posible pensar en la intervención con más y nuevos horizontes que van desde la desnaturalización de la desigualdad hasta la recuperación de ciudadanías” (Carballeda, 2013, p. 5). Esta era una posición tomada por la trabajadora social que nos lo mencionaba con frecuencia, buscando alianzas dentro del equipo del centro de salud, para poder sostener y construir estos dispositivos. “Donde algunos ven riesgo y proponen medidas excepcionales, nosotros damos lugar a más protección ampliando las propuestas de abordaje integral sumando a las intervenciones terapéuticas individuales, dispositivos grupales que habilitan el despliegue de niños y adultos con la palabra y con el cuerpo. Dando origen a otros modos de expresar sus padecimientos.” (Modarelli, 2006, p. 28). Si bien actualmente hay una crisis generalizada en nuestra ciudad, y los recursos escasos nos dejan atrapados en una disyuntiva, el desafío sigue estando en tratar de construir estrategias interventivas, que trasciendan las demandas inmediatas, y la urgencia, resignificando la prevención, y los dispositivos que imprimen dinámicas de autonomía, y empoderamiento de los sujetos.

## Reflexiones finales

A modo de reflexión final ponemos en valor el pasaje por el dispositivo de juego, en tanto este permitió un acercamiento a una población específica, desde lugares y saberes no habituales. En el marco del abordaje de situaciones de vulnerabilidad, y en un contexto socio político y económico crítico, consideramos que “las desigualdades sociales construyeron otras formas de relación social en las cuales, la inclusión genera temor, especialmente desde la imposición de un discurso donde la sociedad es un pequeño espacio para pocos, mientras que los territorios de la exclusión social la rodean, acechan y a veces la invaden. Estos, son presentados, especialmente desde los medios de comunicación y los imaginarios sociales como áreas de guerra, puja y violencia de los cuales solo se puede huir desde diferentes formas de encierro espacial y subjetivo” (Carballeda, 2013, p. 2).

Una premisa que aprendimos de los años de estudio es “trabajar sobre lo posible”, la idea de construir estrategias de intervención con otros, con las otras instituciones, con los y las compañeros/as, con los usuarios/as, visualizando cuales mecanismos podemos generar para viabilizar la asistencia, considerando las políticas que tenemos a nuestro alcance. Siendo gestores de los planes, programas y proyectos estatales, en búsqueda de una transformación significativa de la vida de las personas con las que intervenimos.

Esta manera de enfocar la profesión y las intervenciones, desde la experiencia en el centro de salud Santa Teresita, y el dispositivo de juego, nos sirvieron de ejemplo para reconocer en la intervención una puesta corporal y emocional, poner el cuerpo de diversas maneras, una presencia cargada de significaciones. Pero es gratificante cuando en ese andar vemos reconstrucciones del lazo social, una manifestación de alegría por parte de algún niño/a, adolescente, atravesado por el maltrato, la violencia, por la vulnerabilidad extrema, entre otros malestares. Citando a Carballeda (2013), “pero, además, en la complejidad actual puede involucrar nuevas miradas hacia lo grupal, lo territorial y la recuperación de la mirada hacia lo singular como formas de intervención abierta, que permitan o faciliten un encuentro con el otro de manera profunda e intensa.” (p. 4).

Pensando en las situaciones que transitan las personas con discapacidad podemos observar que, en su mayoría, encuentran dificultades en la cotidianidad de sus vidas. Hay barreras sociales que limitan su accionar, “pensar una triple dimensión: en lo que respecta al aspecto subjetivo de las personas discapacitadas; en lo que tiene que ver con las barreras limitantes que presenta el entorno inmediato; y en aquello que está de fondo determinando y produciendo estas situaciones discapacitantes, es decir, los mecanismos de poder que producen una situación de opresión, dependencia y desempoderamiento en este grupo de personas” (Contino, 2008, p. 60).

Estos contextos sociales generan situaciones de soledad, de aislamiento, dificultades para ejercer su autonomía, al estar sobreprotegidos, o la inversa, desprotegidos y vulnerables, desempleados y con grandes déficits económicos, entre otros padecimientos. Por lo que el espacio de juego que recuperamos era un dispositivo que ofrecía momentos de encuentro, invitando a sociabilizar, a poder recuperar la alegría de jugar, un espacio seguro dónde ser uno mismo sin el miedo a ser juzgado, o discriminado. Logramos reconocer el proceso que fuimos haciendo junto a los y las participantes, construyendo vínculos de empatía, solidaridad, confianza, lo que hacía que todos esperáramos a que llegara el día, para participar de las actividades con muchas ansias. “La implicación afectiva en un “nosotros” es tan fuerte que ese “nosotros” corresponde a la entidad —que puede ser tan real como abstracta— con la cual y para la cual la persona sabe que puede contar. Es en este sentido que el “nosotros” es constitutivo del “yo”. Los vínculos que aseguran al individuo protección y reconocimiento adquieren, en consecuencia, una dimensión afectiva que refuerza las interdependencias humanas” (Paugam 2012, p. 2).

Pensando desde el modelo social, reconocemos que son situaciones en interacción con un entorno que limita, desterrando la idea de la discapacidad como algo intrínseco y propio de la persona, “la situación de discapacidad, sería entonces sólo una manera de estar, no de ser. El sujeto no poseería de por sí una discapacidad, sino que estaría en situación de discapacidad, mientras esté inmerso y determinado por un entorno social discapacitante” (Contino, 2008, p. 61).

Podemos decir que el dispositivo entonces era una puerta abierta que buscaba garantizar el derecho a la recreación, al encuentro, al deporte. Proponiendo un espacio desde otras lógicas a las acostumbradas, como la competencia, la de ser mejor que el otro, la de sobreexigencia, siendo primordial el disfrute, el compartir, el respetar los tiempos de cada uno/a, dónde la diversión era lo más importante.

Por esto es que desde nuestro análisis la perspectiva de intervención, desde el dispositivo se buscaba garantizar el derecho a que las personas con discapacidad tengan participación en la comunidad, y libertad de decisión, “es hoy en día habitual distinguir entre derechos civiles que protegen al individuo en el ejercicio de sus libertades fundamentales, principalmente frente a las usurpaciones del Estado que son juzgadas como ilegítimas, los derechos políticos que le aseguran una participación a la vida pública, y los derechos sociales que le garantizan una cierta protección frente a los avatares de la vida.” (Paugam 2012, p. 10)

Reflexionando sobre la propuesta de participación comunitaria como bastión de la APS, y la importancia que le damos al trabajo social como profesión en los equipos de salud, nos parece necesario repensarlo de una manera crítica.

Podríamos decir que es necesario y fundamental el protagonismo de la población para generar procesos de transformación social. La participación ciudadana tiene múltiples aristas, en este caso particular si bien se concretizaba la participación de un grupo, que muchas veces es relegado en su participación cívica, como en las elecciones gubernamentales, por ejemplo, creemos que tiene que ir acompañada de otras políticas de inclusión. Ya que el dispositivo en sí no generaba una transformación de situaciones de vulnerabilidad, o pobreza estructural, pero era una puerta de entrada para intervenir o gestionar en red problemáticas más profundas.

Si bien el panorama macro político no es el más esperanzador, creemos que en lo micro nos queda la tarea de continuar trabajando sobre “lo posible”, buscando esperanza en acompañar y transformar realidades a nuestro alcance, “así, tal vez sea posible pensar en la intervención con más y nuevos horizontes que van desde la desnaturalización de la desigualdad hasta la recuperación de ciudadanías. [...] Delimitando de esta forma su lugar en la tensión entre el discurso



**“Discapacidad y Atención Primaria de la Salud. Una mirada desde el cuidado: la experiencia del Dispositivo de Juego en el Centro de Salud Municipal Santa Teresita”**

del devenir sin sentido o la recuperación de la épica de la transformación”  
(Carballeda, 2013, p. 5).

## 5. Bibliografía

Acuña, C. H., & Bulit Goñi, L. G. (2010). Políticas sobre la discapacidad en la Argentina: el desafío de hacer realidad los derechos (1ra ed.). Siglo Veintiuno Editores.

Alcántara Moreno, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. Sapiens revista Universitaria de Investigación, vol. 9, núm. 1, junio, pp. 93-107. Universidad Pedagógica Experimental Libertador Caracas, Venezuela. Visto en: <https://biblat.unam.mx/hevila/Sapiens/2008/vol9/no1/4.pdf>. (marzo 2021)

ANDIS, Agencia Nacional de Discapacidad. Visto en: <https://www.argentina.gob.ar/andis>. (marzo 2023)

Arias, A.J. (2013). Lo territorial en el territorio de la Argentina. Connotaciones históricas, políticas y culturales de lo social de los territorios. Revista margen N° 71 – diciembre. Visto en: <https://www.margen.org/suscri/margen71/arias.pdf>. (octubre 2022)

Carballeda, A. J. M. (2013). La Intervención Social en los escenarios actuales. Una mirada al Contexto y el Lazo Social. Revista margen N° 68. Visto en: <https://www.margen.org/suscri/margen68/carballeda.pdf>.

Castel, R. (2004). La inseguridad social: ¿Qué es estar protegido? (1ra ed. Impresa en español). Manantial.

Castel, R. (2010). El ascenso de las incertidumbres. Trabajo, protecciones, estatuto del individuo. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.

Castellanos, P. L. (1990) Sobre el concepto de salud enfermedad. Descripción y explicación de la situación de Salud. Bol. Epidemiológico OPS. 1990; vol. 10, N° 4. Visto en: <https://www.studocu.com/es-ar/document/instituto-superior-del-milagro/didactica-ii/sobre-el-concepto-de-salud-enfermedad-p-castellanos/12529847>. (septiembre 2022)

Cazzaniga, S. (2002). Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud. Revista Margen, n° 27. Visto en: <http://www.fhycs.unam.edu.ar/carreras/wp-content/uploads/2017/03/Trabajo-Social-e-interdisciplina-autor-SUSANA-CAZZANIGA.pdf>. (agosto 2020)

Contino, M. (2008). La ética como orientación de la praxis en «discapacidad». Cátedra Paralela, (5), 53–62.

Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. (2006). Naciones Unidas. Visto en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>.

Cruz Velandia, I. (2005) La salud colectiva y la inclusión social de las personas con discapacidad. Invest. Educ. Enferm.; 23(1): 92-101. Universidad de Antioquia - Facultad de Enfermería. Visto en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072005000100008](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072005000100008). (agosto 2021)

Diario el Ciudadano (2007). Visto en: <https://www.elciudadanoweb.com/ilar-del-polio-a-las-epidemias-de-los-tiempos-modernos/>. (agosto 2022)

Enría, G, y Staffolani, C., (2004). Obstáculos sociales y de organización para la planificación estratégica en la Atención Primaria de la Salud (APS). Anuario fundación Dr. J. R. Villavicencio, 2004, N° XII 029–034. Visto en: [http://www.villavicencio.org.ar/ALMACEN/archivos/publicaciones\\_00000000198.pdf](http://www.villavicencio.org.ar/ALMACEN/archivos/publicaciones_00000000198.pdf).

Fanlo, L. G. (2011). ¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agamben. A Parte Rei, revista de filosofía, marzo. Visto en: <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/fanlo74.pdf>. (abril 2023)

Gavidia, V. y Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. Didáctica de las ciencias experimentales y sociales. N.º 26, 161-175. Universidad de Valencia (España). Visto en: <https://www.uv.es/comsal/pdf/Re-Esc12-Concepto-Salud.pdf>. (marzo 2022)

González, E. R. (2007). La salud pública como campo transdisciplinar. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia; 25(1): 71-7. Visto en: <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=12025109>. (julio 2023)

González García, E. (2009). Evolución de la Educación Especial del modelo del déficit al modelo de la Escuela Inclusiva. págs. 429-440. XV Coloquio de Historia de la Educación, Pamplona-Iruñea. Visto en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2962665>. (mayo 2020)

Laurell, A. C. (1981) La salud enfermedad como proceso social. Revista Latinoamericana de Salud, 2(1): 7-25. Visto en: [https://www.academia.edu/7940136/Laurell\\_La\\_salud\\_enfermedad\\_como\\_proceso\\_social\\_1](https://www.academia.edu/7940136/Laurell_La_salud_enfermedad_como_proceso_social_1). (abril 2022)

Ley N° 22.431/1981, 16 de marzo. Sistema de protección integral de los discapacitados. Boletín oficial estado argentino. Visto en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-22431-20620/actualizacion>.

Ley N° 24.901/1997, 2 de diciembre. Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad. Visto en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/450009999/47677/norma.htm>.

Ley N° 26.378/2008. Apruébese la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) y su protocolo facultativo. Boletín oficial estado argentino. Visto en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/141317/norma.htm>.

López, S. y Michelli, V. (coordinadoras). (2016). Problematizando la salud. Aportes conceptuales y experiencias de trabajo en territorio desde la perspectiva de la medicina social / salud colectiva. Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata. Visto en: <https://libros.unlp.edu.ar/index.php/unlp/catalog/book/653>. (marzo 2021)

Modarelli, M. (2016). “Propuestas integrales de infancia para cuerpos fragmentados en el campo de la salud”. TIF carrera de especialización en políticas públicas de niñez, adolescencia y familia. Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de Entre Ríos.

Modarelli, M., Ferroni, S. y Pasquet, S. (2015). *Espacio de Juegos para la Inclusión. Jugando a Encontrarnos en Nuestras diferencias*. Manuscrito no publicado. Centro de Salud Santa Teresita, ciudad de Rosario.

OIT, UNICEF, PNUD, CIPPEC. (2018) Las políticas de cuidado en Argentina. Avances y desafíos. Visto en: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-buenos\\_aires/documents/publication/wcms\\_635285.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-buenos_aires/documents/publication/wcms_635285.pdf). (julio 2021)

Pagnamento, L. V., (2017) La construcción social de políticas públicas en salud: la participación comunitaria asociada a la Atención Primaria de la Salud desde la perspectiva de los agentes de salud. Análisis de caso (CAPS municipio de La Plata 2008-2015). Tesis de posgrado. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. En Memoria Académica. Visto en: <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.1492/te.1492.pdf>. (abril 2022)

Palacios, A. (2008). El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Primera edición ed., Vol. 36). CINCA. Visto en:

<https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/colecciones/Elmodelosocialdediscapacidad.pdf>. (agosto 2019)

Paugam, S. (2012) Protección y reconocimiento. Por una sociología de los vínculos sociales. Papeles del CEIC #82. Visto en: [PAUGAM-82 \(identidadcolectiva.es\)](http://identidadcolectiva.es) (noviembre 2022)

Ravicovich, E., Boyadjian, D., Marcecca, S., (2000). "La salud y el juego". "Premio jornadas científicas" Hospital "Donación F. Santojanni". Revista margen n° 19. Visto en:

<https://www.margen.org/catedras/La%20salud%20y%20el%20Juego.doc>.

Red de salud (2021). Visto en: <https://datos.rosario.gob.ar/salud/red-de-salud#:~:text=El%20Estado%20Municipal%20tiene%20a,de%20de%20referencia%20para%20el.>

Rodríguez, J. M., (2011) La (con)ciencia del Trabajo Social en la discapacidad, hacia un modelo de intervención social basado en derechos. Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social, N° 49, págs. 9-33. Visto en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4111301>. (septiembre 2021)

Rodríguez Enríquez, C., Marzonetto G., y Alonso, V. (2019) Organización social del cuidado en la Argentina: brechas persistentes e impacto de las recientes reformas económicas. Estudios del trabajo. N° 58. Buenos Aires. Visto en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2545-77562019000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2545-77562019000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es). (agosto 2021)

Rosato, A. & Angelino, M. A. coordinadoras (2009). Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit (1ra ed.) [Libro electrónico]. Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico. Visto en: [https://www.academia.edu/24378782/Discapacidad\\_e\\_ideolog%C3%ADa\\_de\\_la\\_normalidad\\_Desnaturalizar\\_el\\_d%C3%A9ficit](https://www.academia.edu/24378782/Discapacidad_e_ideolog%C3%ADa_de_la_normalidad_Desnaturalizar_el_d%C3%A9ficit). (junio 2019)

Rovere, M. (2005) Políticas para la gobernabilidad, experiencia Rosario. Visto en: [https://www.rosario.gob.ar/ArchivosWeb/biblioteca\\_pp/rosario\\_politicas\\_gobernabilidad.pdf](https://www.rosario.gob.ar/ArchivosWeb/biblioteca_pp/rosario_politicas_gobernabilidad.pdf). (junio 2022)

Secretaria de salud pública (2023). Visto en: <https://www.rosario.gob.ar/inicio/secretaria-de-salud-publica>.

Stang Alva, M. F., (2011). Las personas con discapacidad en América Latina: del reconocimiento jurídico a la desigualdad real. Fondo de Población de las Naciones Unidas (N° 103). Santiago CEPAL. Visto en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/7135-personas-discapacidad-america-latina-reconocimiento-juridico-la-desigualdad-real>. (septiembre 2020)

Subsecretaría de inclusión para personas con discapacidad. Ministerio de Salud. Visto en: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/144551>.

Testa, M. (1996) Atención ¿primaria o primitiva? De salud. Visto en: [https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/testa\\_mario\\_atencion\\_primaria\\_o\\_primitiva\\_de\\_salud.pdf](https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/testa_mario_atencion_primaria_o_primitiva_de_salud.pdf). (octubre 2021)

Vallejos, I. (2009). La categoría de normalidad: una mirada sobre viejas y nuevas formas de disciplinamiento social. En Rosato, A. & Angelino, M. A. coordinadoras, *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit. 1ra ed. Pág. 95-115*. Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.