

Entre discursos de protección y prácticas institucionales. Análisis de procesos de atención de salud en infancias en ámbitos público y privado en Santiago del Estero 2019[♦].

Laurencia Silveti*
Candela Chávez**

Resumen

Este trabajo analiza experiencias relacionadas con procesos de atención de salud en infancias, identificando articulaciones conceptuales con implicancia política, social y subjetiva en dos centros de salud, uno privado y otro público, de la provincia de Santiago del Estero durante 2019. El objetivo del trabajo es identificar dinámicas relevantes de funcionamientos institucionales en relación con los marcos jurídicos y normativos que se constituyen desde la perspectiva de protección y derechos de las infancias. Para ello, se realizó un análisis cualitativo de experiencias registradas en los dos ámbitos, a partir de una interpretación crítica que no se reduce sólo a la particularidad de la experiencia en sí, sino que implica relaciones concretas con el contexto, los desafíos vigentes y las fuerzas e intereses en juego que permiten contextualizar y construir un enfoque local. Entre los resultados encontramos que los discursos de protección de infancias, presentes en las leyes nacionales y locales, son necesarios, pero no suficientes para garantizar la transformación de las prácticas de atención en infancias en el ámbito público y privado, donde se refuerzan estrategias biomédicas. Este análisis se propone como apuesta para abrir espacios de reflexión acerca de las tensiones entre discursos y prácticas institucionales en torno a los procesos de atención de la salud situada de las infancias

Palabras claves: Infancias; Instituciones; Discursos; Prácticas.

Abstract

This paper analyzes health care processes in infancy identifying conceptual articulations and practices with political, social and subjective implications in two health centers, one private and one public, in the province of Santiago del Estero during 2019. The aim of the work is to identify relevant dynamics of institutional functioning in relation to

[♦] Una versión preliminar de este trabajo fue presentada en formato Poster en el VI Encuentro Nacional de Fórum Infancias. Subjetividades y derechos en infancias y adolescencias hoy que tuvo lugar el 1-2 noviembre del 2019 en la ciudad de Córdoba, Argentina.

* Lic. en Psicología (UCSE). Magíster en Salud Familiar y Comunitaria (UNSE). Doctoranda en Salud Colectiva (UNLa) Becaria doctoral INDES-CONICET. Docente en FHCSyS-UNSE.

** Psicóloga Clínica en espacio Terapéutico INFAN, Santiago el Estero.



the legal and normative frameworks that are constituted from the perspective of protection and rights of children. To this end, a systematization of experiences recorded in the two areas was carried out, based on a critical interpretation that is not reduced only to the particularity of the experience itself, but involves concrete relationships with the context, the challenges in force and the forces and interests at play that allow contextualizing and building a local approach. Among the results, we found that the discourses of protection of children, present in national and local laws, are necessary but not sufficient to guarantee the transformation of the practices of care for children in the public and private spheres, where biomedical and medicalizing strategies are reinforced. This analysis is proposed as an attempt to open spaces for reflection on the tensions between institutional discourses and practices around the processes of health care for children.

Key words: Childhood; Institutions; Discourses; Practices.

Introducción

En este artículo analizamos experiencias de trabajo en salud con infancias, en el ámbito institucional público y privado en Santiago de Estero, Capital, durante 2019. Los escenarios que conforman este análisis de experiencias corresponden, por un lado al ámbito público en el Centro Provincial de Salud Infantil “Eva Perón” (Cepsi) -centro pediátrico de referencia del noroeste argentino- y, por otro lado, al ámbito privado, a partir de los procesos de atención en el espacio terapéutico de atención psicológica “Infan”, ambas instituciones de las que las autoras forman o han formado parte como personal asistencial en áreas interdisciplinarias de atención a infancias. En ambos escenarios se hacen presentes procesos de atención que permiten identificar articulaciones interinstitucionales (hospitales, escuelas, familias), conceptuales y prácticas que configuran discursos y acciones sobre las infancias y la implicancia política, social y subjetiva que atraviesa estos procesos. El objetivo de este trabajo es abrir espacios para la reflexión acerca de las tensiones entre discursos y prácticas en torno a los procesos de atención de la salud en las infancias desde una perspectiva situada, a partir del análisis y caracterización de experiencias de atención en el ámbito público y privado en la ciudad de Santiago del Estero, durante 2019.

Partiendo del reconocimiento de que no es frecuente que las instituciones implementen políticas y acciones de sistematización y/o de evaluación de las prácticas, en general por falta de tiempo y de recursos para sostenerla. En ese sentido, entendemos que este trabajo sirve para aportar a esta vacancia. Sin embargo, se reconoce también que existen ciertos límites a la hora de pensar los alcances del análisis de las experiencias, como elementos singulares que reflejan configuraciones de dinámicas más amplias en sus relaciones. En esta labor se busca integrar las experiencias de atención institucional como procesos históricos y complejos en los que intervienen diferentes actores, intereses y



acciones, que se realizan en un contexto económico-social determinado y en un momento institucional del cual las autoras forman o formaron parte.

Nos interesa analizar dinámicas de funcionamientos institucionales en relación con los marcos jurídicos y normativos que se constituyen desde la perspectiva de protección y derechos de las infancias -Ley Nacional n° 26610 y Ley Provincial n° 6915- y, a partir de ello, producir reflexiones para la construcción de nuevos escenarios. La significatividad de los resultados radica en el análisis de experiencias y su interpretación crítica, que no se reduce sólo a la particularidad de la experiencia en sí, sino que implica relaciones concretas con el contexto, los desafíos vigentes y los intereses en juego. De este modo, se habilita una contextualización y construcción de un enfoque situado para comprender más profundamente los aspectos relevantes de las experiencias.

Santiago del Estero, provincia del noroeste argentino, es una de las provincias caracterizada históricamente por sostener los niveles más bajos de Desarrollo Humano (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2002) y por una estructura de desigualdad y pobreza históricas (Silveti, 2020) lo cual configura elementos relevantes al analizar la determinación social de la salud (Breilh, 2013). Según datos del INDEC (2018), la situación de pobreza en la provincia afecta casi al 45% de la población del conglomerado urbano Santiago del Estero-La Banda, el más alto de todo el país, según datos oficiales. En relación a la cobertura de salud, en Santiago del Estero, menos del 40% de los menores de 18 años tiene cobertura de obra social, mutual o prepaga (UNICEF, 2016). Por último, estos datos se dan en un contexto nacional que no presenta distancias considerables: según el último informe del Barómetro de la Deuda Social de la Infancia (UCA, 2018), el 62,5% de los menores de hasta 17 años tiene alguno de sus derechos vulnerados.

Con lo descripto, la pregunta de la que partimos es ¿de qué modos los discursos y prácticas presentes en los procesos de atención de salud en infancias en la ciudad de Santiago del Estero, desde el ámbito público y privado, revelan procesos políticos y sociales más amplios? El supuesto del que parte este trabajo es que los procesos de atención de salud en infancias, en el ámbito público y privado, reflejan dinámicas sociales y políticas más amplias, a partir de las cuales se establecen tensiones y jerarquizaciones entre distintos conjuntos sociales, específicamente en infancias y su diversidad.

Marco teórico

Este trabajo se construye a partir de una perspectiva afín a la corriente de la Salud Colectiva Latinoamericana (Silva Paim y Almeida Filho, 1999). Esta perspectiva comprende la relevancia del estudio de las dimensiones institucionales y de organización de los procesos de atención en salud como elementos que configuran determinadas experiencias singulares y colectivas en relación con el proceso salud-enfermedad-atención-cuidados (PSEAC) en los contextos sociales, políticos y económicos que los enmarcan. Así, la Salud Colectiva se muestra productiva al abordaje de este trabajo, al reconocer la



complejidad inherente a las dimensiones salud e infancia y su relación con los procesos de atención institucionales. Dicha perspectiva teórica permite construir articulaciones entre las diferentes disciplinas e instituciones que convergen en el campo de la salud, abarcando un conjunto complejo de saberes y prácticas, técnicas científicas y culturales, ideológicas, políticas y económicas, en el marco del reconocimiento del derecho a la salud y la ciudadanía.

Ciertamente, el estado de salud de la población de un país no depende solamente de sus oportunidades de acceso a los servicios de salud y al personal sanitario, del modelo de prevención y atención de enfermedades, o de la arquitectura institucional y el financiamiento del sistema de salud (Spinelli, 2010). Existen otros factores que trascienden lo mencionado, pero que tienen una gran incidencia sobre el estado de salud de la población, y que hacen por ejemplo a: la infraestructura de vivienda, al acceso al agua potable y saneamiento, y a las posibilidades de nutrición. Estos indicadores, a su vez, se relacionan con el acceso a la educación, las oportunidades de empleo decente, de la distribución del ingreso y de la dinámica de crecimiento de la economía. La salud, entonces, no es una dimensión aislada e individual sino un aspecto esencial de procesos más general del desarrollo estructural de un país (PNUD, 2011).

Respecto de la caracterización general de las formas de atención en salud, retomamos lo planteado por Menéndez (2003) quien refiere que, históricamente los conjuntos sociales se organizaron para dar respuestas a los padecimientos, constituyendo así, un conjunto de saberes válidos para su tratamiento. Estos saberes implican la construcción de acciones, técnicas e ideologías. Una parte de la organización de éstos saberes será operacionalizada desde esferas profesionales. A partir de las distintas profesiones y la operacionalización de saberes sobre la salud, se desarrollarán estrategias de acción, como la producción de curadores reconocidos institucionalmente. Siguiendo al autor, en la mayoría de las sociedades latinoamericanas en la actualidad, el proceso salud/enfermedad/atención opera en un campo sociocultural heterogéneo, con diferentes formas de desigualdad, inequidad y estratificación social, que suponen la presencia de relaciones de explotación económica, así como también, de hegemonía/subalternidad en términos ideológicos. Algunos ejemplos de ello son la escasa o inexistente perspectiva intercultural en los servicios de salud, la focalización en la responsabilidad individual de la enfermedad y la jerarquización del saber médico sobre otros saberes. Estas relaciones de hegemonía/subalternidad operan a nivel de los sujetos, de las instituciones y de los conjuntos sociales en las prácticas micropolíticas e intersubjetivas cotidianas. Reconocer este aspecto relacional de la atención en salud permite ampliar la mirada sobre los modos de atención, las estrategias de cuidado, las necesidades y demandas de las infancias y los supuestos que subyacen en las políticas públicas relacionadas con las infancias.

Analizar la infancia, como etapa del ciclo vital sobre la cual los Estados deciden intervenir, implica reconocer que se trata de un constructo socio-histórico, cultural y político que cuenta con un amplio campo de investigaciones históricas y sociológicas



(Zelmanovich y Minnicelli, 2012). Partiendo de esta premisa, Lionetti y Míguez (2010) analizan a las infancias como un emergente de procesos sociales y culturales que pueden rastrearse en prácticas jurídicas, médicas, educativas, psicosociales y familiares de múltiples agencias sociales. Se puede hablar de infancias en plural más que de infancia en singular. Desde esta perspectiva, los términos “niño”, “niñez”, “infancia”, “menores”, entre otros constituyen construcciones socio-históricas del lenguaje. Estas construcciones se encuentran directamente relacionadas con diversos aspectos tales como: la organización social, y económica de cada región, las pautas de crianza predominantes en cada época, los intereses sociales y políticos en cada momento histórico, las teorías pedagógicas imperantes, el desarrollo de la perspectiva de derechos humanos y de políticas sociales en relación con esta etapa de la vida, cambios políticos, económicos y legales, luchas sociales, el avance de las ciencias, entre otros (Faas, 2017). Se podría decir entonces, que no hay un concepto unívoco de infancia (Minnicelli, 2008).

A su vez, las perspectivas de derechos proponen la reflexión sobre aproximaciones que, a menudo, hablaban de infancias a partir de lo que las políticas públicas definieron para construir sus intervenciones. Lo anterior evidenció un abordaje que no lograba percibir correspondientemente los complejos entramados vinculares que constituyen a las infancias como categoría y sector social en el fuero mismo de la sociedad civil -las interfaces entre la familia, la escuela, el barrio, etc.- (Lionetti y Míguez, 2010).

A menudo, todo este entramado socio-cultural, junto con el avance de las neurociencias y la farmacología, condujo en los últimos años, a rotular a las infancias según ciertos síntomas que presenten en relación con las normas institucionales, dejando de lado la singularidad que les caracteriza como sujetos en esta etapa del curso vital (Dueñas, 2019). Siguiendo a Zelmanovich y Minnicelli (2012), podemos decir que la *institución infancia* ha ido cambiando, asistiendo actualmente a diversas formas de vivirla. Esto sugiere la necesidad de reconstruir los discursos, políticas y acciones que buscan normalizar y homogeneizar su condición.

De esta manera, las dinámicas de vinculación entre el discurso y la práctica en las instituciones se constituyen como acontecimientos sociales, políticos y subjetivantes, ya que, de acuerdo con Spinelli (2010):

allí reside la complejidad y el desafío que debe ser pensado en la relación de estructuras que son estructurantes pero que, a su vez, son estructuradas por la acción de sus agentes, en el marco de procesos de reproducción y dominación social que naturalizan las formas institucionales vigentes (p. 1)

Respecto del sistema de salud nacional, Stolkiner (2017) reconoce que uno de los principales problemas del sistema de salud de nuestro país, fuertemente segmentado y fragmentado, se expresa en su estructura propia, que resiste los intentos de transformación debido al carácter corporativo de sus actores. Impera en ellos una lógica mercantilista,



articulada a dinámicas globales e históricas, que no permite el sostenimiento de la dignidad por sobre la cosificación de las vidas.

Antecedentes

Entre los antecedentes de trabajos que se ocupen de procesos de atención de salud en infancias desde enfoques interdisciplinarios encontramos diversos desarrollos a nivel nacional (entre otros, Janin, 2019; Untoiglich, 2019; Levin, 2020; Vasen, 2020; Dueñas et al., 2014). Dichos trabajos se desarrollan desde la perspectiva de derechos en articulación con los contextos sociales, políticos y económicos más amplios que configuran experiencias de producción de subjetividad singulares y colectivas, donde las instituciones juegan un rol significativo en la estructuración de la vida cotidiana.

Por su parte, la historia social de las infancias constituye una de las contribuciones disciplinares más prolíficas y sugerentes de los últimos tiempos, donde diversidad de enfoques y abordajes metodológicos otorgaron visibilidad a un universo ausente y silenciado en el pasado. Esto sugiere la necesidad de articulación reflexiva entre las estrategias políticas, las investigaciones, los avances científicos y los debates sobre el tema para una elaboración y puesta en acto situadas. Es posible establecer entonces que los sentidos y significados de infancia, en tanto significante que tiene una comunidad dada, constituyen un conjunto de saberes implícitos y cotidianos que se manifiestan como una realidad psicosocial. De este modo, se configuran procesos de subjetivación singulares y colectivos ya que constituyen a su vez, un modo de proyectar el sistema de valores y de aspiraciones de una sociedad, caracterizan a quienes las expresan y tienen un efecto sobre aquellos quienes son designados (Lionetti y Míguez, 2010).

Siguiendo a Llobet (2008), se puede establecer que el lugar de los discursos sobre los sujetos en las políticas sociales abre la posibilidad de analizar las prácticas de subjetivación imbricadas en la propia definición de las políticas, como dispositivos que aportan en la reproducción de la estructura social en tanto red de micropoderes, por medio de la construcción de campos disciplinares, instituciones prestadoras de servicios, un cuerpo de técnicos calificados y un conjunto de prácticas normalizadoras (Fleury en Llobet, 2008).

En el contexto local, el trabajo de Silveti (2019) abordó la configuración socio-histórica de escenarios de posibilidad y límite de las estrategias políticas sanitarias pediátricas en la provincia de Santiago del Estero, focalizando en el Centro Provincial de Salud Infantil “Eva Perón” (Cepsi) como escenario de análisis de la relación entre discursos y prácticas sobre la atención y la gestión de la salud en infancias con perspectiva histórica. Este Centro, inaugurado en 2008, se propuso transformar paradigmas de atención y gestión de la salud de las infancias en la Provincia y en la región. De esta manera, cabe entonces analizar los procesos de atención de salud en infancias con enfoque interdisciplinario en ámbitos público y privado, para reflexionar sobre la producción y usos de las políticas públicas en infancias, como espacios de producción de subjetividad, con enfoque situado.



Metodología

En trabajos anteriores se abordaron cualitativamente experiencias locales de atención en salud (Silveti, 2019; Silveti, 2022). En este trabajo se realiza un análisis y reflexión a partir de esas primeras sistematizaciones. Se retoman experiencias sistematizadas (Jara, 2001; 2012; Unday y Valero, 2017) buscando generar una reconstrucción narrativa teniendo en cuenta la secuencia y coherencia global del proceso en su conjunto, la definición del objeto a sistematizar y la identificación de prácticas significativas. Dicha reconstrucción es un punto de partida para el análisis de las experiencias, análisis que profundizamos en este artículo. El eje de indagación para el análisis es la dinámica resultante del vínculo entre discursos y prácticas que manifiestan formas de inclusión/exclusión de las infancias en el ámbito local; desde la medicalización, patologización y jerarquización de saberes en los dispositivos institucionales. A partir de dicho eje se puede identificar grietas en las experiencias que, dentro del marco de las políticas públicas vigentes, reflejen la posibilidad de introducir nuevas formas, miradas, ejercicios de ciudadanía en la infancia como procesos de subjetivación y de transformación de lo establecido en el espacio social (desde la escucha, la accesibilidad, respeto por los tiempos y lugares, el alojar al otro sujeto).

Dentro de las limitaciones de esta metodología, siguiendo a Jara (2001) retomamos algunas preguntas para profundizar en esta estrategia metodológica: ¿qué se puede y qué no se puede hacer con la sistematización?; ¿qué puede aportar la sistematización de una experiencia particular a otras? ¿son válidas y generalizables las lecciones de una experiencia para otras? El autor refiere que estas inquietudes permiten reconocer que la sistematización, como metodología de investigación, proporciona sugerencias, intuiciones, pistas, provocaciones, desde sus propios aprendizajes, que puedan incentivar a otras experiencias, pero que en ningún caso se podría establecer una replicabilidad mecánica de experiencias. Remarca a su vez, que el intercambio de saberes es fundamental en esta perspectiva, pero no solamente un intercambio descriptivo de narraciones, sino también de aprendizajes analizados con perspectiva crítica y situada.

Desarrollo

Las experiencias de trabajo y atención de la salud en infancias que se analizan en este trabajo corresponden a la esfera asistencial en el Cepsi y en el consultorio privado en el centro terapéutico “Infan”. Estas experiencias resultan relevantes, no solo por el contraste que se produce al analizar los ámbitos públicos y privados, sino también debido a que se trata de experiencias de atención que se construyen desde el trabajo interdisciplinario e interinstitucional. Esto permite reconocer entramados disciplinares y sus relaciones en la



construcción de discursos y prácticas sobre la salud en infancias. La articulación con las profesiones médicas en el ámbito público y con la docencia en el ámbito privado, brindaron una diversidad de elementos de análisis acerca de las formas en que se piensa y se actúa respecto de las infancias desde las instituciones que resultó provechoso relacionar. Entre ellas, la relación entre discursos y prácticas institucionales, sus perspectivas de abordaje sobre NNyA (niños, niñas y adolescentes) y sus problemáticas en torno a la salud, las cuales revelan ciertas formas de ejercicio de ciudadanía (Minnicelli, 2019).

En cuanto al Cepsi, este centro se localiza en la ciudad Capital de Santiago del Estero, y es el centro de atención pediátrica más importante de la provincia y la región. Se inauguró en 2008 y propuso innovaciones en términos de atención, gestión y organización de servicios de salud respecto de lo que sucedía en el antiguo hospital de niños y en los demás hospitales de la provincia. Entre los cambios que llevó a cabo, se observa una articulación entre tres tipos de direcciones (médica, ejecutiva y administrativa), innovación aparatológica, un presupuesto autárquico -para reducir la burocracia administrativa centralizada- y una gestión y atención ligada en lo discursivo a la perspectiva de derechos. Por otro lado, Infan es un espacio terapéutico que reviste el carácter de institución privada que ofrece atención focalizada en salud mental a niños, niñas, adolescentes (NNyA) y sus familias. Funciona en la ciudad Capital de la provincia desde 2018 y propone prácticas de atención en salud orientadas a construir espacios de revisión y reflexión constante, por lo que busca propiciar articulaciones entre clínica, formación e investigación. Actualmente cuenta con un equipo de profesionales de la psicología y la psicomotricidad, en diálogo y vinculación constante con instituciones educativas principalmente.

El marco jurídico actual respecto de las infancias se constituye desde el paradigma de la protección integral de derechos de NNyA, la declaración de la Convención sobre los derechos del niño, de la Organización de Naciones Unidas en 1989, diversos programas y políticas basados en la sanción de la ley nacional 26.061 de protección integral a la salud y adolescencia en 2005 y su adhesión provincial en 2008, ley 6915. Sin embargo, los discursos de estos marcos jurídicos no implican necesariamente que se vean reflejados en la puesta en acto institucional.

En las experiencias analizadas¹ se reflejan distintos elementos que, lejos de constituir casos aislados, permiten identificar estructuras que tienden a la reificación del niño/a y su familia. En general identificamos que los recursos materiales y tecnológicos se encuentran disponibles para lograr mayor calidad de atención, pero sus usos y dinámicas de atención continúan produciendo diagnósticos apresurados sin sujeto e intervenciones que se alejan de las posibilidades de alojar al otro y su malestar. Entre las características generales que se presentan en las experiencias, aparecen indicadores comunes que dan cuenta de dinámicas de atención alejadas de la protección integral.

1 Los detalles y descripciones extensas de los registros de experiencias no se plasman en el escrito por motivos legales. En caso de requerir ampliar información, se puede contactar a las autoras.



Uno de estos indicadores es la administración de los turnos, que configura una *peregrinación* plena de sacrificios múltiples que las familias realizan para poder ser atendidas. Esto se refuerza en aquellas familias que provienen de espacios rurales y remotos, donde los caminos y el transporte público generalmente no están en condiciones, por lo que deben gestionar por medios propios su llegada al centro. Esto sucede en casi todos los casos debido a la alta centralización de la atención que caracteriza el sistema de salud provincial (Silveti, 2019; 2022). Cabe resaltar en este punto que, a pesar de que el sistema de salud provincial cuenta con una distribución de centros de salud, en general, las demandas no se resuelven por falta de personal y de insumos que concluyen en derivaciones a centros del conglomerado urbano Santiago del Estero-La Banda. Sumado a ello, los registros reflejan que las situaciones de mayor conflicto respecto de los turnos, son aquellas relacionadas con salud mental. La demanda relativa a profesionales que tienen autoridad legitimada para evaluar y certificar discapacidad, principalmente las disciplinas de neurología y psiquiatría, pero también psicología, son tres de las áreas que presentaron mayores esperas en turnos. Estas esperas se vinculan, por un lado, con la alta demanda que se produce desde las escuelas por estas evaluaciones -aspecto que retomaremos en el análisis de los procesos de atención en el ámbito privado-. Por otro lado, el modo de organizar la obtención de turnos se convierte en un obstáculo en sí mismo. Este sucede en determinadas fechas específicas y se brinda un número acotado de turnos. En este contexto, muchas familias pasaban la noche en el hospital para asegurar conseguirlo.

Por otro lado, la indicación de tratamientos que no contemplaban las realidades económicas de las familias para sostenerlos. En este sentido, muchas veces los registros de las experiencias reflejaron indicaciones de tratamientos que requerían asistencia semanal o mensual, sumado a que cada vez que tenían que asistir, debían duplicar la visita porque previamente debían ir a sacar turno. En muchos de los casos, las familias no contaban con los medios económicos ni materiales para poder sostener estas indicaciones y se abandonaban los tratamientos. Luego de un tiempo, las familias volvían debido a que las situaciones empeoraban y no se había logrado prevenir que esto ocurra por diversos motivos. Entre ellos la inexistencia de articulaciones interinstitucionales e interdisciplinarias efectivas que permitan resolver aspectos concretos relativos a las determinaciones sociales del acceso a los servicios de salud. Principalmente respecto del transporte, las derivaciones a servicios más cercanos en los casos en que es posible y la progresiva construcción de procesos de descentralización de servicios en los hospitales zonales, distritales y de tránsito. De esta manera, en muchos casos, la disponibilidad de servicios específicos para la atención no garantiza que se pueda acceder a ella si no se construyen alternativas de resolución de las barreras en el acceso a servicios y personal de salud. Siguiendo a Flores Sandí (2012) se establece que en general, las dificultades de acceso a los servicios de salud y seguimiento de los tratamientos, son numerosas y diversas, entre ellas se encuentran: carencia de documentación (en parte por problemas en los empadronamientos); desconocimiento del sistema; miedo debido a la situación de



irregularidad junto a carencia de redes de apoyo; diferentes formas de uso y percepción y de la salud –por ejemplo, la percepción de la salud como algo secundario, frente al trabajo y la vivienda-; problemas de comunicación-trato (explicación y diagnóstico) entre médico y paciente (idioma, analfabetismo, distancia en roles de género, prejuicios, diferencias de conceptualización e interpretación o, directamente discriminación), entre otras. En este sentido, resulta necesario reconocer la accesibilidad en tanto relación entre los servicios de salud y los usuarios en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse, reconociendo los factores que operan hacia una u otra dirección y cuáles de ellos corresponde a cada agente abordar.

Otros elementos a considerar en las experiencias, suceden respecto de los modos en que se comunican los diagnósticos y tratamientos y la construcción de historias clínicas integrales. Las experiencias muestran que, tanto el tiempo como el espacio y el lenguaje utilizados en las consultas, no aseguran una verdadera comprensión de la situación, tratamientos posibles, derechos y alternativas. Esto se vincula también con que, en las experiencias registradas, escasamente se buscó conocer las situaciones de las familias, su lugar de residencia, sus prácticas productivas, sus redes familiares y sociales, sus recursos, posibilidades y limitaciones. Al contrario, en el mejor de los casos, se buscó completar los espacios principales de la anamnesis de las historias clínicas relativas a la enfermedad por la que se consulta empleando términos técnicos y se responde con indicaciones universales y homogéneas sin conocer las situaciones en su singularidad y profundidad. En este sentido, se hace visible que la relación entre agentes de salud-personas usuarias no contempla diferencias culturales, de clases, de géneros, de creencias, entre otras cuando se invisibiliza el saber y prácticas de autocuidado disponibles y en uso de las personas usuarias. Esto se torna relevante, teniendo en cuenta que muchas de las personas que demandan atención especializada en el espacio público, viven realidades diferentes a las del personal de salud.

Esta descripción de dinámicas de gestión del tiempo y de los espacios de conversación entre agentes de salud-personas usuarias en el ámbito público permiten reflexionar acerca de los modos en que se construyen las desigualdades a partir del reforzamiento de la condición de desposeídas de las personas usuarias de servicios estatales de salud (Auyero, 2023). Todas estas situaciones se ven a diario en el ámbito público local de atención de la salud en general, y en aquel destinado a las infancias en particular, donde en general, se prioriza la cantidad de consultas atendidas para poder responder a los formatos de las auditorías estatales y de los Organismos Internacionales que impactan en los financiamientos. Cabe aclarar también que, si bien no es un eje de análisis de este trabajo, entendemos que los procesos de trabajo y las condiciones laborales del personal de salud forma parte de una de las fuerzas que entran en juego en la reproducción de dinámicas de exclusión. Es decir que, además de reconocer dinámicas de atención vinculadas a la mercantilización de la salud y al modelo biomédico hegemónico, la posibilidad de reconocer las condiciones laborales del personal puede permitir comprender



con mayor profundidad otros elementos que conforman estas matrices de dominación estructural, debido a que muchas veces, la precarización laboral y la falta de condiciones dignas de trabajo se vinculan con procesos de alienación y deshumanización (Organización Panamericana de la Salud, 2012; Zaldúa et al., 2000; Menéndez, 2005).

Estas caracterizaciones se muestran como partes estructurales de dispositivos biomédicos arraigados que, lejos de estar en crisis, demuestran su poder y vigencia a través de la mercantilización de las vidas (Menéndez, 2003). Siguiendo a Minnicelli y Zelmanovich (2012) retomamos que los escenarios descriptos en relación con las prácticas que las y los agentes desempeñan en las instituciones públicas plantean obstáculos que giran en torno a tres grandes aspectos: a) las condiciones a las que están sometidos los niños y niñas con quienes se trabaja -la extrema vulnerabilidad, el desvalimiento, la erosión subjetiva y la injusticia-; b) la impotencia en las propias prácticas, relacionada con el desfallecimiento de las funciones de las y los agentes y, agregamos, las condiciones de trabajo; y c) las tensiones y paradojas en las que se reconocen con respecto de las políticas públicas.

Tanto en el ámbito público como privado, los procesos de atención de salud en infancias entrecruzan relaciones entre distintas disciplinas (como la Psicología, Psicopedagogía, Medicina, Psiquiatría, Derecho, etc.); diversas instituciones (Estado, Escuela y Familia); y diferentes actores (maestros, madres/padres/cuidadores y psicotécnicos) que constituyen múltiples fuerzas e intereses entre las dimensiones que entretejen y dejan su impronta en los sujetos infantiles. Se evidencia desde lo institucional, la producción de cambios importantes ligados a lo cuantitativo (índices de mortalidad o cantidad de edificios y nuevas tecnologías entre otros). Sin embargo, estos cambios no logran transformaciones en lo cultural-estructural-cualitativo: del discurso a la práctica hay distancias importantes e intereses articulados que derivan de ellas y se visibilizan en las dimensiones analizadas. Los discursos vigentes de protección de la infancia no logran producir los cambios esperados en las prácticas, demostrando la tendencia a la profundización de procesos que legitiman las desigualdades y la hegemonía del modelo biomédico, dando primacía a procesos de etiquetamiento y medicalización de las infancias descontextualizadas.

Es posible ver, entonces, los modos donde un discurso se legitima como válido, los avances científicos en áreas de infancias en este caso, y su implicancia en las estrategias políticas y las prácticas institucionales que, de algún modo y bajo circunstancias específicas para cada escenario, intentan responder a las perspectivas nacientes. Estas respuestas se manifiestan en el ámbito de las instituciones, en un proceso de subjetivación de los sentidos y significados que las articula, permitiendo nuevos modos de abordaje de las problemáticas e introduciendo un lugar a la familia en el desarrollo de la infancia -al menos en el discurso-. Sin embargo, los desarrollos efectuados no logran sus efectos transformadores en la práctica: la voz de los niños y niñas se encuentra, aún, ausente (Llobet, 2008).



Siguiendo a Minnicelli & Zelmanovich (2012) se comprende que la configuración de la infancia depende de una operatoria del lenguaje, es decir, que la institución de infancia no será una operación exclusivamente singular -dependiendo de cada niño o niña- ni exclusivamente colectiva, sino que dependerá de las formas en que lo singular y lo colectivo se reflejen, solidaricen, diferencien y distancien, desde el lenguaje. Es por esto que lo discursivo cumple una función estructurante fundamental en la constitución identitaria, social, política y subjetivante, en este caso, de la infancia. De esta manera, las y los científicos/as sociales coinciden en que la clasificación de un grupo etario denominado infancia, más que resultar de una realidad biológica, objetiva y universal, surge, ante todo, de un consenso social, cultural y político.

Por su parte, en el ámbito privado se revelan lógicas que tienden a homogeneizar y patologizar infancias que se encuentran posicionadas como objeto de intervención y diagnóstico con mucha frecuencia por parte del personal de las instituciones educativas. Desde allí, se visibilizan dispositivos que buscan establecer límites que homogeneizan las experiencias y suprimen la singularidad, en un llamado de atención a las personas encargadas de los roles de crianza e indicando que ocupen un lugar de reguladores de las experiencias infantiles para su mejor adaptación al sistema educativo. Estos senderos rígidos y adultocéntricos anulan la posibilidad del introducir articulaciones entre diversos modos de aprendizaje a partir del juego y la creación en pos de la disciplina y la normalización, independientemente de sus efectos en la subjetividad. Es común ver actualmente, al menos en los escenarios elegidos, la demanda irrestricta de instituciones educativas que exigen derivaciones-intervenciones terapéuticas y sus posteriores (y urgentes) informes clínicos a modo de estrategia de control, evitando el diálogo y la construcción singular en articulación docentes-profesionales. El/la niño/a queda en un lugar de observado, a partir de quien se observa y se sanciona a las familias, quienes quedan en posición de rendir cuentas para normalizar la situación.

En este sentido, el análisis de las experiencias del ámbito privado nos permite también reconocer puntos comunes a donde se condensan significaciones sociales en torno a cómo debería ser y comportarse un/a niño/a y qué deberían hacer sus familias al respecto. Por ejemplo, la identificación del aumento de consultas por situaciones en las cuales la demanda de atención e intervención profesional no proviene de las familias, sino de la escuela. En este sentido, retomando a Flesler (2007), podemos referir que la demanda de atención, lo que motiva a consultar y quienes identifican algo que no funciona como se espera e indican que hacer con ello no son las propias familias en la mayoría de los casos. Esto nos lleva a pensar que la familia “no demanda” sino que la escuela “los manda” (Flesler, 2007). De este modo, la escuela aparece como el ámbito que compone un sistema de clasificación y de dispositivos que se orientan a normalizar aspectos de las conductas de las infancias que son miradas de modos diferentes por las familias. En general, estas situaciones ocurren en infancias de entre 5 y 8 años, momento en el cual la escolarización se transforma de lo lúdico a lo normativo y pasa a ser un espacio de aprendizaje que



excluye el juego y busca de manera homogénea, que se pase del aprendizaje lúdico de la educación inicial al aprendizaje bancario de la educación primaria, con escasos procesos de transición.

De este modo, las infancias que no logran adaptarse a las imposiciones de la educación primaria llaman la atención de docentes y autoridades, quienes infieren que el problema es de adaptación individual y que ese/a niño/a precisa ayuda profesional. De este modo, las infancias acuden a consulta psicológica en el ámbito privado por su mal comportamiento y con sugerencia de sus docentes de que “algo tienen”. Se inicia así, un dispositivo normalizador que incluye varias fases, comenzando por la identificación de conductas no funcionales desde el personal educativo, reunión con sus madres y/o padres y la solicitud de evaluación psicológica e informe. Luego de esto, en algunos casos, se logra construir un encuentro entre las/los profesionales intervinientes con personal de la institución que demanda, para clarificar aspectos relacionados con el diagnóstico y los términos técnicos que han sido apropiados por el ámbito educativo y son usados en lo cotidiano. Esto se evidencia en las situaciones de encuentro en que las docentes (de diferentes grados y escuelas) aseguran que las infancias por las que demandan atención e informe cumplen con todos los indicadores de *hiperkinéticos* y de *síndrome disatencional*. O, también, cuando se producen una serie de situaciones en las que el/la niño/a contradice a la/el docente, y el personal educativo nuevamente recurre a categorías médico-psiquiátricas para referirse al/la niño/a como *oposicionista-desafiante*.

Estas experiencias nos llevan a reflexionar acerca de la masividad que ha adquirido la clasificación de trastornos mentales y sus usos en contextos que no son los adecuados y por fuera de procesos de formación que habiliten un uso ético y constructivo. Otro nombre que se impone a las infancias es el de *deslimitadas* (como muchas veces refieren en las escuelas y hospitales) para referirse a niños/as sin borde, sin límites. Esto nos permite también reconocer que las categorías infancia-adolescencia y de infancias-adulthood se encuentran diferenciadas y clasificadas de modos borrosos que pretenden universalidad, cuando se exige a las infancias conductas propias de etapas más avanzadas del ciclo vital, sin lugar para las características propias de cada etapa, sus vínculos y sus contextos.

Dueñas (2013) en su texto “La escuela no es un hospital”, en articulación con lo propuesto por Vasen (2010) y Bianchi (2015) refieren que nos encontramos frente a una epidemia de nombres impropios, en la que el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM por sus siglas en inglés) reduce su potencia para clarificar y diferenciar situaciones y tratamientos profesionales, dado que sus usos involucran indiferenciaciones entre situaciones que sí los requieren y otras que no, al invadir la clínica, las aulas, la vida cotidiana con etiquetamientos técnicos. Este proceso se orienta a buscar elementos confirmatorios de ciertos diagnósticos que concluyen en la exclusión del ámbito educativo de diversas formas, entre ellas la estigmatización, incluso ante situaciones que serían esperables en ciertos procesos del ciclo vital, en relación con los vínculos que



sostienen a esas infancias y las instituciones que definen conductas esperadas en un contexto social, político y económico determinados.

Analizar estos procesos desde la perspectiva biopolítica y de la medicalización (Conrad, 2013) nos permite profundizar en la comprensión de los modos en que se producen estrategias para el gobierno de las vidas en relación con instituciones erosionadas (Onocko Campos et al., 2008). Particularmente en torno a los procesos salud-enfermedad en infancias, al relacionarlos con procesos sociales más amplios y diversos factores sanitarios, políticos, económicos e institucionales, se puede ampliar la comprensión acerca de los procesos de atención en salud. A partir de estas articulaciones entre ciencias sociales y salud, comprendemos que la vida medicalizada que hegemoniza las experiencias actuales implica comprender que, diferentes situaciones de la vida cotidiana -tales como el parto y nacimiento, el duelo, características de las infancias, entre otras-, se convierten en situaciones que pueden ser definidas y tratadas en términos médicos. En infancias, estos procesos cobran relevancia al tratarse de una etapa del curso vital de inauguración de la vida y es donde la aparición de la biopolítica aflora en su forma paroxística, en un análisis de la relación del poder con el cuerpo viviente, y al mismo tiempo, con la construcción de subjetividad: la biopolítica define el acceso a la vida y a las formas de su permanencia (Bustelo, 2007).

Según un informe elaborado por la Unidad de Salud Mental y Comportamiento Saludable del Plan Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud de la Nación, 2013) las problemáticas que manifiestan las y los alumnos, para lo cual la escuela demanda intervención psicológica se sitúa en los chicos de entre seis y once años, de los cuales el 14% tienen problemas severos de atención. El 15,7% presenta problemas de agresividad y de antisociabilidad, y el 13,9% de ansiedad y depresión. Si bien, en general, estos números se mantienen constantes en los últimos años, aumentaron los diagnósticos que los indican como enfermedad a tratar o como conductas desviadas de infancias que exceptúan las reglas de normalidad, a lo que podemos agregar desde nuestra experiencia, a edades cada vez más tempranas. Estos diagnósticos y etiquetamientos ocurren desde una mirada que se propone como preventiva y reguladora, pero que, en realidad, se posiciona como tendiente a controlar y disciplinar, descontextualizando y responsabilizando individualmente a los sujetos por situaciones que corresponden a aspectos estructurales, políticos y sociales que les trascienden y condicionan (Álvarez-Dardet y Castiel, 2007).

Tenemos en cuenta, a su vez, que los y las profesionales psicólogos/as que se desempeñan dentro de las instituciones educativas han propiciado, en general, procesos de patologización (colocar rótulos, etiquetas y diagnósticos sin fundamento teórico) de las infancias, reforzando la instalación de discursos médicos-clínicos en las escuelas (Dueñas et al., 2014). Aun reconociendo la postura crítica que asumen algunos/as docentes e incluso algunos profesionales *psi* que desempeñan su práctica en instituciones educativas, con quienes nos proponemos articular en algunos tratamientos, se atiende a las ideas que



emergen por parte de ellos/as respecto a las infancias como: “adictas a las tecnologías”, “consumistas”, “infancias que no juegan”, “niños/alumnos terapeutizados”.

Sin embargo, la atención que se brinda o construye en las instituciones no está determinada. Desde la micropolítica del trabajo vivo en acto es posible comprender los modos en que cada trabajador/a produce vínculos y formas de atención en salud que le constituyen a sí mismo/a como trabajador/a y como ser en el mundo (Franco y Merhy, 2016). En este sentido, entendemos que las decisiones que se toman como educadores/as, profesionales están condicionadas por dispositivos sociales, políticos, económicos que nos exceden como individuos y configuran la macropolítica. Pero también existen espacios y márgenes de autonomía en los que se pueden producir transformaciones. Al identificar estos procesos entre determinaciones sociales, condicionamientos y posibilidades se abren otras formas de intervenir que incluyen muchas veces tratamientos donde la propuesta terapéutica inicia con encuentros fuera de los consultorios. Esto permite co-construir recursos con los y las docentes, las familias y toda la red de personas que acompañan a las infancias en lo cotidiano, buscando construir un diálogo de saberes para transformar los etiquetamientos y los límites en posibilidades y aperturas de alojar las singularidades y experiencias subjetivantes (Janin, 2013). Se produce entonces la invitación a gestar espacios de diálogo e intercambio con propuestas que parten de comprender las respuestas singulares de las infancias en función de las situaciones que pudieran estar atravesando, para superar la focalización en lo disruptivo y la enfermedad.

Conclusiones

Con lo planteado, este análisis permitió identificar y comprender una dinámica de procesos entre lo público y lo privado en el ámbito local, a partir de la cual se abren reflexiones que buscan articular los principios teóricos y discursivos y las caracterizaciones de las experiencias analizadas para construir conocimientos situados. Desde allí, se abren inquietudes para avanzar en propuestas concretas que involucren efectivamente la perspectiva de derechos. Asimismo, se torna relevante la posibilidad de promover que las prácticas puedan ser sistematizadas, reflexionadas y analizadas desde diferentes perspectivas interdisciplinarias, para introducir nuevas lecturas y modos de construir espacios para las infancias, en línea con los discursos de protección locales, nacionales y mundiales.

La interpretación crítica en el análisis no se orienta a una descripción de lo que sucedió para justificarlo. Al contrario, intenta ser una comprensión de cómo se pusieron en juego los diferentes componentes y factores presentes en las experiencias, para poder comprenderlas e identificar posibilidades de transformación desde nuevas miradas y lecturas. Esto permite reflexionar acerca de los dispositivos institucionales, las experiencias, la lucha de fuerzas entre voces hegemónicas y subalternas que pudieran dar cuenta de las formas en que estos giros paradigmáticos se posicionan, qué intereses están en



juego y cómo sucede, entendiéndolo por ello, su implicancia subjetiva. Los primeros interrogantes que enlazan estas experiencias son, ¿el solo hecho de enunciar nuevas leyes, produce cambios trascendentes que otorguen a la infancia una ampliación de sus derechos? ¿Cómo lograr que los discursos jurídicos se concreten en acciones micropolíticas de la vida cotidiana? Reconociendo en este punto, la presencia dominante de la posición de objeto en los procesos de medicalización que refuerzan un posicionamiento -no inocuo-, de la infancia como población de consumo y de control, en respuesta a los ideales de la época; pero también, las posibilidades de transformar los procesos de atención en salud desde los encuentros que se producen entre trabajadores/as y personas usuarias y las relaciones intersubjetivas que se construyen allí.

En este sentido, este trabajo nos permitió construir reflexiones acerca del análisis de experiencias de atención de salud en infancias con enfoque situado en ámbitos público y privado, donde los discursos en materia de derecho distan aún de consolidarse efectivamente en las prácticas. A partir de allí, es posible ver entonces cómo, en una época donde circulan por excelencia, discursos de protección y derechos, las puestas en acto en efecto, manifiestan puntos ambiguos, ambivalentes, donde las prácticas borronan lo dicho, aunque ese dicho tenga fuerza de ley. La figura de las personas adultas en posición de protección de la infancia encuentra un punto de tope en la fragilización, con imposibilidad de actuar más allá de lo impuesto desde la hegemonía de las instituciones donde las infancias no tienen voz.

Lo analizado nos permite, por último, considerar que nuestras prácticas y todas las que apuntan a infancias -y, en general, a un otro/a sujeto-, nos interpelan para seguir construyendo problematizaciones desde fundamentos teóricos y éticos, con intervenciones y estrategias interdisciplinarias. Esto permitiría potenciar diálogos y aprendizajes, desde el ejercicio continuo de volver a preguntarnos acerca de lo que decimos y lo que hacemos, de las distancias que en ello se manifiestan, para que la protección verdadera de infancias logre consolidarse.

Bibliografía

- Agamben, G. (2003). *Infancia e historia*. Adriana Hidalgo.
- Álvarez-Dardet, C. y Castiel, L. D. (2007). *La salud persecutoria*. Revista de Saúde Pública, 41, 461-466.
- Angenot M. (2010) *El Discurso Social-Los límites de lo pensable y lo decible*. Siglo XXI.
- Auyero, J. (2023). *Pacientes del estado*. Eudeba.
- Bianchi, E. (2015). *Infancia, normalización y salud mental: figuras históricas y encadenamientos actuales en la formulación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. História, Ciências, Saúde-manguinhos, 22(3), 761-779. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702015000300006>



- Biernat, C; & Ramacciotti, K. (2013) *Crecer y multiplicarse. La política sanitaria materno-infantil. Argentina 1900-1960*. Biblos. 165 pp.
- Breilh, J. (2013). *La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)*. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 31, 13-27.
- Bustelo, E. (2007) *El recreo de la infancia. Argumentos para otro comienzo*. Siglo XXI editores.
- Carli, S. (1999). *De la familia a la escuela: infancia, socialización y subjetividad*. Santillana.
- Castoriadis, C. (1999) *La institución y lo imaginario: primera aproximación, en la institución imaginaria de la sociedad*. Tomo I. Tusquets
- Conrad, P. (2013). *Medicalization: changing contours, characteristics, and contexts*. Medical sociology on the move: new directions in theory, 195-214.
- Dabas, E. (2003) *Redes sociales, familias y escuela*. 168 p. Paidós.
- Dueñas, G. (2013). *Niños en peligro: la escuela no es un hospital*. Noveduc.
- Dueñas, G. (2019). *Acerca de la patologización y medicalización de los malestares infantiles actuales y sus derechos en juego*. Derechos en Acción, 12(12), 304-304.
- Dueñas, G., Gorbacz, L. & Rattagan, M. (2014) *La clínica en los límites de la Ley: la medicalización de las infancias en el marco de la legislación vigente*. En revista Generaciones, Año 3, N° 3, editorial universitaria de Buenos Aires. ISSN 2250-8155.
- Flesler, A. (2007). *El niño en análisis y el lugar de los padres*. Paidós.
- Flores-Sandí, G. (2012). *Gestión de la accesibilidad y derecho a la salud*. Acta Médica Costarricense, 54(3), 181-188.
- Franco, T. B. & Merhy, E. (2016) *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud*. Lugar Editorial.
- Freud, S. (2008) *El malestar en la cultura*. Obras completas Tomo III. El ateneo.
- INDEC (2019) *Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos. Segundo semestre de 2018*. Informes Técnicos. Vol. 3, no 59
- Janin, B. (2013). *Intervenciones subjetivantes frente al sufrimiento psíquico*. Noveduc.
- Janin, B. (2019). *El sufrimiento psíquico en los niños: psicopatología infantil y constitución subjetiva* (Vol. 24). Noveduc.
- Jara, O. (2001). *Dilemas y desafíos de la sistematización de experiencias*. Centro de Estudios y Publicaciones ALFORJA, Costa Rica, 7, 9-29.
- Jara, O. (2012). *La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos posibles*. San José: CEP-Centro de Estudios y Publicaciones Alforja.
- Kaminsky G. (2008) *Del nonato al póstumo: Apuntes biopolíticos en salud colectiva*. Salud Colectiva. 2008; 4(2):133-142.
- Kaminsky, G. (1990) *Dispositivos institucionales. Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales*. Lugar Editorial.
- Levin, E. (2020). *La dimensión desconocida de la infancia: el juego en el diagnóstico* (Vol. 56). Noveduc.



- Lionetti, L. & Míguez, D. (Comps.) (2010) *Las infancias en la historia argentina (1890 - 1960). Intersecciones entre prácticas, discursos e instituciones*. Prohistoria Ediciones.
- Llobet, V. (2006) *Las políticas sociales para la infancia vulnerable. Algunas reflexiones desde la Psicología*. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 4 (1), pp.149-176
- Menéndez, E. L. (2003). *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*. Ciência & saúde coletiva, 8, 185-207.
- Menéndez, E. L. (2005). *El modelo médico y la salud de los trabajadores*. Salud colectiva, 1, 9-32
- Ministerio de Salud de la Nación (2013) *Sistema de información de tendencias educativas de América Latina [SITEAL-UNESCO]*. Perfil de educación. Informe Argentina. Disponible en:
https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/siteal_argentina_0897.pdf
- Minnicelli, M. (2008) Comp. *Infancia e Institución(es) e Infancia, legalidad y juego en la trama del lenguaje*. Noveduc.
- Minnicelli, M. (2019). *Tratamiento social de los problemas de la niñez y adolescencia atravesada por medidas jurídico-sociales: el protagonismo necesario de la escuela en clave de Derechos Mar del Plata 2014-2019* (dossier). Revista Estado y Políticas Públicas, 7 (13): 83-101.
- Onocko Campos, R., Massuda, A., Valle, I., Castaño, G., & Pellegrini, O. (2008) *Salud Colectiva y Psicoanálisis: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes*. Salud colectiva, 4(2), 173-185.
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú*. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ops_estudiocomparativo-condiciones-trabajoysalud-trabajadores-salud-argbracosricaperu.pdf
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2002) *Informe sobre Desarrollo Humano 2002. Profundizar la democracia en un mundo fragmentado*. Ediciones Mundi-Prensa
 Disponible en: <https://hdr.undp.org/system/files/documents/hdr2002espdf.pdf>
- Sanchez, D. M. (2014). *Construcciones Discursivas*. Revista de Filosofía, 217 – 225.
- Silva Paim, J. y Almeida Filho, N. (1999). *La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en latinoamerica*. Cuadernos Médico Sociales, 75(5), 30
- Silveti, J. L. (2020). *La dinámica del desarrollo económico. Crecimiento, cambio estructural y desigualdad en Santiago del Estero, 1994-2007*. Breves Contribuciones del Instituto de Estudios Geográficos, 31(31).
- Silveti, L. (2019) *Nuevas preguntas para viejos problemas. Genealogía del Centro Provincial de Salud Infantil “Eva Perón”* [Tesis de maestría]. Maestría en Salud Familiar y Comunitaria. Facultad de Humanidades, Cs. Sociales y de la Salud. Universidad Nacional de Santiago del Estero.



- Silveti, L. (2022). *Hacer visible lo invisible. Trabajo y atención en salud pública en pandemia, un enfoque situado en Santiago del Estero, Argentina*. Revista estudios de políticas públicas, 8(1), 154-174.
- Spinelli, H. (2010) *Las dimensiones del campo de la salud en Argentina*. Salud Colectiva. 2010; 6 (3):275-293.
- Spinelli, H. (2019) *Planes y juegos*. Salud Colectiva. 2019; 15:e2149. Doi: 10.18294/sc.2019.2149.
- Stolkiner, A. & Ardila Gómez, S. (2012) *Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas*. Vertex-Revista Argentina de Psiquiatría Vol. XXIII, No 101, enero-febrero de 2012 (57-67)
- Tuñón, I. (2018) *(In)equidades en el ejercicio de los derechos de niñas y niños: derechos humanos y sociales en el período 2010-2017*. [En línea]. EDSA Serie Agenda para la Equidad 2017-2025, n° 1. Observatorio de la Deuda Social Argentina. Barómetro de la Deuda Social de la Infancia. Universidad Católica Argentina.
- Unday, D. E., & Valero, J. A. G. (2017). *Sistematización de experiencias como método de investigación*. Gaceta Médica Espirituana, 19(2).
- Untoiglich, G. (2019). *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz: la patologización de las diferencias en la clínica y la educación* (Vol. 33). Noveduc.
- Vasen, J. (2010). *Infancia y DSM 5: Nuevos nombres impropios*. El psicoanalítico, 14.
- Vasen, J. (2020). *Escuchar a/en las instituciones. Escuchar las infancias: Alojjar singularidades y restituir derechos en tiempos de arrasamientos subjetivos*, 118.
- Zaldúa, G., Lodieu, M. T., & Koloditzky, D. (2000). *La salud de los trabajadores de la salud. Estudio del síndrome de Burnout en hospitales públicos de la ciudad autónoma de Buenos Aires*. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, 19(4), 167-172.
- Zelmanovich, P y Minnicelli, M. (2012) *Instituciones de infancia y prácticas profesionales: entre figuras de segregación y dispositivos de inscripción simbólica*. Propuesta Educativa Número 37. Año 21. Vol. 1 Págs 39-50.