

UNA MIRADA SOBRE LA ATENCIÓN PSICOMOTRÍZ EN LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA

A LOOK AT PSYCHOMOTRICITY CARE IN PUBLIC HEALTH SERVICES

UM OLHAR SOBRE OS CUIDADOS PSICOMOTRIZES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA

Resumen

En las Instituciones de salud pública de la provincia de Córdoba se observa una participación asimétrica entre las profesiones médicas y otras profesiones como la psicomotricidad. Realidad que se detecta en los centros de atención pública de la ciudad de Río Cuarto. Se reflexiona críticamente acerca de la definición de los procesos de salud-enfermedad confrontando los actuales paradigmas vigentes y la teoría Psicomotriz e indagando las formas en que se concibe la inclusión de la disciplina en las políticas públicas y legislaciones vigentes provinciales. La investigación se desarrolló a través de un trabajo de campo para conocer las opiniones y valoraciones respecto de la atención de la salud, la psicomotricidad y su marco legal en un procedimiento de encuestas y entrevistas a los actores sociales de la salud, entre ellos, médicos y funcionarios locales. Se percibe que la conformación de los equipos de salud es incompleta, existiendo una parcialidad profesional que sigue prioritariamente constituida por las ciencias médicas. La intención de este análisis es poner en contraste el saber médico y el saber psicomotor para instalar espacios de reflexión que motiven posibles transformaciones necesarias para atender la recuperación, la prevención y la promoción de la salud.

Palabras clave: atención psicomotriz, proceso salud-enfermedad, organización sanitaria, cuerpo y biopolítica.

Susana Chiodi¹
Marcela A. Tobares¹
Cecilia Harriague¹

¹Instituto Superior Ramón Menéndez Pidal

Trabajo recibido: 15 de
Mayo 2015.
Aprobado: 25 de
Setiembre 2015.

Abstract

At public health institutions in the province of Cordoba, we can observe an asymmetric participation between medical professions and other professions such as psychomotricity. This reality is observed in public health care centers in the city of Rio Cuarto. We critically think about the definition of the health-illness processes, comparing the current paradigms and Psychomotricity theory and asking about the ways in which the inclusion of this discipline is understood in the provincial public policies and in the legislation in force. The research was carried out through field work to get to know the opinion and assessment regarding health care and psychomotricity care and its legal framework by means of surveys and interviews to health social actors: doctors and local civil servants, among others. It is observed that the constitution of the health teams is incomplete; there exists professional bias which is still priorly constituted by the medical sciences. The intention of our analysis is to contrast medical knowledge and psychomotricity knowledge to set up reflection spaces which will allow the necessary transformations to take care of health recovery, prevention and promotion.

Key words: psychomotricity care, health-illness process, health organization, body and biopolitics.

Resumo

Percebe-se nas instituições de saúde pública da província de Córdoba uma participação assimétrica entre as profissões médicas e outras profissões, como a psicomotricidade. Trata-se de uma realidade que é detectada em centros de saúde públicos da cidade de Rio Cuarto. Reflete-se criticamente sobre a definição dos processos de saúde-doença que confrontando os atuais paradigmas existentes e a teoria Psicomotriz e investigando as formas em que a inclusão da disciplina nas políticas públicas e legislações provinciais é concebida. A pesquisa foi realizada por meio de um trabalho no local analisado para conhecer as opiniões e conceitos sobre cuidados de saúde, a psicomotricidade e seu quadro legal em um processo de enquetes e entrevistas com os atores sociais da saúde, dentre eles, os médicos e autoridades locais da saúde. Percebe-se que a formação de equipes de saúde é incompleta, existindo um perfil profissional que ainda é essencialmente constituído por profissionais das ciências médicas. A intenção desta análise é contrastar o conhecimento médico e o saber psicomotor para instalar espaços de reflexão que incentivem as mudanças necessárias para enfrentar a possível recuperação, prevenção e promoção da saúde.

Palavras-chaves: Cuidados psicomotrizes, processo saúde-doença, organização da saúde, corpo e biopolítica

Introducción

El modelo empirista, positivista que signó por décadas el tratamiento de la salud, pareciera persistir por sobre los nuevos paradigmas epistemológicos como los propuestos por ejemplo, por la O.M.S (Organización Mundial de la Salud). Estos buscan el diálogo entre ciencias y disciplinas y ponen claramente de manifiesto que en los determinantes del proceso de salud-enfermedad se ven implicados tantos factores biológicos, psicológicos, sociales, como culturales, históricos, políticos y económicos, que demandan respuestas integrales.

Si consideramos la inserción y formación de los recursos humanos como un aspecto importante en la atención de la salud, emergen algunas tensiones teóricas e ideológicas entre los fundamentos de la práctica psicomotriz y el sistema médico vigente. Tensión que se re-

fleja en una práctica médica reduccionista e individualista de carácter hegemónico que no contempla la complejidad y multidimensionalidad de los procesos de salud-enfermedad.

La psicomotricidad en sus alcances y prácticas acuerda con los paradigmas que sostienen la esencia psicobiosocial del ser humano significando el proceso de salud enfermedad como una realidad compleja cuyas múltiples manifestaciones requieren de una dialéctica interdisciplinaria para comprender sus significados.

En nuestra práctica cotidiana asistimos a estas tensiones en la medida en que la atención Psicomotriz no es considerada prioritaria en los servicios de salud que actualmente se brindan por ejemplo, en la ciudad de Río Cuarto, situación que se refleja en otras instituciones hospitalarias de nuestra provincia.

Al respecto, investigaciones recientes acerca de la ocupación e inserción profesional del psicomotricista en salud en la capital de la provincia de Córdoba, efectuadas en los servicios de pediatría, neurología, rehabilitación y salud mental en contextos hospitalarios, resaltan su poca oferta profesional. En ellas, revelan que el porcentaje de Psicomotricistas insertos en el área de salud pública de gerenciamiento oficial, es menor a los otros ámbitos de desempeño profesional. Destacan que el rol social profesional se redefine permanentemente en el accionar diario y se delimita desde los múltiples factores: un Sistema, el de salud; una Institución, el hospital público; un Equipo, el de salud humana organizados en diferentes servicios (Barroso y Perrone. 2004).

Si bien en la actualidad la atención psicomotriz está inserta estructuralmente como prestadora en la salud pública provincial y municipal, su inserción es una respuesta parcial respecto a su necesidad y función. El presente trabajo se propone explorar en particular *la visibilidad de la psicomotricidad dentro de los servicios de salud pública en la ciudad de Río Cuarto* en relación a la atención psicomotriz.

La descripción teórica de algunas de las concepciones epistemológicas de los procesos de Salud- enfermedad relativa al campo psicomotor; y una reflexión biopolítica de la salud como *dispositivo de poder* en la estructura y la concepción hospitalaria de los servicios, acercarán una mirada a dicha realidad. Nuestra hipótesis sugiere que *La falta de percepción de necesidad de Atención Psicomotriz en los servicios de salud pública de Río Cuarto, se relaciona con los valores y sentidos que sostiene el sistema médico hegemónico.*

En relación a valores y sentidos, hacemos referencia a un sistema médico hegemónico, como modelo biomédico, conservador, multidisciplinario, con estrategias biopolíticas normalizadoras, higienistas, con perspectiva biológica y sintomatológica, quedando fuera las subjetividades en los procesos de atención que fragmenta lo que integra la salud psicomotriz.

Trabajar con esta hipótesis, moviliza a establecer relaciones cualitativas capaces de generar ideas, formular interrogantes y nuevas discusiones. En el sentido de Testa (1997), se puede acordar que: La actitud crítica no alcanza (querer un mundo diferente no es suficiente para transformarlo) debe ser complementada con la aptitud crítica (Cómo pensar), es decir, la capacidad adquirida para examinar reflexivamente los hechos de la realidad para extraer de ellos las conclusiones pertinentes y generar las acciones que correspondan (p.248).

Siguiendo en esta misma línea ideológica y argumental, el autor Silva Paim (2011), señala: Articular el pensamiento a la acción supone revisar algunos conceptos que permitan

la construcción de una cartografía de la praxis. Así los conceptos de necesidades de Salud, Sujeto y Prácticas podrían dar inicio a este mapa conceptual (p.134).

Desde estas perspectivas, advertir encuentros y desencuentros entre campos y saberes disciplinarios, da cuenta de la necesidad de una revisión más profunda que interpele las visiones *tradicionales* del sistema de Salud Pública. Considerar *también* esa articulación entre el conocimiento (teorías y concepciones) y la acción (maneras de hacer, de prácticas y estrategias) al interior del propio campo disciplinar, nos orienta para pensar y/o intervenir en la realidad.

Interiorizarse sobre la percepción y el conocimiento que se tiene de la atención Psicomotriz motivó hacer un estudio de campo que toma como unidades de análisis, a tres centros de Salud de la ciudad de Río Cuarto en la que se realizaron encuestas a profesionales de los mismos y entrevistas a diversos funcionarios del sistema de salud (directores, subdirectores y subsecretarios).

El propósito del presente trabajo de investigación es detectar cómo son percibidos los trastornos psicomotores al interior de las estructuras sanitarias en los equipos de salud humana de la ciudad de Río Cuarto, a partir de identificar algunas de las valoraciones que tienen los profesionales a cerca de la atención Psicomotriz así como de indagar las formas en que se concibe la inclusión de la psicomotricidad en las políticas públicas o, al decir de Michel Foucault (2012), describir cómo operaría para este caso particular la “biopolítica”.

Perseguir estos propósitos, plantea ubicar el escenario legal en las normativas y funciones del psicomotricista en la ley N° 7625 (decreto 56 40) del régimen del personal que integra el equipo de salud humana dependiente de la secretaria del Ministerio de Salud tanto en funciones asistenciales como sanitarias.

Si bien el escenario legal es fundamental para conocer las funciones y derechos de una disciplina, este surge de las bases conceptuales en su fundamentos epistemológicos que constituyen el saber teórico, práctico y legítimo para la construcción científica de los procesos salud- enfermedad- atención.

La Unidad de lo Diverso: Aproximaciones Epistemológicas del Proceso Salud Enfermedad

Identificar el hecho de salud enfermedad como unidad de lo diverso tal como lo describe Samaja (2007) orienta a revisar una perspectiva más amplia y menos limitada que una nosografía o tipificación de la enfermedad en un servicio de atención.

Como profesionales en la atención de la salud partimos de una pregunta esencial que define una posición teórica y práctica de gestión de la salud: ¿Qué es la salud? ¿Cuándo las personas están sanas?

La complejidad de la salud deviene de una evolución histórica de la medicina que fue describiendo y definiendo procesos subordinados a leyes biológicas como reguladoras del organismo que habilitan o invalidan un bienestar psicofísico o un desorden o enfermedad.

La influencia de factores históricos, políticos, socioculturales, económico y disciplinares fueron modificando e intentando revertir la causalidad biológica de la enfermedad hacia una multicausalidad de la salud como proceso dinámico y variable entre el organismo humano y su ambiente. Por lo tanto adquiere un nuevo sentido subjetivo y complejo las relaciones salud enfermedad a partir fundamentalmente de los enunciados y cuestionamientos de la salud colectiva y social ¹Mario Testa (2009) dice al respecto que:

La ciencia como problema social, tiene entonces una doble determinación: la que pro

¹ Movimiento y concepción de las prácticas socio-sanitarias sobre el carácter social de las enfermedades a partir de la década del 70.

viene de los contenidos específicos y concretos propios del enigma que intenta resolver y la que proviene del contexto social que determina su adecuación o inadecuación a dicho contexto. La primera es la que hace que dicha ciencia puede ser considerada universal y es la única que toman en cuenta quienes defienden esa universalidad. La segunda es la que hace de la ciencia un instrumento útil. La ausencia de esta segunda determinación transforma a las ciencias en científicismo (p. 57).

En su quehacer teórico práctico, la psicomotricidad como disciplina científica realiza la tarea de comprensión y análisis de los procesos de salud cuando interviene para explicar causas, síntomas, signos expresados en términos de diagnósticos como condición de la cura e investigaciones argumentativas que dan cuenta de dichos procesos. Las corrientes teóricas sobre las que se asientan su desarrollo reconoce los aportes del neuropsiquiatra Julián De Ajuruaguerra, en su Manual de Psiquiatría Infantil (1973) respecto de la desorganización psicobiológica del niño que orientan a comprender la salud-enfermedad en un proceso evolutivo que forma parte integrante de la vivencia individual y no desde una mirada clasificadora, descriptiva y normativa general.

De Ajuruaguerra (1973) sostiene que: Normalmente, el médico llama enfermedad a cuadros clínicos insertos en una nomenclatura que es el resultado de la experiencia adquirida y de la enseñanza transmitida. Vista desde este ángulo, la enfermedad en parte no es el paciente mismo. Esta rigidez tiene por consecuencia separar la enfermedad del enfermo y convertir, a la enfermedad, en un objeto (p.153).

La psicomotricidad se propone trascender la visión dual de la salud para abordar la historia del sujeto y el encuadre social en que vive mediante sus acciones clínico-instrumentales, evitando la disociación de funciones poniendo en relieve una manera integral de mirar al cuerpo, implícito en el enfoque conceptual de la disciplina

Cuando De Ajuruaguerra (1973) expresa que estar sano es poder caer enfermo y recuperarse, la función motriz adquiere un sentido psicosociológico en las funciones de relación que direcciona el camino de la recuperación, no para adaptarse al mundo sino para realizarse en el mundo. En esta perspectiva los planteamientos del psicólogo francés Henry Wallon, cuando la motricidad se considera como una función únicamente instrumental, conduce a despersonalizar la función motriz argumentando que la contracción tónica “no significan mas sólo movimiento y tono, sino gesto y actitud” (citado en Ajuruaguerra, 1962:30). De esta forma, la función motriz se reconoce como realidad subjetiva que acontece en el organismo. La función motriz adquiere dimensionalidad biológica en la especie humana (que la medicina valora desde los parámetros de normalidad), a la vez que relación y comunicación en la vida humana (que la psicomotricidad valora desde los parámetros del gesto, la actitud y la expresión, entre otros).

La función motriz tiene un sentido humano y social determinado por las interacciones sensoriales y motrices tempranas que se ponen de manifiesto en las relaciones con el y configuran los procesos de la subjetividad, en lo que Wallon denomina *la función postural*: “El ser humano porta en sí, desde el nacimiento, el producto, los medios y la necesidad de una relación con el mundo” (Ajuruaguerra, 1962. p. 32).

Con los aportes e influencia de la corriente psicoanalítica, la intervención Psicomotriz resignifican la singularidad de los procesos biológicos que transcurren en la constitución subjetiva del cuerpo. Si para la medicina el organismo enfermo es el determinante de un modelo de atención de la salud, para la psicomotricidad la construcción subjetiva del cuerpo en los procesos de salud- enfermedad, es la diferencia que marca una modalidad de atención entre lo que porta biológicamente el sujeto y lo que puede ser de otra manera.

Un modelo teórico que sustenta la práctica psicomotriz sobre la base e influencia de los vínculos temprano en el desarrollo socioemocional del niño, es definido y desarrollado por el psiquiatra John Bowlby (1988), como comportamiento de apego de los seres humanos a la acción de brindar cuidados y protección que resulta indispensable para la supervivencia. Define que “Las interacciones tempranas entre el cuidador y el niño originan un modelo de trabajo interno que operan como referentes en diversas funciones” (Bowlby, 1988).

Este modelo interno se constituye en una conducta de crianza implícita en la conducta de apego que tiene, dice el autor, poderosas raíces biológicas, lo que explica reacciones emocionales y formas detalladas que el comportamiento adopta a partir de las propias experiencias.

Es sobre esta base conceptual donde se enmarcan las acciones, planes y proyectos de la psicomotricidad en los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria y donde la psicomotricidad se posicionaría como un medio fundamental de la experiencia del cuerpo. De esta manera el diagnóstico psicomotor permite considerar los lazos que se van produciendo entre el equipamiento neurobiológico (maduración neurobiológicas de la función motriz), la dinámica familiar (los Otros significantes en la construcción de la individualidad) y el modo cómo el niño construye su cuerpo (vivencia de habitar y sentir el cuerpo). La *precaución* de la psicomotricidad es percibir y comprender, estos anudamientos que se configuran en los procesos de salud- enfermedad. Es el rumbo de la tarea clínico asistencial del psicomotricista, escuchar y observar como el niño está allí en su cuerpo, en su funcionamiento psicomotor desde el diagnóstico médico descriptivo que da cuenta de la lesión real, por sobre lo singular subjetivo.

La concepción psicoanalítica de Donald Winnicott, respecto de los cuidados del niño y su preocupación por la salud, es otro de los aportes que incorpora la psicomotricidad al ligar las estructuras neurobiológicas, la dinámica familiar y el *potencial heredado vinculado al cuidado materno*. El resultado de un progreso sano se logra con lo que él denomina estado de unidad o integración estructurada asociada a las experiencias motrices, sensoriales y funcionales del infante. El estado de unidad (integración soma-psique) se deslinda y se disocia en la salud sosteniendo que el desarrollo depende, al principio de una aportación del medio circundante suficientemente bueno. La salud de los individuos de una sociedad está en estrecha relación con la salud individual que a su vez ha sido conformada desde los procesos de maduración vinculados con el cuidado materno. Como expresa Winnicott (1967), “La salud social depende de la salud individual” (p. 13).

Comprender estas concepciones y valores que conforman visiones particulares de los procesos de salud-enfermedad, reubica a la psicomotricidad en un campo de saberes disciplinar e interdisciplinar respecto a un conocimiento científico y humano de la salud.

Las manifestaciones del cuerpo (mirada, actitud corporal, posturas, gestos, mímica, expresión del rostro, variaciones tónicas) son eficaces y necesarias en la constitución del desarrollo. Los datos que se recoge del niño en su cuerpo y de las relaciones interactivas entre él y su ambiente, son las señales significantes que cobran valor de enunciación en la dinámica de la salud-enfermedad: entre las tensiones y distensiones; entre la gestualidad tónica, como actos y experiencias de percepción en tanto sujeto de la sensación, y las representaciones como interpretación y estructuración de esas experiencias; entre la dependencia constitutiva y la autonomía; entre el acontecimiento biológico y la experiencia subjetiva.

En estas modulaciones se observan los hechos de enfermedad y / o los estados de salud del cuerpo. La corporeidad del cuerpo presente en variaciones tónicas del gesto, no está separada o disociada de los órganos y funciones. La vivencia de un estado sano o enfermo

está integrada a todos los acontecimientos corporales. La psicomotricidad actúa desde una visión indiferenciada que acompaña al sujeto en todas sus manifestaciones psicomotoras, desde las reacciones más primitivas y arcaicas hasta las formas más elaboradas de su pensamiento. La evidencia particular y sensible de los órganos del cuerpo en su relación con el mundo rompe con la universalidad de la regla biológica cuando la psicomotricidad, en su quehacer clínico-instrumental aborda al sujeto en su cuerpo desde las primeras vivencias de satisfacción e insatisfacción. Esta es la forma que la psicomotricidad va constatando la realidad biopsicosocial perceptible en las respuestas tónicas del movimiento humano.

En línea con los criterios de observación y análisis propuesta en la concepción de *Salud Psicomotriz* desarrollados por Ballarino, E y otros,² en el campo de la promoción y prevención de la salud infantil, los indicadores de la salud -enfermedad, están basados fundamentalmente, en la decodificación de las pautas evolutivas más significativas del desarrollo psicomotor que surgen de las posturas, las praxias, la gestualidad, la expresividad de los movimientos, en la relación cotidiana del adulto cuidador con el niño por considerarse, esta intervención primordial, la que promueve la salud y el desarrollo.

Su definición rebasa el estado de completo bienestar físico, mental y social proclamado por la O.M.S. Ballarino E y otros (2001) enuncian que la salud psicomotriz es: Es el estado de completo bienestar del sujeto manifestado en su desarrollo psicomotor, que le permitirá a través de su cuerpo, expresar su particular manera de ser y estar en el mundo y relacionarse, constituyendo estas manifestaciones señales posibles de observar y decodificar en el campo de los significantes (p. 124).

El procedimiento de decodificación de significantes de salud y enfermedad puede ser analizado desde distintas referencias especializadas como las biomédicas, neuropsiquiátricas, psicogenéticas, sin embargo la configuración de un estado de bienestar, va a llevar siempre una impronta propia y singular en las formas en que se manifiestan esas señales.

Ahondando en estos recorridos conceptuales, el pensamiento de Michel Foucault provoca un efecto de reflexión respecto de la observación y presencia de la enfermedad en el cuerpo. Cuando analiza el nacimiento de la clínica, exalta un criterio renovador que tiene la medicina más allá de su sentido probabilístico y clasificador de las enfermedades del cuerpo humano. El sostiene que la posibilidad de percibir y reflexionar en lo visible e invisible con la que el enfermo oculta y muestra a la vez las manifestaciones de sus signos, trazan una reorganización en la mirada de la enfermedad:

La dialéctica simple de la especie patológica y del individuo enfermo, de un espacio cerrado y de un tiempo incierto, es, en principio, desatada. La medicina no deja ver lo verdadero esencial bajo la individualidad sensible, está ante la tarea de percibir y al infinito los acontecimientos de un dominio abierto. Esto es la clínica” (Foucault. 2008. p 137) Se puede comprender que la finalidad de una tarea clínica especializada e interdisciplinaria de la salud, debiera ser la de captar esa modalidad de *ver lo verdadero esencial* con la que se manifiestan cualitativa y cuantitativamente los sistemas complejos del cuerpo mas allá de la secuencia causa-efecto que puede denotar la auscultación de signos clínicos de una enfermedad.

La Psicomotricidad tiene una tarea esencial de actuación en estos procesos y dimensiones que se revelan a la observación, escucha e intervención, para ahondar en los determi

² Hacia una concepción psicomotriz: Proyecto de promoción de la salud psicomotriz para niños de 0 a 3 años que asisten a guarderías comunitarias de zonas urbanas marginales de la ciudad de Córdoba. 2001.

nantes que generan el desorden psicomotor y padecimiento, con todos los que trabajan y orientan las prácticas de la salud, en su entramado organizacional y legal.

Cuerpo y Biopolítica

La responsabilidad de los Estados es organizar y administrar los sistemas de salud pública bajo los supuestos de atender al bien general y particular en la vida de las personas según la O.P.S cuando define las funciones esenciales de la salud pública.

Al respecto, Michel Foucault (2012) caracteriza la biopolítica como “La manera cómo se ha procurado, desde el siglo XVIII, racionalizar los problemas planteados a la práctica gubernamental por los fenómenos propios de un conjunto de seres vivos constituidos como población: Salud, Higiene, Natalidad, Longevidad...” (359). En este sentido, una mirada de la biopolítica presente en el diseño de las políticas públicas, nos lleva a revisar el estado de inclusión de la práctica de la psicomotricidad en los marcos legales e institucionales. Asumiendo que los contextos políticos que rigen en una comunidad son determinantes en las formas de organización de las instituciones, sus visiones se manifiestan en las prácticas e intervenciones concretas de los profesionales en los servicios de atención.

En su marco normativo la organización de las Instituciones está estipulada en estatutos constitucionales como por ejemplo la ley Provincial N° 7625 del régimen del personal que integra el equipo de salud humana y que ordena su funcionamiento. En sus principios fundamentales asume como derechos, deberes y obligaciones la atención integrada e interdisciplinaria de las necesidades de salud del individuo y de la comunidad, la calidad de las prestaciones, el desarrollo de una formación permanente e integral (teórica, práctica y actitudinal), el resguardar la igualdad de oportunidades y la interrelación de los diferentes servicios o sectores.

En su decreto reglamentario N° 5640/88 del capítulo X, anexo IV se describen las funciones del psicomotricista encabezadas de la siguiente forma: “Es el profesional que interviene en el proceso de salud-enfermedad realizando las acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación, efectuando tareas específicas, con el objeto de preservar, mejorar, restablecer y potenciar la salud a través de la integración psico-corporal con el propósito de contribuir al desarrollo armónico e integral del individuo y a su mejor inserción en la sociedad.”

El campo de salud pública plantea en sus bases conceptuales modelos de salud que enuncian políticas que da cuenta de una estrategia de atención, por ejemplo, la Atención Primaria de la Salud (APS) como prioridad de asistencia en todas las estructuras organizativas Nacional, Provincial y Municipal. El Plan Federal de Salud la define como una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud enfermedad atención de las personas a través de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación.

Un modelo de gestión está articulado por relaciones intergubernamentales, materializado entre los planes de salud nacional, provincial y municipal. En este sentido la ley N°7625 y la ley Provincial N° 9133 de Garantías Saludables, que regula el sistema integrado provincial de la salud y garantía del derecho a la salud de todos los habitantes de la provincia sobre la base de la igualdad en el acceso a las prestaciones y de la equidad de la asignación de los recursos, no solo contemplan relaciones laborales de la administración públicas provincial sino que brindan la posibilidad de incorporar recursos humanos especializados como el profesional psicomotricista.

Los sistemas de prestación municipal en la ciudad de Río Cuarto poseen las características del resto del país, con un subsector público y un subsector privado que cubre la Seguridad Social. El subsector público cuenta con efectores dependientes de las jurisdicciones Provincial y Municipal, perteneciendo a esta última más de los dos tercios del total de los establecimientos, la mayoría son de nivel I y II³, mientras que el ámbito provincial es el responsable de la totalidad de los efectores del nivel III de atención. El efector provincial es el hospital San Antonio de Padua. Atiende la demanda de los departamentos Río Cuarto, Juárez Celman, Calamuchita, Tercero Arriba y parte de la provincia de San Luis y La Pampa. El recurso humano de la Institución se rige por la ley provincial 7625 que cumple normativas emitidas por el Ministerio de Salud Provincial.

La política de salud municipal de Río Cuarto se aplica a través de diferentes centros de atención: un centro de salud, con consultorios externos de diversas especialidades; 16 centros periféricos distribuidos estratégicamente en diferentes zonas de la ciudad y una fundación maternidad Kowal de nivel II para la demanda infantil obstétrica de bajo riesgo. El programa de Salud municipal se basa en la estrategia de la A.P.S.

Las formas de atención a la enfermedad, presentes en las normativas y organización sanitaria (leyes, estrategias de atención, cobertura de servicios, administración de programas y planes de salud), al decir de Foucault (2012), “No se pueden disociar esos problemas del marco de racionalidad política dentro del cual se manifestaron y adquirieron su agudeza” (p 359).

Cabe la posibilidad de considerar un tratamiento reflexivo de la salud enfermedad en lo que subyace a su administración y gestión. Si bien estas formas de hacer están asentadas e incluidas en una ley que las legitima, creemos que su alcance y proyección no se percibe en la conformación de los equipos de salud humana. ¿Por qué? ¿Cuáles son sus razones?, el sistema médico hegemónico: ¿está asentado en una estructura científica que lo legitima y le otorga una posición dominante respecto de los saberes de otras disciplinas en el ámbito de la salud? ¿La conformación y administración de los equipos de salud refleja ese dominio o posición dominante? Correlato de la concepción biopolítica y revisión de nuestro análisis.

Para ahondar la necesidad de atención Psicomotriz y opinión respecto de la situación en la ciudad de Río Cuarto, se entrevistó a los funcionarios locales del área responsables de la Dirección del Hospital Regional, de la Maternidad Provincial, Dirección de gestión municipal y Coordinación de Red de Rehabilitación del programa de inclusión sanitaria. Las preguntas realizadas, refirieron al cumplimiento de la Ley provincial de los equipos de salud humana, opinión respecto de la necesidad de atención psicomotriz en los centros donde desempeña sus funciones y concepción de salud que ellos sostienen.

Paralelamente se instrumentó una encuesta a 35 profesionales de salud, entre ellos, médicos pediatras, médicos neonatólogos, asistentes sociales, enfermeras y dos Psicomotricista que desempeñan tareas en atención Temprana del desarrollo. La misma fue voluntaria y anónima. Los encuestados respondieron sobre el conocimiento y aplicación de la ley provincial 7625⁴; acerca de los desórdenes psicomotores más frecuentes que se derivan, los profesionales a quienes se derivan y las edades de los niños; aquellas prioridades en la conformación profesional de un equipo de salud; y la valorización de la atención de los servicios de salud pública tanto provincial como municipal. en los centros de atención local: 1-Centro de Salud Municipal, Cabrera (Cabeza administrativa, Nivel central) y 12

³ Distintos niveles de complejidad de Atención.

⁴Ley del régimen de personal que integran los equipos de salud humana

centros periféricos (Dispensarios) 2- Hospital Provincial Regional “San Antonio de Padua”, 3- Maternidad Kowal.

De los datos surgidos del relevamiento de los profesionales encuestados (Fig. 1a), muestra una visibilidad parcial de la atención Psicomotriz en sus alcances, prácticas y servicios. Un importante porcentaje de agentes de salud (74%) desconoce la Ley 7625. De esto se puede inferir que las acciones de atención, prevención, promoción y rehabilitación se efectivizan medianamente, sin garantizar un abordaje integral e interdisciplinario. A partir de la reconstrucción de un diálogo con un funcionario directivo de salud entrevistado, puede vislumbrarse algunas de las valoraciones que realiza respecto del estado de cumplimiento de la Ley por los profesionales y del significado social asumido por la medicina: “En este centro (Maternidad Kowal) no es necesario la atención Psicomotriz, si es necesario una consulta, se lo deriva al centro de salud *municipal u hospital*”. “*La atención pública es despersonalizada*”. “*Parece que el equipo de salud son los médicos*” (...) “*Hay una ley pero ¿quién la cumple?*” (...) “*El concepto de salud es interdisciplinario pero la gente quiere ser atendida por el médico*”. “*Es muy filosófico entender la salud, es muy problemático*”. “*La medicina con la que nos formamos era curar enfermos*”.

Creemos que un conocimiento más profundo y juicioso de una ley permite obtener *herramientas para las demandas* por ejemplo en la conformación de equipos para la atención integral de las personas y realizar derivaciones pertinentes. Este importante desconocimiento del principal marco normativo contradice el espíritu preventivo que expresa esta ley y alerta sobre la necesidad de difundir la normativa vigente entre los profesionales con el fin de reflexionar y discutir sus alcances.

El porcentaje observado en las derivaciones de niños con desórdenes psicomotores (Fig. 1b), revela que hay un 51,4 % que deriva a servicios de psicomotricidad respecto a un 36,2% que no lo hacen; si bien se tiene en cuenta que en el circuito público hay sólo dos profesionales psicomotricistas; el 13% restante no contesta a la pregunta.

Tomando en cuenta el importante porcentaje de profesionales que no deriva, podemos preguntarnos ¿cuál es el grado de reconocimiento social de las profesiones? Qué tipo de atención se brinda a niños con desordenes psicomotores que conforman el porcentaje no derivado? Tratando de hallar una respuesta a estos interrogantes, se encuentran las expresiones del vicedirector del hospital que dice: “Los trastornos del desarrollo se sostiene desde un modelo interdisciplinario que están centrados en la patología sin otros aportes” (...) “*El rol médico responde, todavía, a un modelo clásico de rehabilitación*” (...) “*Para el médico el chico es un Down, un parálítico cerebral, un prematuro, que responde a un modelo ontológico de sujeto diferente al concepto de sujeto de deseo*”.

El director de la maternidad continúa: “Las especialidades, al no ser demandantes, los médicos retienen la derivación” (...) “*Hay una formación de la medicina que mas que prevenir, la función es atender*”.

En estas expresiones se puede percibir claramente que la atención a los desórdenes es escindida la subjetividad de los procesos de salud enfermedad, centrado aún en un modelo clásico de rehabilitación. Lo importante aquí es la patología pero no la persona como ser integral.

Al considerar los trastornos psicomotores más frecuentes que motivan los procesos de derivación surge que, el 51,4% lo hacen cuando detectan retrasos madurativos, retraso

psicomotor, patologías neurológicas, trastornos generalizados del desarrollo, hipotonías, hipertónicas, prematuz, déficit de atención, debilidad motriz, torpeza motriz, apraxias, parálisis cerebral, inestabilidad e hipoxia perinatal, con una derivación prevalente en los dos primeros desordenes. El 48,9% de las derivaciones son realizadas entre cero y tres años de edad y el 31,1%, entre tres y seis años y el 20% restante entre seis y doce años. Esta distribución porcentual decreciente que motiva la derivación según aumentan las edades de los niños, revela la práctica de una detección temprana. Esto estaría en congruencia con una visión normalizadora del cuerpo, desde donde se pretende habilitar las funciones evolutivas, analizadas en el cuerpo real con parámetros objetivos (signos, indicadores físicos y funcionales), que establecen la diferencia entre lo normal y lo patológico y un mayor ejercicio de este control sobre las edades tempranas. Entendemos que una *intervención y derivación funcional* del retraso, de la inmadurez, de la prematurez, le sería insuficiente al niño por dejarlo *fuera de su propia subjetividad*, de sus modos de relación y de acción.

Las palabras del ex director del hospital (año 2012) pone en relieve la necesidad de la misma manifestando que: “La atención del recién nacido es el futuro del país y lamentablemente ni nosotros ni la educación le están dando la importancia que se merece. En algún momento, algún ministro le hará *un clic para hacerse cargo*” (...) “*Cuando no se realizan las funciones de recuperación que hacen falta, es el mismo gobierno que discrimina. No atender esto es discriminar, no incluir la atención especializada*”.

Ante la pregunta ¿qué profesionales de la salud prioriza para conformar un equipo de trabajo?, el 51,4% prioriza en primer orden a las profesiones médicas (neurólogos, pediatras, clínicos, neonatólogos), mientras que la posición donde aparece la psicomotricidad junto a psicólogos, psicopedagogos, fonoaudiólogos, asistentes sociales, se encuentra en un segundo y tercer orden conformando un 37,4% de las respuestas. Sólo un 11% considera a todos los profesionales incorporados a la ley 7625, con igualdad de prioridad para la conformación de un equipo. Esta distribución revela, en cierta medida, una persistencia en las representaciones de los profesionales de los valores que promueve el sistema médico hegemónico y que resiste aun, un cuestionamiento de su legitimidad y validez.

La posición política que se visualiza en la entrevista con el subdirector del hospital local reafirma la visibilidad que hoy presenta la conformación de los equipos humanos en el sistema de salud. “La atención psicomotriz no está jerarquizada en los equipos interdisciplinarios y no surge, en los médicos, el trabajo interdisciplinario” (...) “*Hay que revertir el paradigma o modelo médico hegemónico (...)* La definición de la salud de la OMS es válida, no deja de ser una definición médica, pero es insuficiente” “*La salud es una categoría tan compleja que no admite únicamente un estado de bienestar*”(…) “*El concepto de salud hoy se prioriza porque se abre un hospital o se inaugura un aparato, no porque se conciba a la salud como una biopluralidad*”(…) “*El estudiante de medicina, en su currícula, su formación refleja la definición de salud hoy*” “*Si queremos cambiar el modelo hay que hablar de enunciados discursivos con apertura de lo posible, sin seguir dando definiciones acabadas, cerradas*”.

Si consideramos las opiniones de todos los entrevistados y encuestados como actores sociales importantes, y en cierta medida protagonistas, de los recorridos que realiza un sistema de salud, sus respuestas resultan significativas en tanto expresan cierta ambigüedad en el decir y en el hacer. Si bien entendemos que la salud es una dimensión compleja, no por ello, en su complejidad dejamos de preguntarnos. ¿Cuál es el modo en que se ejerce una política del cuerpo? ¿Cuál es el modo en que se construye el conocimiento de la salud enfermedad? ¿Desde dónde se definen los parámetros de la salud? Cuando la subsecretaria de salud local manifiesta: “*Hoy el sistema de salud se encuentra anémico y anómico*” o “*Hay pocos psicomotricistas, se le da prioridad a otras disciplina...*” o “*...los médicos se*

creen los jefes del equipos, son estructurados, llevan anteojeras, se prioriza la patología y no la prevención, puede interpretarse la ambigüedad entre un estado de conciencia de los problemas de salud y los procedimientos en las soluciones que se plantean al paradigma salud-enfermedad-atención.

Consideraciones Finales.

Nos hemos propuesto revisar cómo es valorada la psicomotricidad como disciplina en las prácticas, dentro de las estructuras de salud, vigentes en la ciudad de Río Cuarto.

Desde una perspectiva integradora de la salud puede hacerse un análisis sobre tres ejes: el campo conceptual, el legal y el político, todos fundamentales para comprender en qué estado de inclusión, pertinencia y participación se encuentra nuestra disciplina.

Desde lo conceptual y legal vimos que las actuales legislaciones contemplan la visión integral de la salud y el carácter interdisciplinario que conlleva considerar los procesos de salud enfermedad. El saber psicomotor, que se especifica en los enunciados de la ley provincial de salud, otorga validez y derecho en las formas de integrar los equipos profesionales en el ámbito de la administración pública de la salud.

Desde lo político aparecen contradicciones. Por un lado en la implementación de las políticas públicas no se insiste en esta visión integradora, constatándose un cumplimiento parcial de la ley. Si una ley es una decisión que se toma para que algo se haga de cierta manera, la efectividad de su cumplimiento se debería observar en su práctica.

Por otro lado, hemos apreciado que las representaciones de los profesionales aun se encuentran permeadas por los valores que sostiene el sistema médico hegemónico evidenciada en la desigualdad de las profesiones que conforman los equipos. Pareciera, que todavía, la problemática de la salud, se resuelve desde la medicina basada en la evidencia, desconociendo y/u omitiendo los problemas subjetivos que puedan afectar la sensibilidad corporal que liga la función motriz con la actividad psíquica.

Si pensamos al sujeto de la salud-enfermedad como una apropiación de un sistema médico hegemónico que excluye un importante aspecto del ser humano insistiendo en curar así las dolencias del cuerpo para lograr el *bienestar psicofísico*, seguiremos sin resolver la complejidad de las instancias subjetiva y objetivas de la salud; ¿Cuánto del los procesos emocionales en el cuerpo son abordados hoy en las prácticas que se llevan a cabo en los servicios de salud? Si las praxis, como dice, Paim (2011) fueran concebidas como: La articulación del pensamiento y la acción, en el pensamiento cabe considerar conceptos y teorías, valores e ideologías, tecnología y ciencias para alcanzar la acción comunicativa, que apunta al alcance existencial, construyendo sujetos, además de la producción de bienes y servicios (p.134).

Este pensamiento tendría sentido en una discusión que supone una tensión necesaria entre ideas, fundamentaciones, y posiciones epistemológicas para revisar qué lugar se le da desde los Estados, las Instituciones y los servicios de atención a la conformación de equipos especialistas para tratar de resolver la realidad de la salud- enfermedad; qué lugar se le da a otras representaciones y prácticas no biomédicas, como la psicomotricidad, que se han consagrado históricamente con características más bien contra hegemónicas y que se oponen a una visión del sujeto como portador de una enfermedad sin considerar su realidad integral.

Profundizar las causas por las cuales hay un 36% de profesionales médicos que no derivan los trastornos psicomotores, es indagar en la dimensión conceptual y política de la salud y analizar cómo la practica psicomotriz se interrelaciona en este ámbito.

Se puede pensar que la realidad de la inclusión parcial de la psicomotricidad en los equipos de salud, respondería a una lógica donde los significantes del cuerpo son objetos de

control y vigilancia para su recuperación y/o prevención en contraposición a una lógica en la recuperación y/o prevención de la salud que atiende los procesos subjetivos y singularizados. Si el cuerpo es pensado, únicamente, como un objeto de la enfermedad, esto, puede obstaculizar una mirada pluralista de la salud sin apertura a otros discursos.

Cuando la salud es interpretada interdisciplinariamente, incrementa sus posibilidades de comprensión del conjunto de factores que inciden en su determinación. El funcionamiento del cuerpo en su trama tónica emocional, en la cura Psicomotriz, requiere de una posición terapéutica para acompañar a las personas en su proceso de recuperación.

También sería función de la psicomotricidad, problematizar un orden, cuando cree que los efectos, en la recuperación, prevención y promoción de la salud, se llevan a cabo en estructuras determinadas y determinantes que condicionan un accionar, sin la posibilidad de que se habiliten todos los saberes científicos que pueden aportar y pensar en la salud.

La teoría de la psicomotricidad, sobre el proceso de salud-enfermedad-atención, contrasta visiblemente con una teoría puramente biológica cuando la única evidencia del cuerpo es referenciada por síntomas y/o funciones vitales desprovistas de significantes emocionales del cuerpo, por quedar la vivencia, reducida a una necesidad biológica.

Las características subjetivas de los procesos perceptivos motores, resultan fundante del potencial simbólico del desarrollo humano. Su sentido e interpretación es indispensable para promover la salud cuando las vicisitudes del cuerpo afectan la constitución del ser y estar en el mundo.

Las ideas, hasta aquí expuestas, no concluyen el tratamiento y debate del estado de inclusión y participación de la psicomotricidad en campo de la salud. La intención de haber puesto en análisis nuestra realidad local, para hacer visible la incorporación de la práctica Psicomotriz en los sistemas de salud vigentes, nos sigue motivando a repensar nuestras actitudes y aptitudes en el marco de la praxis y formación ético profesional para alcanzar eficacia en complementariedad con las ciencias que afrontan los problemas de la salud integral.

Bibliografía.

1. Ballarino, M; Domijan Deymié, A; Gabbi, J; Gelmetti, M; Rova, V; Sarnago, M. (2004) Hacia una conceptualización de salud Psicomotriz en saberes y haceres: un camino recorrido entre todos. Córdoba, Argentina: Ediciones del boulevard. S.R.L.
2. Barroso, A; Parrone, M. (2004). La Psicomotricidad en el ámbito de la salud pública en saberes y haceres: un camino recorrido entre todos. Córdoba, Argentina: Ediciones del boulevard. S.R.L.
3. Bowlby, J. (1989). Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
4. De Ajuriaguerra, J; Angelergues, R. (1962). De la psicomotricidad al cuerpo en la relación con el otro. A propósito de la obra de Henri Wallon en Revista La Hamaca. Cuerpo- Espacio- Identidad, N° 10. Buenos Aires, Argentina: Fundari-Cidse.
5. De Ajuriaguerra, J. (1973). Manual de psiquiatría infantil. Barcelona, España: Editorial Masson. S.A.
6. Foucault, M. (2012). Nacimiento de la biopolítica. Buenos Aires, Argentina: Fondo de cultura económica.
7. ___ (2008). El nacimiento de la clínica. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores Argentina.
8. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. (2006). Salud y Sociedad en Posgra-

do en Salud Social y Comunitaria. Módulo I. Buenos Aires, Argentina: Responsable Editorial Mariela Rossen. 1° ed. Ministerio de Salud.

9. Samaja, J. (2007). Epistemología de la Salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial S.A.
10. Silva Paim, J. (2011). Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
11. Testa, M. (2007). Decidir en Salud: ¿Quién? ¿Cómo? Y ¿Por qué? Salud Colectiva. 2007, 3 (3):247-257. Winnicott, D. (1992). Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Barcelona, España: Editorial Paidós.