



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado

**Primer Nivel de Atención en Salud:
las infancias y su derecho a ejercer la participación**

Monografía

Estudiante: Lagos García Florencia

C.I: 5.116.540-9

Tutora: Mag. Lic. Psic. Suárez Zulema

Revisora: Mag. Lic. Psic. Piriz Valeria

Marzo del 2023

Montevideo, Uruguay

Cabe señalar cuando en el texto se alude a adultos, se incluyen mujeres y varones, de la misma manera que cuando se refiere a niños se alude a niñas y varones, y cuando se refiere a adolescentes incluye mujeres y varones. El uso del masculino genérico obedece a un criterio de economía de lenguaje y procura una lectura más fluida, sin ninguna connotación discriminatoria.

Índice:

1. Resumen:	3
2. Introducción:	4
3. Desarrollo Teórico:	6
3.1. Breve Recorrido Histórico por el Concepto de Infancia(s):	6
3.2. Participación de las Infancias como Derecho:	14
3.3. Construcción de Ciudadanía en las Infancias:	20
3.4. Concepción de Salud:	23
3.5. Sistema Nacional Integrado de Salud:	27
3.6. ¿Cómo se Interrelaciona la Participación de las Infancias con el Primer Nivel de Atención?	33
4. Reflexiones Finales:	37
Referencias bibliográficas	42

1. Resumen:

El presente Trabajo Final de Grado se realiza en el marco de la última etapa de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República (UdelaR), con el objetivo de finalizar el Plan de Estudios, para la obtención del título.

El mismo tiene como propósito indagar y reflexionar acerca del derecho a la participación de las infancias, específicamente en el Primer Nivel de Atención en salud.

Para ello, la producción teórica realizada se enmarca en un recorrido por distintos planteos, ideas y concepciones que posibilitan posteriores reflexiones y cuestionamientos.

Se abordan diversas nociones, entre ellas la de infancia(s); participación; ciudadanía y salud.

Al mismo tiempo, el presente escrito está basado desde una perspectiva de derechos, la cual considero imprescindible para pensar todo aquello que envuelve a las infancias y sus problemáticas.

2. Introducción:

El presente Trabajo Final de Grado es una producción teórica de carácter monográfico, realizado para culminar la Licenciatura en Psicología, de la Universidad de la República (UdelaR).

El mismo tiene como objetivo recorrer la temática de la participación de las infancias, específicamente en el Primer Nivel de Atención en Salud.

El interés por dicho tema surge a partir de mis elecciones y preferencias enmarcadas en mi trayectoria académica, y al mismo tiempo, a razón de mi rol como practicante de Psicología en el servicio DIME (Dificultades de Inserción en el Medio Educativo) del Centro Hospitalario Pereira Rossell durante el año 2022, lugar donde se trabaja con niños, niñas y adolescentes. En dicha institución he podido apreciar distintos modos del ejercicio del derecho a la participación de las infancias y en múltiples ocasiones, la ausencia de la misma en el ámbito de la salud, con técnicos, familias, e instituciones.

A partir de esto, en el escrito que se podrá visualizar en las próximas páginas, se buscará aportar a esta temática analizando diversos aspectos que se presentan como relevantes en el escenario de la participación de las infancias. De forma consecuente, en la monografía se abordarán distintas conceptualizaciones, en base a planteos de diferentes autores que se presentan como ineludibles para reflexionar e indagar acerca del tema seleccionado.

Cuando se orientó hacia la selección de material surgieron varios cuestionamientos, presentándose muchos de ellos como un puntapié inicial para lo que refiere a la búsqueda y sistematización de materiales: ¿Cómo pensamos las infancias? ¿La noción de infancia en una sociedad afecta la participación? ¿Por qué es importante promover la participación en niños y niñas? ¿Qué factores externos pueden afectar la participación? ¿Se ponen de manifiesto espacios necesarios y adecuados para que las infancias participen en el ámbito de la salud? ¿De qué forma? ¿La participación de las infancias es una temática presente en el ámbito de la salud? ¿Y en el Primer Nivel de Atención?

Por consiguiente, en el transcurso de este trabajo se podrá visualizar una monografía que estará estructurada por apartados, los cuales permitirán realizar una articulación teórica y reflexiva.

En principio, se pone de manifiesto el *recorrido histórico por la noción de infancia(s)*, debido a que la misma no ha sido igual a lo largo del tiempo, sino que al contrario, ha sufrido variaciones, lo cual evidencia su carácter sociohistórico. Este trayecto permite entrever que las infancias han aparecido a lo largo de la historia, y en muchos momentos, también en la actualidad, silenciadas, dejando vislumbrar incluso, su no consideración como sujetos de derechos.

En el segundo apartado se desarrolla la importancia de la *participación de las infancias*, la cual es considerada como derecho, y que trae de manera subsiguiente, el surgimiento de diversas interrogantes ¿Qué se considera como participación? ¿Qué aspectos deben ponerse en marcha para que la participación pueda realmente darse? ¿Por qué es importante generar espacios para el efectivo ejercicio de este derecho? Para arribar hacia algunas respuestas (o a la generación de mayores preguntas) se tomarán propuestas de diferentes autores y expondrán artículos de la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), ya que se presentan como ineludibles y propiciarán posteriores reflexiones.

Luego, se puede visualizar un apartado acerca de la *construcción de ciudadanía en las infancias*, el mismo adquiere un carácter importante debido a que el efectivo cumplimiento de los derechos de las infancias se encontrará íntimamente relacionado con el alcance de la ciudadanía.

El apartado número cuatro, es inaugurado con la presentación de un cierto repaso por distintas *concepciones de salud*, el cual no ha sido único, permanente, ni universal, debido a que la época y el contexto ha traído sus aportes, construyéndose en relación a los mismos.

De forma consecuente, se prosigue con la caracterización del *Sistema Nacional Integrado de Salud (2007)*, en el cual se incluyen las nociones sobre la Atención Primaria en Salud (APS) y el Primer Nivel de Atención (PNA).

Posteriormente, se observa un apartado en el que se realiza una articulación de los ejes centrales de este trabajo: infancias, participación y Primer Nivel de Atención. Presentándose el siguiente cuestionamiento: *¿Cómo se interrelaciona el derecho a la participación de las infancias con el Primer Nivel de Atención?*

Finalmente, se podrá apreciar en el último apartado, las reflexiones finales acerca de el tema que nos compete y aspectos que considero relevantes a profundizar.

3. Desarrollo Teórico:

3.1. Breve Recorrido Histórico por el Concepto de Infancia(s):

En principio considero importante realizar un breve recorrido histórico por el concepto de infancia(s) ya que éstas han transcurrido por distintas etapas. Es preciso aclarar que en este trabajo se hablará de infancias en plural, no sólo para dar cuenta de la complejidad que trae consigo el término, sino además para visualizar lo inadecuado que sería creer en la existencia de una sola y homogénea infancia, sin considerar que se encuentra atravesada por múltiples factores.

Para comenzar es pertinente hacer de forma breve, una mención acerca del desarrollo evolutivo de las infancias. Para esto, tomaremos los planteos de Amorín (2010) quien expresa que según el momento evolutivo en el que se encuentre “Cada momento evolutivo se define en torno a dinamismos psicosociales forjados en el sistema que emerge de componentes biológicos, psicológicos y ambientales del desarrollo.” (p. 54). De esta manera, existirán momentos evolutivos que se encontrarán mayormente perfilados por lo psicológico y menos por lo ambiental y biológico, otras por tener mayor incidencia de lo ambiental y otros por lo biológico. Dicho lo cual, en el desarrollo podrán producirse diferentes variaciones que no tendrán estrictamente como factor determinante a la edad en la que se encuentre (Amorín, 2010).

En lo que respecta a la infancia, se puede expresar que abarca desde los 6 años de edad, momento en el que se considera cerrada la primera infancia, hasta los 12 años aproximadamente. Produciéndose en este momento, lo que se denomina desde el punto de vista biológico como “el primer cambio de configuración”, la cual refiere a un cambio evolutivo en las proporciones del cuerpo de las infancias, y también a su imagen corporal (inconsciente). Asimismo, el desarrollo cognitivo da un giro hacia el pensamiento operatorio, el cual es importante principalmente para las temáticas y requerimientos curriculares. (Amorín, 2010).

Por otro lado, es importante expresar que la concepción de infancias estará especialmente relacionada con el hecho de que es producto de una construcción y representación social, que está ligada a un contexto y a un período histórico específico, por lo cual traerá consigo una serie de significados relacionados con la estructura social, política, económica, histórica y cultural. Al decir de Corea y Lewkowicz (2004) “(...) la variación histórica es esencial, no es de apariencia, de forma o de decorado, es constitutiva

de los modos de ser, de hacer y de pensar (...) son construcciones históricas que se configuran y se desplazan una y otra vez.” (p. 125).

A partir de lo expresado, se puede visualizar la importancia de situarse desde una posición histórica para pensar las infancias, dado que es un constructo cultural y por serlo, las maneras de concebirlos no son eternas en el tiempo, este rasgo cambiante y mutable con el que se presenta, da cuenta de su carácter sociohistórico y traerá consigo diferentes modos de vincularse con dicha población. Es por esto que a continuación, se podrá percibir un recorrido por distintas concepciones y miradas de las infancias, las cuales según el momento de la historia que se esté describiendo, desarrollará una imagen de las mismas considerablemente diferente.

Con el objetivo de pensar lo anteriormente expresado, traeré lo propuesto por Jaramillo (2007), quien plantea que hasta el siglo IV se concebía a niños y niñas como “dependiente e indefenso” considerados como aquello que entorpece. Posteriormente, en el siglo XV la concepción se asemeja a que las infancias son malas desde el momento de su nacimiento, persistiendo al mismo tiempo, la idea de ser indefensos, motivo por el cual, debe aparecer necesariamente un agente cuidador. Es en este momento que las infancias quedan inmersas en el lugar de propiedad.

Asimismo, a partir de la Edad Media, empiezan a surgir y observarse representaciones por medio de pinturas, de niños y niñas en forma de ángeles, estando desnudos y también como el niño Jesús. Estos cambios en la forma de verlos evidencia la aparición de emociones y sentimientos hacia las infancias (Borgeaud, 2013).

También así, Ariés (1987), reflexiona acerca de las infancias en el arte medieval, donde no existía una diferenciación entre niños, niñas y personas adultas, ni tampoco se daba lugar para tal distinción. Para plasmarlo, utiliza las obras de artistas quienes en sus pinturas representan a las infancias de forma idéntica a las figuras adultas con la única particularidad de pintarlas con una baja estatura. Lo cual no se debía a un error por parte de quienes realizaban las obras, sino que representa la indistinción que prevalecía entre niños, niñas y adultos.

En adición, Ariés (1987) expresa que en el siglo XVI a los mismos se los comienza a reconocer como seres humanos, pero apareciendo como incompletos, eran vistas como adultos en miniatura. En ese entonces, empieza a aparecer de forma gradual y progresivamente, un despertar de sentimientos y afectos que anteriormente eran impensados.

Para los siglos XVI y XVII su concepción trae consigo el rasgo de inocencia y bondad. Propper (2001) plantea que en ese momento se genera una nueva mirada hacia

las infancias por parte de las mujeres, principalmente aquellos que engloban la dulzura y el amor materno. Este nuevo acontecer se encuentra especialmente relacionado con la configuración de la familia que tiene como característica la convivencia con sus hijos.

También así, Rousseau (1999), caracteriza en el siglo XVIII a niños y niñas, ya no como adultos en miniatura, sino como aquellos que tienen sus propias maneras de pensar y apreciar los asuntos. De esta forma, se le da la categoría de infante, pero con la particularidad de que todavía le falta para ser alguien.

Desde el siglo XX hasta nuestros tiempos, se reconoce a niños y niñas como sujetos de derecho (Jaramillo, 2007). En esta nueva perspectiva, la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), tiene especial protagonismo e incidencia (la cual será traída a consideración en los próximos apartados).

En esta línea, parece necesario considerar la construcción social de las infancias específicamente en Uruguay. Para esto, las palabras de Barrán (1990), parecen pertinentes ya que en su obra, define dos sensibilidades: la sensibilidad bárbara, referida a situaciones violentas en distintos ámbitos, abandono, e infanticidio; y la sensibilidad civilizada, donde niños y niñas encuentran otro lugar en la vida social y familiar, empezándose a considerar como diferentes a las personas adultas.

El transcurso por distintas sensibilidades llevará al disciplinamiento de las personas en Uruguay, del cual niños y niñas no quedarán exentos. Por otro lado, al contrario de esto, lo que sucede es que a pesar de que se vivencia el paso de una infancia invisibilizada e inexistente, a una visible y con existencia, las mismas seguirán estando bajo el manto de la vigilancia, disciplinamiento, control y culpabilización. A partir de esto, en distintas áreas, como en el de la salud, educación, de lo familiar, y social, no los dejarán participar (ejecuciones públicas y velorios, serán ejemplos de ello), mientras que otras, aparecerán como actividades exclusivas, entre ellas, el juego y la escuela. Por lo que en múltiples, variados y reiterados momentos se encontrarán replegados detrás del silencio y acatamiento (Barrán, 1990).

Gascón y Godoy (2015), plantean que sin importar el momento evolutivo en el que las infancias se encuentren, las mismas quedarán replegadas a lugares que los dejan en lo descalificativo, desacreditando lo que tienen para decir, para intensificar la diferencia entre infancias y adultos.

Por otro lado, Leopold (2014) hace referencia al advenimiento de la urbanidad (en el siglo XVIII), a partir del cual se puede comenzar a visualizar la preocupación por la mortalidad de niños y niñas, y como consecuencia, nuevas prácticas médicas.

En este momento, las infancias comienzan a ocupar otros espacios y roles en sus respectivas familias, e incluso en la sociedad. Dicho lo cual, produce ciertos cambios en distintos niveles, áreas y ámbitos, uno de ellos se encuentra en la familia, la cual empieza a observarse y encontrarse dentro de una casa, permitiendo espacios de intimidad y desplegando nuevas configuraciones en lo que respecta a la distinción entre lo público y privado (Ariés, 1987).

Esta característica de proximidad en las familias, produce que en el ínterin, las infancias queden relegadas al espacio de su hogar, y tengan menos posibilidades fuera de ella, ya que es pensado cada día más enfáticamente como un ser incompleto, que necesita ser protegido y cuidado para su futuro como persona adulta perdiendo así, su autonomía. No obstante, el lazo que tendrán las infancias con el exterior se podrá apreciar principalmente por medio de la escuela, espacio que se convertirá en exclusivo para las mismas. De esta forma, el fin de la infancia estará relacionado con el momento cúlmine de su trayectoria educativa (Leopold, 2014).

En este interjuego, niños y niñas deberán pagar el precio de esta diferenciación, ya que el cariño y el cuidado, vendrá junto a actos correctivos, reclusión, escolarización y castigos (Ariés, 1987).

Otra dimensión a considerar respecto a la forma de pensar las infancias, que se puede trasladar de alguna manera a la actualidad, la podemos encontrar junto a Bustelo (2007), quien despliega en sus ideas, que el capitalismo ha capturado a las infancias como símbolo que reproduce su poder, enfatizando que el biopoder enlaza la infancia con el consumo. Interpreta que niños y niñas aparecen no sólo como consumidores, sino además como generadores del mismo (debido a que incitan a consumir a sus referentes adultos), y en este interjuego, los medios de comunicación ocupan un lugar sobresaliente en esta dinámica de control.

Por otro lado, dicho autor expresa la necesidad de abandonar el

“adultocentrismo” como expresión de dominación. Es el descubrimiento de la infancia: desde la infancia como lo “no-adulto” a una infancia des-adultizada. Es el éxodo de los oprimidos. No hay infancia emancipada en una sociedad opresora, por eso la infancia presupone una teoría del cambio social” (Bustelo, 2007, p. 186).

En efecto, correrse de la lógica adultocentrista, en donde prima la idea de las infancias como personas que se encuentran en una situación inferior, y con una capacidad menor para participar de forma activa en procesos culturales o sociales, a pesar de que la crean al expresar teorías e ideas es absolutamente necesario, debido a que la relación

asimétrica que se genera, termina produciendo representaciones, donde niños y niñas quedan asociados a la idea de la pasividad (concepción que aparece de forma contundente a lo largo de la historia) (Jara, 2018). En consecuencia, se termina negando a las infancias, impidiendo que su voz pueda alzarse, quedando relegadas, sin respetar sus derechos.

En esta línea, la globalización, junto a los medios de comunicación se impone como otro factor a tener en cuenta, debido a que el mundo de las infancias también queda impregnado del consumo en varios aspectos: productos, formas de vivir, creencias, etc. Al mismo tiempo, trae consigo cierta homogeneidad en las ideas y opiniones de personas adultas que se plantean acerca de cómo deberían ser las infancias, qué deberían hacer y cómo tendrían que actuar para ser apropiadas y adecuadas (Alfageme, et al., 2003).

Luego de haber traído a estos autores parece quedar evidenciado que las infancias a lo largo de la historia aparecen invisibilizadas, silenciadas, y violentadas. Motivo por el cual, urgía una transformación en la forma de pensarlas.

Es en el siglo XX que comienza a concebirse un cambio, materializándose a partir de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) en 1989. Esta refleja una nueva concepción sobre las infancias, por consiguiente, es trascendental y absolutamente valiosa en distintos niveles, entre ellos, político, social, cultural, ético y también histórico. La misma tiene como principios rectores: la participación, la no discriminación, el interés superior del niño; y la autonomía progresiva. Los cuatro son fundamentales y transversalizan todo el documento (Giorgi, 2010).

En la CDN (1989) se expresan, esclarecen, reconocen, y especifican de forma sustancial los derechos humanos de las infancias, siendo reconocidos como sujetos de derechos, "(...) son individuos con derecho de pleno desarrollo físico, mental y social, y con derecho a expresar libremente sus opiniones (...)" (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2006, p. 6).

Teniendo lo señalado como base, la CDN (1989) representa un nuevo paradigma que constituye transformaciones sobre las formas acerca de las cuales se piensa, analiza y afronta la realidad de las infancias. En la misma, se pueden visualizar derechos civiles, económicos, culturales, sociales y políticos, altamente necesarios para fortalecer y aseverar la protección integral de las infancias junto a su participación en la sociedad, ya no como un objeto pasivo, sino como sujeto de derechos (Pilotti, 2001).

Para que esto pueda darse efectivamente, se atribuyen responsabilidades que le corresponden tanto a la familia, como a la sociedad civil, la cooperación internacional y al

Estado, este último principalmente debe asumir la responsabilidad de respetar los derechos que se presentan, así como también, garantizarlos (Pilotti, 2001) lo cual implica la inversión en recursos y poner en marcha políticas que permitan su ejecución (Giorgi, 2010, p. 8).

Por consiguiente, se puede apreciar cómo la CDN (1989) representa un hito realmente importante en lo que respecta al nuevo paradigma que se introduce para pensar las infancias, pasando de una concepción que los identifica como objetos que necesitan ser protegidos por personas adultas, a una en la que son sujetos titulares de derechos (Cardona, 2012).

De esta manera, se puede visualizar una transición, o un momento que marca un “quiebre” entre lo que sucedió antes de la CDN (1989) y posterior a ella. En lo que respecta a su anterioridad, se puede observar la “doctrina de la situación irregular” la cual tiene como característica al modelo tutelar, en donde se considera a niños y niñas como objetos que deben ser protegidos por ser incompetentes e incompletos, esta forma de denominarlo surge a partir de una concepción negativa de las infancias que se construye en todo aquello que no saben, no pueden, o no tienen, por tal motivo, todo lo que puedan expresar a través de sus voces, se lo considera sin importancia y se presenta como un sinsentido (Beloff, 2009).

Asimismo, situarse desde tal doctrina implicaba concebir a las infancias como “menores”, donde se negaban constantemente los derechos, y se potenciaba la acción judicial sobre niños, niñas y adolescentes que se encontraban en una situación de dificultad (existiendo una visión de los mismos en base a sus carencias, o pobreza). En consecuencia, toda ley fundamentada en esta doctrina, tenía la capacidad de decidir sobre los movimientos de la vida diaria de los mismos. A tal efecto, este paradigma divide a las infancias entre quienes pueden social y económicamente y quienes no, recibiendo tratos diferenciales por dicho motivo (García, 2001).

En contraposición, como consecuencia de la CDN (1989), se despliega el modelo de “protección integral”, cuando en América Latina se utiliza esa noción, se hace referencia a la protección de los derechos de las infancias y adolescencias. Es así que, a partir de esta nueva perspectiva, niños, niñas y adolescentes comienzan a ser denominados afirmativamente, como sujetos de derechos; bajo esta concepción ya no se habla de personas pasivas, inoperantes, incompetentes, personas en miniatura o incompletas. Al contrario de ello, el reconocimiento de sus derechos aparece de forma contundente (Beloff, 2009).

En adición, las nuevas leyes ya no realizan distinciones, sino que engloban a todas las infancias, considerándolos ya no como objeto de compasión-represión sino como sujeto pleno de derechos. En esta instancia, la CDN (1989) constituye un instrumento

imprescindible no solo desde un punto de vista jurídico, sino también por el cambio esencial que produce al generar una percepción absolutamente diferente y nueva acerca de la concepción de las infancias (García, 2001).

Así pues, los derechos que garantiza la CDN (1989) involucran a absolutamente todas las infancias, sin distinción alguna. Dicho lo cual si en ocasiones existen violaciones de tales derechos, instrumentos legales deben ponerse de manifiesto (Beloff, 2009).

De forma consecuente, dentro del modelo de protección integral, el derecho de las infancias de ser escuchadas y tenidas en cuenta aparece de forma preponderante, pasando "(...) de una concepción de exclusión de la voz del menor, donde los niños, como incapaces, no tenían nada que decir, a otra más cerca a la situación ideal de diálogo en la que participan todos los ciudadanos (...)" (Beloff, 2009, p. 36).

En esta línea, parece importante destacar que en la década de los 80 en América Latina, comienza a darse la retirada de las dictaduras militares, por lo que coincide con el surgimiento de la CDN (1989). En ese entonces, la doctrina de la situación irregular consiguió adaptarse de muy buena manera a los dinamismos empleados en las dictaduras de los 70, pudiendo convivir sin problemas con las políticas autoritarias que se ponían de manifiesto. De forma consiguiente, en la década de los 90 se instauran cambios profundos, apareciendo la CDN (1989) como una reformulación del pacto social con las infancias, comenzando a ser considerados como sujetos activos con derechos (Fleitas y Márquez, 2006). De esta manera, el modelo de protección integral comienza a encontrar su espacio con la CDN (1989), la cual trae consigo cambios no solo en leyes, sino también transformaciones en el lenguaje, dejando cada día más de hablar de "menores" para comenzar a hablar de infancias, niños y niñas con derechos (Baratta, 1998).

En efecto, es importante no olvidar que la sociedad en la que nos encontramos actualmente está transitando un camino que envuelve un cambio de paradigma en lo que respecta a la manera de concebir a niños, niñas y adolescentes, el mismo implica un movimiento y una separación de la mirada adultocéntrica, que los deja inmersos en un lugar de subordinación respecto a las personas adultas, a otra que engloba una mirada absolutamente diferente y que los concibe como sujetos de derechos (Echeverría, 2016). En Uruguay, se puede apreciar de forma notoria un mayor interés por brindar garantías para el cumplimiento de los derechos de las infancias y adolescencias (Bonaudi, 2022), sin embargo se evidencia un distanciamiento entre lo que determinan las leyes y lo que se termina constatando en la práctica (Bonaudi, 2014) en donde se puede inferir que la situación irregular y la protección integral continúan coexistiendo aún en la actualidad.

En esta línea, pero focalizando ahora específicamente en Uruguay, el Código del Niño (1934) supo ser un elemento normativo de gran importancia en lo que respecta a los derechos de las infancias. Posteriormente, con el advenimiento de la CDN (1989) se presenta como indispensable, en el año 2004 realizar una reforma, surgiendo como consecuencia, el Código de la Niñez y la Adolescencia. Lo antes dicho sucede debido a que se vuelve necesario establecer normas que se ajusten a los lineamientos expresados en la CDN (1989). De forma consecuente, parece imprescindible plasmar lo planteado en el artículo 2 del mismo, ya que expresa la mirada a partir de la cual se concibe a las infancias: “todos los niños y adolescentes son titulares de derechos, deberes y garantías inherentes a su calidad de personas humanas.” (Ley 17.823, 2004) Esto demuestra y enfatiza claramente la perspectiva con la que hay que basarse, cuando de derechos y de infancias se trata, no se hacen distinciones, sus derechos deben ser respetados y garantizados por el mero hecho de ser humanos.

Por otro lado, los planteos de Lansdown (2005) son elementales para continuar pensando a niños y niñas, éste enuncia que debemos posicionarnos indudablemente desde un lugar donde se respete el derecho de las infancias a ser escuchadas, y en donde se tomen con seriedad sus opiniones. De esta forma, el mismo afirma que niños y niñas son: expertos en las cuestiones relacionadas con su propia vida (nadie sabe más que ellos sobre los distintos aspectos y experiencias que han tenido); hábiles comunicadores que mediante distintos lenguajes pueden expresar sus opiniones (palabras, emociones, miradas, silencios, dibujos, representaciones teatrales, etc.); agentes activos que influyen e interactúan con el mundo que los rodea; constructores de significado que elaboran e interpretan el sentido de su existencia (Lansdown, 2005).

A partir de lo mencionado, podemos apreciar que es no sólo posible, sino también necesario, dar cuenta del derecho de las infancias a ser escuchadas, reconocidas y tomadas en serio al momento de expresar sus opiniones, respetando lo que son capaces de lograr, concibiéndolos finalmente como protagonistas activos de su propia vida (Lansdown, 2005).

Traer en estas líneas la necesidad de pensar a las infancias desde el lugar de protagonistas, hace que debamos traer a consideración el concepto de *participación*, el cual comporta un derecho base.

3.2. Participación de las Infancias como Derecho:

La participación como concepto y como derecho es un eje esencial, y por tanto, ineludible en el presente trabajo. Por tal motivo, comenzaré con la conceptualización planteada por el Programa de Participación Infantil y Adolescentes de INAU (PROPIA, 2012), parafraseando a Consejos Juveniles de España (1998): la participación de las infancias deviene de un proceso en la que los mismos toman conciencia de sí para poder ejercer sus derechos (PROPIA, 2012). Dicha propuesta engloba dentro de la participación, el elemento sustancial del derecho, y por serlo, no es algo que se pueda brindar, quitar, regalar o ceder, sino que debe ser necesariamente respetado, protegido y cumplido.

En esta línea, es de menester, traer a consideración una parte del artículo 12 de la CDN (1989), en donde se expresa:

1. Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2006, p.13).

Lo expresado en dicho artículo refleja de alguna manera, una barrera que ha sido derribada y que contenía un silencio inconmensurable. Tal y como lo expresa Alfageme et al. (2003), citando a Trisciuzzi (1998), "(...) recuperar opinión, voz, es recuperar visibilidad, identidad y dignidad (...)" (p. 38) dar lugar a la opinión de las infancias y que al mismo tiempo esta sea realmente escuchada, respetada y considerada, es esencial y no se reduce al mero funcionamiento de oír como funcionamiento biológico, sino que se trata de un verdadero reconocimiento (Alfageme, et al., 2003).

Según Arnillas y Paucar (2006) la participación de las infancias es entendida como "El derecho -asumido como capacidad- de opinar ante los otros y con otros (...)" (p. 15). Al mismo tiempo, sostienen la idea de que todo aquello que tienen para decir sea tomado en consideración con la seriedad y responsabilidad necesaria.

Por otro lado, debemos tener en cuenta el factor de que las infancias se encuentran bajo el cuidado de personas adultas, por tal motivo, la participación de niños y niñas pone en juego el accionar de adultos, debido a que las formas en las que se efectúen las iniciativas que los mismos proponen, estarán sujetas a las condiciones y el lugar que se les brinde para ello, o por el contrario, las limitaciones que se les impongan. Asimismo, si sus

ideas no se consideran, o directamente no son escuchadas, las infancias se encontrarán limitadas desde el comienzo (PROPIA, 2012).

A partir de lo anteriormente expresado, se puede visualizar que, para que la participación pueda ponerse de manifiesto, niños y niñas necesitan de adultos que sean capaces de brindar espacios adecuados y posibilitadores para que la escucha y por consiguiente el derecho a la participación, se ponga en juego. Para esto, a los mismos se le debe brindar la información apropiada, (sin agobiarlos con responsabilidades e información que no corresponde) con el objetivo de que puedan formar su opinión, y que al mismo tiempo, sea realmente tenida en cuenta, de forma tal que las decisiones que sean tomadas a posteriori incluyan, aquello que fue expresado por el niño o niña (Lansdown, 2005).

Teniendo esto presente, se transforman las miradas sobre las infancias, dejando de quedar estas como simples observadoras, para convertirse realmente, en actores de su propia vida (PROPIA, 2012).

En consecuencia, es imprescindible mencionar lo plasmado en el artículo 13 de la CDN (1989) ya que esclarece lo anteriormente dicho: las infancias tienen derecho a expresarse libremente, lo cual incluye libertad tanto en buscar, difundir como recibir información, pudiendo ser de distintos tipos: oral, escrito, impreso, en forma artística o por el medio que el niño o niña elija en ese momento (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2006).

Por otro lado, es necesario tener presente el concepto de autonomía progresiva y el de interés superior del niño, debido a que se convierten en factores importantes en lo que respecta a los derechos de las infancias. Para pensar el primero, comenzaremos tomando lo establecido en el artículo 5 de la CDN (1989): Los Estados Partes deberán respetar los derechos, responsabilidades, así como también los deberes de los padres o adultos referentes que se encuentren legalmente a cargo del niño o niña de impartirle, conforme a la evolución y desarrollo de sus facultades, una orientación y dirección oportuna para que puedan ejercer sus derechos (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2006).

Este énfasis también se puede apreciar en el artículo 12 de la CDN (expuesto con anterioridad) cuando hace referencia a la madurez del niño (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2006).

De este modo, podemos dar cuenta de que, los derechos de las infancias no quedan condicionados o suspendidos por su madurez para que recién en ese entonces puedan ser ejercidos. De forma contraria, implica un reconocimiento que dará cuenta de que su

autonomía tendrá variaciones, estando relacionada de forma acorde, al momento evolutivo y con la evolución de sus facultades de cada niño o niña en particular.

Parece relevante traer los planteos de Viola (2012) quien expresa que el principio de autonomía despliega la idea de que son las infancias quienes deben poner en ejercicio sus derechos, conforme a su grado de madurez y edad, junto a un adecuado acompañamiento de adultos. Dicho lo cual, las decisiones que son tomadas por estos últimos, sobre todo aquello que engloba a la vida de cada niño o niña, tendrá variaciones graduales de acuerdo a la evolución de las facultades del mismo. De esta manera, en la medida en la que las infancias van adquiriendo mayor autonomía, la participación de otras personas que se presentan como terceros, comienza a descender, empezando a aumentar la capacidad de las infancias de asumir responsabilidades.

Por otro lado, en lo que refiere al segundo concepto (interés superior del niño), tomaremos lo planteado en la CDN (1989), ya que propone lo siguiente:

Todas las medidas respecto del niño deben estar basadas en la consideración del interés superior del mismo. Corresponde al Estado asegurar una adecuada protección y cuidado, cuando los padres y madres, u otras personas responsables, no tienen capacidad para hacerlo (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2006, p. 10).

A partir de lo escrito por la CDN (1989), se puede inferir que el interés superior de las infancias, y por lo tanto, sus derechos, deben siempre primar por sobre intereses de terceros. Por consiguiente, de acuerdo a Cillero (1999) es "la plena satisfacción de sus derechos" (p. 248), y por serlo tiene características que es preciso mencionar: es una garantía que debe considerar esencialmente sus derechos; es de gran amplitud ya que obliga al legislador, instituciones públicas y privadas, autoridades y padres; es una orientación y directiva para la generación de políticas públicas para las infancias; entre otros. Teniendo esto en cuenta, se estaría contribuyendo a una mejora en la vida democrática que se encuentre orientada hacia el respeto de los derechos de todas las personas.

En otras palabras, cuando existan terceros que se encuentren en una posición de decidir acerca de algún aspecto que envuelva a las infancias, deberá ser necesariamente a favor de su máximo bienestar, teniendo siempre presentes sus opiniones e ideas. En casos en donde esto no suceda, el Estado puede intervenir para velar por sus derechos.

En adición, las palabras planteadas en PROPIA (2012) citando a Giorgi (2010), esclarecen lo que se viene planteando:

Un proceso es participativo siempre y cuando sea empleado el derecho de las infancias a expresar sus opiniones, ser escuchados, informados, y además incidir en la toma de decisiones en aquellos temas que les resulten de interés y que los afecten. Dicho lo cual, las áreas en las que esto debe darse efectivamente, son múltiples: familiar, educativa, salud, judicial, comunitario, institucional y de políticas públicas. Es fundamental tener siempre presente los Principios de Autonomía Progresiva, Interés Superior, y el de No Discriminación (PROPIA, 2012, citando Giorgi, 2010).

Es por esto, que es pertinente pensar en las condiciones necesarias para que exista una escucha adecuada: en principio, debe existir un ambiente oportuno que permita a niños y niñas expresar su opinión; implica la posibilidad de utilizar mediadores de interés (como por ejemplo el juego o el dibujo); se necesita de una relación de confianza; es fundamental que haya un otro que considere válido lo que dice y que además, le devuelva algo al respecto, teniendo así una repercusión en el otro; a su vez, por parte del adulto debe existir una mirada atenta y una escucha activa (Lansdown 2005).

A pesar de lo establecido en la CDN (1989) y teniendo en cuenta las ideas planteadas por los autores expuestos, es importante dar cuenta de que para lograr una efectiva participación y para que los derechos sean reconocidos es imprescindible salir de las lógicas de índole social, institucional y simbólica que se mantienen firmes en posturas adultocéntricas, continuar bajo el manto de las mismas, implica la persistencia de relaciones de asimetría, superioridad, y una falta de reconocimiento en lo que tienen para decir y en la capacidad para participar por parte de las infancias (Bonaudi, 2022).

A partir de esto, se presenta como ineludible, considerar los planteos de Hart (1997) debido a que expresa que la seguridad y competencia en lo que refiere a la participación, se logra gradualmente con la práctica, motivo por el cual, deben existir oportunidades para que las infancias puedan participar.

En esta línea, el autor despliega un Diagrama de la Escalera de Participación, el cual cumple la función de repensar y reflexionar acerca de la participación. Tal es así que, presentará ocho escalones o niveles que lo representarán:

En el primero de ellos se encuentra la *manipulación*, el cual se posiciona en el nivel más bajo de la escalera, se podría apreciar en aquellos casos en donde las infancias se encuentran en determinados eventos pero no entienden de qué trata, lo cual tiene como consecuencia la falta de comprensión acerca de sus propias acciones. A la vez, se puede observar en aquellas circunstancias en las que se les realiza la consulta, pero luego no se

les brinda ningún tipo de devolución o retroalimentación, por lo que terminan sin saber qué se hizo con las ideas que plantearon (Hart, 1997).

En el segundo nivel aparece la *decoración*, y hace referencia a cuando se los incorpora como una especie de accesorio o decorado. En estos momentos, niños y niñas quedan posicionados en un lugar de incompreensión acerca de lo que están haciendo. Así, las infancias son usadas para hacer más fuerte una causa, pero de forma indirecta (Hart, 1997).

En el tercero, se encuentra el concepto de *simbolismo*, introduciéndose para dar cuenta de aquellos casos en los que, en apariencia las infancias están teniendo la oportunidad de manifestarse (a pesar de que en la realidad, no es lo que está sucediendo), encontrándose por defecto, con una mínima o nula incidencia sobre lo que se está haciendo, y con pocos o ningún espacio para expresar sus propias ideas (Hart, 1997).

El siguiente escalón es el *asignado pero informado*, se puede visualizar cuando las infancias son asignadas para estar en una situación o actividad, pero con la particularidad de que se les informa de qué se trata (Hart, 1997).

De esta manera, para que se pueda hablar de un proyecto participativo, debe ponerse en marcha, según Hart (1997), lo siguiente: las infancias tienen que comprender las intenciones del proyecto; deben saber con claridad quién decidió que participaran y el motivo; tienen un papel significativo, por lo tanto, no decorativo; deben ofrecerse de forma voluntaria para la actividad, luego de que se les aclare y explique verdaderamente de qué se tratará (Hart, 1997).

Consultados e informados es el quinto escalón, el mismo refiere a cuando el proyecto "(...) es diseñado y dirigido por los adultos, pero los niños comprenden el proceso y sus opiniones se toman en serio." (p. 14).

El siguiente, se denomina *iniciado por los adultos, decisiones compartidas con los niños*, este nivel se presenta como verdaderamente participativo, ya que a pesar de que son iniciados por personas adultas, las decisiones se toman de forma compartida.

Iniciados y dirigidos por los niños es el anteúltimo escalón y refiere a cuando las actividades son no sólo pensadas por las infancias, sino además, puestas en marcha por las mismas.

Por último, en el escalón número ocho, el nivel más alto a nivel de participación según el autor, se hace referencia a los proyectos *iniciados por los niños, decisiones compartidas con los adultos*, en la misma se puede pensar en situaciones que son gestadas por las infancias, sin embargo, compartidas con personas adultas (Hart, 1997).

Igualmente, Lansdown (2005), expresa que "(...) Cuanto más profundo es el nivel de participación, mayor es la capacidad que adquieren de influir en lo que les sucede y también son mayores las oportunidades que tienen para su desarrollo personal (...)" (p. 16).

El mismo, trae la idea de "grados de participación", describiendo tres de ellos: *procesos consultivos, procesos participativos y procesos autónomos*.

En cuanto al primero, plantea que se pueden visualizar cuando personas adultas reconocen que las infancias tienen sus opiniones, vivencias y experiencias, dando cuenta de que son esenciales en todo aquello que los involucra. Realizar consultas pone en evidencia la conciencia que toman los adultos acerca de que no son ellos quienes tienen todos los conocimientos. A pesar de ello, estos procesos tienen como característica el hecho de ser empezado y liderado por personas adultas, imposibilitando que niños y niñas puedan controlar los resultados (Lansdown, 2005).

En segundo lugar, junto a lo que el autor denomina "*procesos participativos*", se despliega la idea de que en esta instancia se "ofrecen oportunidades para que los niños intervengan activamente en el desarrollo, la implementación, el monitoreo y la evaluación de proyectos, programas, investigaciones y otras actividades" (Lansdown, 2005, p. 17). Este proceso tiene como particularidad: que es comenzado por personas adultas; que niños y niñas colaboran; que las infancias tienen incidencia e importancia y manifiestan inquietudes en el proceso y en sus resoluciones, adquiriendo una autonomía progresiva a medida que el tiempo transcurre (Lansdown, 2005).

Por último, los "*procesos autónomos*" hacen referencia a aquellos procesos en donde las infancias no deben ajustarse simplemente a lo definido por adultos, sino que pueden emprender la acción. Dicho lo cual, tiene como características sobresalientes: el reconocimiento por parte de las propias infancias acerca de las temáticas que se presentan; personas adultas cumpliendo funciones ya no de dirigencia, sino de facilitadores; y la existencia del control por parte de las infancias (Lansdown, 2005).

De esta manera, gracias a las ideas de diferentes autores traídos a lo largo de este trabajo, es que se pueden visualizar distintos niveles o grados de participación que afectarán de una forma u otra a las infancias.

Finalmente, se puede observar que la participación funciona como transportadora y potenciadora de la palabra, lo cual trae consigo el rol social activo de las infancias en su proyecto de vida (Miranda, et al., 2017).

3.3. Construcción de Ciudadanía en las Infancias:

Es imprescindible hacer referencia al concepto de ciudadanía y vincularlo en consecuencia, con las infancias.

Es por esto que es necesario expresar que la misma se relaciona con el “respeto a los derechos y al efectivo ejercicio de los mismos, a la dignidad de las personas” (Suárez, 2013, p. 30). Sin embargo, trae consigo diferentes significaciones.

En cuanto a esto, Marshall (1997) trae tres categorías: ciudadanía civil, ciudadanía política y ciudadanía social. La primera, abarca aquellos derechos necesarios para la libertad individual, entre ellos: la libertad de expresión, de pensamiento, etc., tiene además, relación con la parte legal y judicial debido a que le otorga a cada una de las personas ciertos derechos y obligaciones que son necesarios para la vida en comunidad (Suárez, 2013). La segunda (ciudadanía política), hace referencia a todo aquello que engloba el poder político, la participación y el ejercicio en el mismo. Por último, la ciudadanía social, involucra el derecho a la seguridad económica e implica a la vez, compartir el patrimonio cultural y social que haya sido alcanzado por una comunidad (Suárez, 2013). En esta línea, Suárez (2013) comprende que “El desarrollo de los derechos sociales despliega capacidades, habilita en el ejercicio de derechos y por tanto genera actores capaces de disputar en el terreno político, en última instancia genera el empoderamiento de los sujetos” (p. 31).

En consecuencia, “la ciudadanía se materializa en la vigencia de los derechos que una sociedad considera incluidos en tal noción, y en el ejercicio efectivo de los mismos” (Suárez, 2013, p. 32). Conforme a esto, la salud, educación, alimentación, vivienda, etc, son derechos que deben ser garantizados a la comunidad simplemente, por el hecho de ser ciudadanos (Suárez, 2013).

Por consiguiente, podemos cuestionarnos *¿en qué lugar quedan las infancias? ¿Qué espacio ocupan?* Acerca de esto, los planteos de Cillero (2011) parecen cruciales ya que expresa que se encuentra íntimamente relacionado a un cambio en la forma en la que se relaciona el Estado y las personas adultas con niños y niñas, quienes se mueven de un lugar de receptores pasivos de asistencia, hacia una en la que son reconocidos como sujetos de derechos. De esta forma, al enfrentarse a las necesidades de las infancias, hay dos caminos: transformarlos en derechos, recorrido que se lleva a cabo en la Convención, y que se basa en el reconocimiento de las infancias como sujetos de derechos que tienen demandas sociales, o por el contrario, quedar dentro de la perspectiva asistencial,

considerándolo como un mero objeto y receptor pasivo de servicios públicos y privados (Cillero, 2011).

Es posible pensar que el cumplimiento (o la falta del mismo) de los derechos de las infancias estará fuertemente relacionada con el "carácter y alcance de la ciudadanía y a la realización de los derechos de todos los sectores de la sociedad" (Alayón, 2000, p. 160).

En adición, cuando las políticas sociales se presentan con una postura asistencialista, produce que inevitablemente la persona quede inmersa en un rol pasivo y de vulnerabilidad, sin dar lugar a la posibilidad de una postura autónoma como alternativa.

A pesar de ello, según Suárez (2013) las infancias e incluso las adolescencias, se presentan con una "ciudadanía de baja intensidad" (p. 33), debido a que en múltiples ocasiones no existe el reconocimiento de los derechos que les corresponden como miembros de la sociedad (Suárez, 2013).

Acerca de este tema, Saforcada, et al. (2010) plantea que

"(...) es un proceso gradual, de naturaleza psicosociocultural y que, desde la perspectiva ecológica del desarrollo humano, implica diferentes contextos a los cuales los niños van accediendo gradualmente por medio de la participación, en procesos psicosocioculturales en los que van adquiriendo un sentido de pertenencia y de posesión consciente de derechos y responsabilidades humanos, políticos, sociales, ambientales, culturales y jurídicos. En una sociedad o en una comunidad hay más ciudadanía cuanto más tejido social abarcan estos derechos y responsabilidades (...)" (Saforcada, et al., 2010, p. 132).

Asimismo, es posible plantear la imposibilidad de pensar la ciudadanía de las infancias, sin nombrar el rol significativo que cumplen las respectivas familias, instituciones educativas, y el Estado.

En esta línea, las ideas de Bronfenbrenner (1979) son pertinentes, debido a que no considera a las diferentes personas como una tábula rasa, sino que al contrario de esto, el ambiente influye, existiendo al mismo tiempo, una interacción de la persona con el ambiente siendo por tanto, bidireccional, teniendo como característica sobresaliente la reciprocidad.

De forma consecuente, se puede expresar que el ambiente que se presenta como importante para el proceso que implica el desarrollo, no se limitará al entorno inmediato, sino que al contrario de ello, se extenderá e incluirá interconexiones e influencias entre diferentes entornos (Bronfenbrenner, 1979, p. 41).

Con el objetivo de continuar con esta idea el autor trae en consideración la noción

del “ambiente ecológico”, el cual se configura como estructuras concéntricas en las que cada una está englobada por la próxima, y son denominadas como microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema (Bronfenbrenner, 1979).

El *microsistema* refiere a roles, modos de relacionamiento, y actividades que la persona en desarrollo vivencia o experimenta en entornos particulares y determinados.

Respecto al segundo, *mesosistema*, está basado en las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente, las interconexiones pueden ser de distinta índole: personas que se encuentran en dichos entornos, relaciones en redes sociales, entre otros.

En lo que respecta al *exosistema*, se encuentra caracterizado por uno o más entornos pero en este caso, que no involucra estrictamente a la persona en desarrollo con una participación activa, sino que sucesos ocurridos en dichos entornos, traen consigo una afectación por lo sucedido allí.

Por último, el *macrosistema*, hace referencia a las correspondencias de los sistemas de menor orden (los tres mencionados anteriormente) que se encuentran en la cultura, ligado a creencias e ideologías (Bronfenbrenner, 1979).

A partir de esto, se visualiza cómo se pone de manifiesto una interacción persistente y dinámica entre niños y niñas que se presentan de forma activa y en constante cambio, y el ambiente en el que se encuentran, también cambiante.

Continuando con esta línea, de acuerdo con lo propuesto por Giorgi (2006) acerca de la participación y el ejercicio de la ciudadanía parece importante: “Cuando los sujetos adquieren una identidad social que les permite expresarse a través de sus colectivos y adoptar posturas activas en pro de la defensa o restitución de sus derechos, se opera una inclusión en la dinámica social.” (p. 8)

Es así que, aparece la posibilidad de pensar en horizontes en los que se pasa de “del menor hacia el ciudadano” (Baratta, 1998, citando a Gomes da Costa, 1992, p. 8) esta idea hace referencia a un cambio, modificación y transformación de una perspectiva que venía de la mano de la doctrina de la situación irregular, para pasar hacia la doctrina de protección integral, teniendo un gran énfasis en la CDN (1989), la cual orienta su mirada hacia niños y niñas como sujetos de derechos, saliendo de la idea de “menores”, excluidos y apartados.

A pesar de esto, la idea de esta transición mencionada, no es un proceso que ha culminado, sino que al contrario de ello, sigue y requiere de luchas permanentes.

A partir de lo señalado y ahora haciendo hincapié fundamentalmente en el Sistema de Salud, es de menester considerar lo planteado por Saforcada, et al. (2010) debido a que

expresa que el progreso en la construcción de ciudadanía tendrá una influencia directa en las condiciones de salud de las personas, generando al mismo tiempo, la buena situación de salud, lo cual reforzará su condición de ciudadanos.

A partir de lo señalado, se podría inferir que en la medida en que las infancias puedan apropiarse del Sistema de Salud, siendo verdaderamente parte del mismo, es que su condición de ciudadanos sería reforzada. De esta manera surge la pregunta *¿Qué resultados traería dicha apropiación desde edades tempranas? ¿Qué cambios debería generar el Sistema de Salud?*

Es posible que navegando en preguntas, las respuestas siempre estén girando en la concepción de infancias, por lo que, mientras las mismas sean consideradas como simples receptores y mero objeto de cuidado que debe ser asistido, tendrá como consecuencia que el derecho a participar y a construir ciudadanía termine siendo negado. De esta forma, siguiendo la línea de la CDN (1989) y tomando los planteos de diferentes autores mencionados a lo largo del presente escrito, como Saforcada, et al. (2010) se puede expresar que las acciones que engloban al ámbito de la salud serían más efectivas y beneficiosas si se considerara a las infancias como verdaderos sujetos de derechos.

3.4. Concepción de Salud:

Otro aspecto fundamental del presente Trabajo Final de Grado engloba al área de la salud. A pesar de que en el mismo, nos enfocaremos específicamente en el Primer Nivel de Atención, es pertinente realizar un recorrido acerca de algunas concepciones que se presentan como elementales.

En principio, es ineludible dar lugar a la noción de *salud*, ya que como tal, ha tenido distintas conceptualizaciones a lo largo del tiempo, incluso, en las diferentes culturas que han existido en la historia, se ha podido apreciar una idea o un saber acerca de cómo ser y estar saludable.

La elaboración de tal noción (salud), tiene en su génesis la visión ayurvédica, la misma se basa en un sistema curativo, presentándose como uno con gran antigüedad, denominada como "la Madre de todas las curaciones" (...) que trata el cuerpo, la mente y el espíritu" (Guerrero, y León, 2008, p. 614).

Por otro lado, durante un momento histórico-social, la salud fue abordada desde una concepción mágica y religiosa, donde la enfermedad se presentaba como una sanción, y la salud como un regalo (De Lellis, et al., 2015). En Mesopotamia, las personas consideraban

a la "enfermedad" como lo opuesta a la "salud", teniendo su etiología en los errores que los sujetos cometieron en su vida cotidiana, es por este motivo que aparece como una relación causa-efecto, así como también se puede apreciar como error-castigo. A partir de ello, la salud se presentaba como dependiente de lo que las intenciones de los dioses y la aparición de la enfermedad, como la señal de una mala conducta (Guerrero y León, 2008).

Con Hipócrates, la enfermedad comienza a pensarse desde un lugar de causa natural (De Lellis, et al., 2015) el cual se sustenta en la idea de un equilibrio armónico de la naturaleza humana y el ambiente que lo rodea (Guerrero y León, 2008). El mismo propone "el concepto de salud como equilibrio de los cuatro humores vitales del cuerpo: sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema." (Guerrero y León, 2008, p. 620). Asimismo, Galeno, se basa en lo anatómico y fisiológico, sosteniendo que cada uno de los elementos de la naturaleza tiene una causa final, de modo que, cada órgano cumple una función específica (Revel, et al., 2013).

Luego, en lo que respecta a la Edad Media existe una explicación que engloba lo sagrado y religioso. El saber que sobresalía en dicho momento, estaba fuertemente influenciado por el Catolicismo, como consecuencia, las enfermedades eran interpretadas como la ira de Dios o el accionar de demonios (Morales, 2009). Al mismo tiempo, en el mundo árabe se basaban en perspectivas materialistas para explicar todo aquello que engloba a la salud y la enfermedad, expresando que dependiendo de la existencia de cierto equilibrio o la falta del mismo, se mantiene la salud o por el contrario, se produce la enfermedad, esto se basará en seis principios: tener mesura al comer y beber, el aire puro, trabajar, descansar, el sueño y la vigilia, las reacciones emocionales y la evacuación de lo superfluo (Morales, 1997).

Más tarde, en la modernidad, sobresale la idea de "la salud como ausencia de enfermedad" (De Lellis, et al., 2015, p. 13), en donde el discurso que predominaba era el biomédico y patogénico (De Lellis, et al., 2015). Se sostiene en este momento un esquema de causa-efecto-tratamiento (Morales, 1997). Igualmente, en el siglo XIX profesionales de otras ramas comenzaron a enunciarse, expresando que las enfermedades podían estar relacionadas con aspectos que refieren a las condiciones materiales de vida, sociales, políticas y también de trabajo (Morales, 1997). A pesar de dichos planteos, culminando el siglo, se robustecen las ideas biologicistas y unicasales.

Finalmente, en el siglo XX se comienza a poner bajo tela de juicio el modelo médico hegemónico, que pone su foco en la enfermedad, y en lo monodisciplinar (la medicina con un lugar predominante) con una perspectiva biologicista (Sívori, 2010). Es así que, comienza a aparecer la concepción de que para que un sujeto esté sano, no es suficiente

poseer un cierto bienestar físico, sino que también aparece como importante lo mental y las condiciones sociales que lo rodean (Gavidia y Talavera, 2012).

A partir de esto, la definición de salud de la OMS (1978) en la Declaración de Alma-Ata aparece con elementos innovadores: “la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social (...)” (OMS, 1978, p. 2) se expresa que no significa sólo la ausencia de enfermedad y que es un derecho humano, por esto, se convierte en un objetivo social de gran importancia. Consecuentemente, aparece como insuficiente la intervención única del sector salud, por lo que otros sectores sociales y económicos se vuelven imprescindibles (OMS, 1978).

La misma, hace alusión a nuevos elementos que en el pasado, no se consideraban (incluyendo no sólo lo somático, sino también lo mental y social) sin embargo, a pesar de presentarse como novedosa, se le pueden realizar diversos cuestionamientos, entre ellos, la visión estática de la salud, apareciendo la misma como “completa”, siendo una mirada idealista (De Lellis, et al., 2015).

Es ineludible considerar la salud desde otra perspectiva, una más integradora, motivo por el cual, tomaré lo planteado por Villar y Capote (2007) en la Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay

la salud es una categoría biológica y social, que se encuentra en unidad dialéctica con la enfermedad, resultado de la interacción del individuo con su medio, que se expresa en valores mensurables de normalidad física, psicológica y social, que permite al individuo el cumplimiento de su rol social, que está condicionada al modo de producción y a cada momento histórico de la sociedad y constituye un inestimable bien social

Por otra parte, Saforcada (2014) expresa que la salud es un proceso complejo que se encuentra sujeto al desempeño de las personas en su cotidianidad, englobando un relativo bienestar físico, mental, ambiental y social, el máximo que se pueda en determinado momento sociocultural e histórico. A su vez, el autor plantea que es imprescindible considerar que tal situación es consecuencia de la interacción constante, recíproca y transformadora de las personas (ser bio-psico-socio-ambiental) y sus ambientes (entidad bio-físico-químico-económico-político) (Saforcada, 2014).

Tomando lo expuesto por Villar y Capote (2007) y Saforcada (2014), es que se puede comenzar a apreciar una nueva visión acerca de la salud, debido a que la

importancia ya no radica simplemente en la enfermedad biológica. A partir de ello, se comienza a dar un giro hacia una mayor integralidad en las concepciones de salud, debido a que se comienzan a incluir otros elementos, entre ellos: lo social, mental, y ambiental. Esto trajo consigo diversas consecuencias, no sólo en el modo de pensar, sino en las prácticas que se pretenden llevar a cabo en el Sistema de Salud.

A tal efecto, es preciso destacar los modelos de atención en salud, para lo cual las palabras de Saforcada (1999) distinguiendo dos paradigmas, parecen esenciales. El autor menciona el paradigma *individual-restrictivo* y el *social-expansivo*.

El primero, refiere a una postura que piensa a las personas de forma aislada de su respectivo contexto, y donde la enfermedad es explicada únicamente desde una base biológica. Mientras que el segundo, (paradigma social-expansivo) entiende a la salud desde una mirada compleja y al mismo tiempo, integral. Desde ese punto de vista, no se le da importancia sólo a las personas que enferman, sino también se le da lugar a la salud, poniendo de manifiesto la prevención y promoción de la misma.

También así podemos referirnos a la clasificación que realiza Menéndez (1985) acerca del *Modelo Médico Hegemónico (MMH)* distinguido por ser a-histórico, a-social, individualista, biologicista, y con una mirada en la que no se incluye ni se considera a los usuarios en el acceso a conocimientos. Como contraposición a este modelo, que según dicho autor se encuentra en crisis, caracteriza y establece el Modelo Antropológico Alternativo, en el cual la cultura y lo social adquieren una preponderancia valiosa. Implicando por tanto, los saberes colectivos, la apropiación de la comunidad de saberes y prácticas médicas, la incidencia de mecanismos sociales, entre otras características, serán procesos que pueden facilitar estrategias acerca de problemáticas de la salud que impliquen la participación (Menéndez, 1985).

En esta línea, Rudolf (2013) plantea que Uruguay se encuentra

(...) en una matriz cultural en la que predomina un modelo que se ha definido como medicalizado, lo que se puede resumir en algunas características: biologicista, ahistórico, individualista, centrado en la enfermedad y su asistencia, con gran poder de los profesionales (sobre todo médicos) y desvalorización del papel del saber y las prácticas populares (Rudolf, 2013, p. 48).

Al mismo tiempo, la autora mencionada hace hincapié en tres aspectos. En principio, acerca de la medicalización expresa que refiere, a la manera en la que se enfrentan las problemáticas sanitarias, lo cual colabora a que la población se preocupe más por su

enfermedad, al tiempo de que se convence de ser ignorante en el tema, esto produce una dependencia total de los profesionales (Rudolf, 2013).

En cuanto a la patologización, plantea que viene de la mano de la desvalorización de aquellas cosas que las personas pueden hacer por su salud de forma espontánea y saludable, para culminar poniendo la mirada puntualmente en lo patológico, el diagnóstico y la consecuente curación (Rudolf, 2013).

Estos dos elementos enunciados y que se encuentran íntimamente relacionados según Rudolf (2013) citando a Fort et al. (2006) se deben a una cultura que ha fomentado intencionalmente la industria farmacológica y tecnologías avanzadas.

Por último, refiere a la participación, planteando que ha sido relegada, debido a que "(...) se ha producido un verdadero proceso de "expropiación" de la salud de la gente, y de desvalorización de su capacidad de intervenir activamente en los procesos de mantener o recuperar la salud." (Rudolf, 2013, p. 50). Esto trae aparejado un gran impacto en el ejercicio de la ciudadanía debido a que las personas quedan inmersas en el rol del paciente, con una relación asimétrica, dependiente y fragmentada con el proceso de salud-enfermedad (Rudolf, 2013).

Parece evidente que estos tres aspectos destacados (medicalización, patologización y participación) se han convertido en grandes retos que el Sistema Nacional Integrado de Salud debe apuntalar y afrontar.

3.5. Sistema Nacional Integrado de Salud:

Con el objetivo de continuar con esta línea, es de menester expresar que desde el año 2005, Uruguay ha llevado a cabo una reforma en la salud, proponiendo un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Sin embargo, no fue hasta el año 2007 que se implementó la Ley 18.211, en donde se plantea que el SNIS, tiene como finalidad garantizar "el acceso a servicios integrales de salud a todos los habitantes residentes en el país" (Ley 18.211, 2007).

Dentro de los principios propuestos en el SNIS se encuentran: la promoción de la salud; la intersectorialidad de las políticas de salud; cobertura universal; accesibilidad; la equidad de las prestaciones; la orientación preventiva e integral; respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada acerca de su salud; la participación social de trabajadores y usuarios, entre otros (Ley 18.211, 2007).

Asimismo, el SNIS se basa en un enfoque integral de la atención, por tal motivo, aparece como ineludible lograr “(...) el más alto nivel posible de salud de la población (...)” (Ley 18.211, 2007, Artículo 4) a través de acciones que involucren tanto a las personas como a su entorno, de forma tal que se promuevan hábitos saludables de vida y también así la participación (Ley 18.211, 2007, Artículo 4). En adición, el SNIS trajo consigo cambios importantes en la financiación, gestión y en el modelo de atención, el eje de este último se presenta bajo la estrategia de la Atención Primaria de Salud (APS), y con la consolidación del Primer Nivel de Atención (PNA) presentándose como resolutivo, permitiendo la atención integral de salud, y promoviendo la participación de la comunidad (OPS, 2011).

De esta manera, se puede visualizar que las transformaciones en la salud que han sido mencionadas, hacen que aparezca con un rol esencial la APS, sobresaliendo aquí el PNA.

En la Declaración de Alma Ata, realizada en el año 1978, se conceptualiza la APS como la

Atención esencial en salud basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, accesible a los individuos y a las familias en la comunidad, a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan asumir para mantenerla. La APS forma parte integral del Sistema de Salud de un país, así como del desarrollo económico y social de la comunidad acercando la atención en salud, tanto como sea posible, al lugar donde la gente vive y trabaja, constituyéndose en el primer elemento de un proceso continuo de atención de salud (OPS, 2011, p. 30).

Además, en el informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (1978), se sostiene que la APS “es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades” (OMS, 1978, p. 4). Al mismo tiempo, tiene una orientación hacia los problemas de salud más relevantes y cuenta con servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, que se presentan con el objetivo de resolver tales problemas (OMS, 1978).

Se destaca y enfatiza la importancia y considerable necesidad de la participación de las personas en distintos sectores y áreas, por lo que fomenta e impulsa la existencia de un espíritu de autorresponsabilidad y participación de la comunidad y de cada sujeto en lo que respecta a la organización, planificación, funcionamiento y control de la APS, siendo

impulsado a través de la educación en salud, apareciendo la participación de la comunidad con un rol esencial (OMS, 1978).

Tal y como se ha podido apreciar, la participación en el SNIS es un elemento y un principio fundamental, por lo tanto debe tomarse como tal. Para ello, es necesario dar cuenta que tanto para apropiarse del derecho a la salud, y por consiguiente también para lo que respecta a la participación, es necesario que se pongan de manifiesto posicionamientos contundentes y prácticas sostenidas, por todos aquellos actores que se encuentran involucrados, ya sean usuarios, personas trabajadoras, gobiernos, entre otros. Asimismo, es importante expresar que especialmente el Estado, debe ocuparse de que se produzcan oportunidades que permitan a la sociedad ejercer su derecho a la participación (Ministerio de Salud Pública, 2010).

También así, el SNIS debe generar oportunidades para que lo antes dicho sea realmente factible y realizable. Si nos situamos desde el modelo médico hegemónico, la participación de los usuarios, trabajadores y la comunidad aparecerá de forma nula. En contraposición, para que exista una participación ciudadana activa en salud, se requieren no sólo diferentes, sino además mayores formas de interrelación con lo que respecta a la gestión ya que, los ciudadanos comenzarán a participar activamente de las acciones colectivas cuando empiecen a dar cuenta de que es una vía para que sus demandas sean satisfechas y que al mismo tiempo, se reconozcan como personas que pueden realmente influir en los resultados (Ministerio de Salud Pública, 2010).

Para que esto suceda, es necesario que: la participación ciudadana sea motivada; generar instancias reales de participación; tener realmente presentes los intereses de los usuarios; involucrar, hacer parte a usuarios y trabajadores, de forma tal que puedan participar de manera activa en lo que refiere a la elaboración y aplicación de políticas de salud (Ministerio de Salud Pública, 2010).

Por otro lado, para conceptualizar el PNA, tomaremos las palabras de Vignolo, et al. (2011) quien expresa que dicho nivel, se considera como el más próximo a la población, es decir, el primer contacto lo cual permite que las personas puedan acceder a una atención oportuna. Asimismo, se presenta como la puerta de entrada, debido a la cercanía con la que aparecen los servicios respecto a donde transcurre la vida cotidiana de las personas (OPS, 2011). En el mismo, se intentan resolver las problemáticas más comunes, las cuales pueden resolverse a través de actividades que engloban la promoción de salud y la prevención de la enfermedad (Vignolo, et al., 2011).

Consecuentemente, el PNA está dirigido hacia aquellos espacios donde la comunidad vive, trabaja y estudia, se caracteriza por la existencia de un conocimiento y una comunicación estrecha entre funcionarios y profesionales con los sujetos, familias, grupos sociales, etc (OPS, 2011).

Específicamente en Uruguay, el primer nivel de atención

(...) está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social (...) (Ley 18.211, artículo 36, 2007)

En esta línea, Giorgi (s/f), plantea algunas conclusiones en base a la experiencia vivida en los servicios de PNA: las consultas y demandas que llegan suelen ser en su gran mayoría de índole afectiva, cognitiva, relacional o conductual, estando estas dentro del campo de lo psicológico. De igual forma, suelen estar relacionadas con malestares, o angustias, encontrándose íntimamente relacionado con la calidad de vida que llevan las personas. En estas instancias el rol del profesional en Psicología se pone de manifiesto fuertemente, lo cual va a traer consigo, la necesidad de escuchar, comprender, sostener y facilitar, ¿qué se facilita? maneras de expresar emociones, vínculos, nuevas formas de comprensión de la realidad que traigan consigo la posibilidad de pensar y generar nuevas y diferentes respuestas, sosteniendo al mismo tiempo, un proceso que permita desplegar potencialidades (Giorgi, s/f, citando a Giorgi, 2002).

Situarse de esta manera y con estas características frente a las personas, hace posible que el posicionamiento respecto a las mismas sea ya no desde un lugar de carencia o de falta, sino desde la potencialidad. Esta nueva postura implica considerar cuatro factores relacionados a los "satisfactores sinérgicos" planteados por Max Neef (1986): amplitud de las "redes sociales" que tengan las diferentes personas, entendiendo a las mismas como un entretrejido de relacionamientos de diferente índole a partir de las cuales se generan distintas interacciones e intercambios; pertenencia a la cultura y lo que ella trae consigo; la inclusión socio-institucional, estando inmersas en actividades que envuelvan a la colectividad y vayan más allá de la individualidad del sujeto, propiciando el desarrollo de nuevas potencialidades; participación y ejercicio de ciudadanía, teniendo un rol activo en la defensa de sus derechos. Tal es así que, dichos satisfactores se encuentran en una relación de "causalidad circular" o frecuente con la salud, y con la calidad de vida, manifestándose

como protectores al tiempo que también son expresiones de la misma. En adición, estos tienen sentido en tanto y cuanto cada persona se apropia de los espacios y los recrea (Giorgi, 2006).

A partir de esto, es interesante traer la perspectiva de Rudolf (2013) cuando interrelaciona el derecho a la salud y la estrategia de APS planteando que si esta última opera de forma eficiente, hay muchas enfermedades, dolores y sufrimientos que no llegarían al Sistema de Salud, para que esto suceda es imprescindible que exista articulación de políticas de educación, sociales, de vivienda y trabajo; y articulación de conocimientos, tanto en lo que respecta a hábitos y medio ambiente saludable. Dichos conocimientos deben ser científicamente fundados y también de saberes cotidianos y populares, lo cual propicia el respeto hacia las diferencias (de género, étnicas, culturales, etc) (Rudolf, 2013).

Es importante hacer mención de la Ley N° 18.335: derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud, ya que el artículo 1 expresa que "(...) regula los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud con respecto a los trabajadores de la salud y a los servicios de atención de la salud." (Ley 18.335, 2008)

Al mismo tiempo, en el artículo 2 plantea: "Los pacientes y usuarios tienen derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica." (Ley 18.335, 2008).

Asimismo, en sus disposiciones se expresa que tienen el derecho de acceder a una atención integral, recibiendo atención de calidad, con profesionales capacitados, haciéndose en el artículo 17, un especial énfasis en el derecho a tener un trato que sea digno y desde un lugar de respeto (Ley 18.335, 2008).

Siguiendo con esta línea, es crucial hacer mención al Programa Nacional de Salud de la Niñez (2006) debido a que se desarrollan ciertas normas y recomendaciones acerca de la atención de niños y niñas. En el mismo se plantea que en Uruguay la salud de las infancias es un derecho fundamental que en la actualidad es vulnerado y violentado. El Sistema de Salud ofrece respuestas insuficientes, así como también las políticas sociales hacia los mismos que se presentan como fragmentadas, discontinuas e intermitentes. De esta manera, se puede apreciar que existe aún en nuestros días, una postergación de las infancias en las políticas sociales (Ministerio de Salud Pública, 2006).

En lo que respecta a la estrategia, se expresa la necesidad de mejorar las condiciones de vida de dicha población, mediante políticas sociales integrales, desplegando una atención de salud que haga hincapié en la prevención, promoción, accesibilidad y participación (Ministerio de Salud Pública, 2006).

Posteriormente, se trae a colación la temática de los recursos materiales necesarios y las instalaciones físicas en donde se debe brindar atención a las infancias en el PNA, entre las que incluye: lugares de consulta pertinentes; adecuación técnica para realizar diagnósticos; instrumentos con medidas antropométricas; entre otros (Ministerio de Salud Pública, 2006).

Además, se hace hincapié en el espacio informativo, en donde se detalla la necesidad de cartelería que explicita los servicios, horarios y maneras de acceder a ellos, y que al mismo tiempo sean atractivas; utilizar otros instrumentos de aplicación: juegos, videos, etc; lugares de entretenimiento para las infancias: agregando espejos, materiales didácticos; entre otros (Ministerio de Salud Pública, 2006).

Teniendo en cuenta las ideas bajo las cuales se rige el Programa Nacional de Salud de la Niñez (2006), se puede apreciar cierto interés por reconocer a las infancias, sin embargo, la perspectiva que termina englobando al mismo, mantiene una mirada biologicista, pudiéndose visualizar en lo detallado que se presentan los controles que deben realizarse niños y niñas según sus edades, manteniéndose al mismo tiempo, bajo el adultocentrismo, lo cual se puede visualizar en accionares que no tienen en cuenta a las infancias, como es el caso de la cartelería, así como propuestas que no incluyen el ejercicio del derecho a la participación de niños y niñas.

De forma consecuente, es preciso destacar que el enfoque en derechos humanos es lo que debería orientar cualquier programa, debido a que le otorga valor a los resultados pero también a los procedimientos, los principios desde los derechos humanos (ya sea la no discriminación, participación, igualdad, entre otros) deben de aparecer en todas las etapas del programa de salud, como las prioridades, planificación, diseño, realización, evaluación, etc (OMS, s/f).

3.6. ¿Cómo se Interrelaciona la Participación de las Infancias con el Primer Nivel de Atención?

Luego de haber realizado un recorrido por diferentes nociones e ideas que son de gran importancia para comprender y realizar el presente trabajo, es de menester realizar una articulación que permita poder pensar las múltiples aristas que lo engloban.

Con este objetivo, parece adecuado traer diversas experiencias que se han realizado en diferentes partes del mundo, específicamente en servicios de salud, teniendo como población a las infancias.

Acerca de esto, el *Proyecto Dédalo: cómo participar: Participación y autonomía de la infancia en el Sistema Sanitario Público de Andalucía* (Junta de Andalucía, 2023) es uno de ellos. El mismo fue realizado en Andalucía, España, e intenta desarrollar una estrategia que posibilite la inclusión del enfoque de derechos de la infancia así como la promoción de la participación infantil, incorporando sus experiencias, opiniones, miradas en planes y programas de salud que se encuentran dirigidos a las infancias (Junta de Andalucía, s.f.).

Otro ejemplo de ello es el proyecto *“Informame también: los pacientes infantiles tienen derecho a saber”* (Junta de Andalucía, 2015). Iniciado en el año 2015 en los hospitales Rey Juan Carlos y General Villalba, de España. En ambos, se guían por la idea de que las infancias tienen siempre el derecho de recibir información clara acerca de su proceso clínico (Junta de Andalucía, 2015).

Se realizaron encuestas y en las mismas se pudo visualizar que niños y niñas se encontraban con mayor tranquilidad luego de recibir las debidas informaciones, dejando de ser simples espectadores en lo que respecta a su propio proceso (Junta de Andalucía, 2015).

Por otro lado, en Uruguay, podemos encontrar el ejemplo de la *Fundación Humaniza Josefina*, que nace en el año 2018, luego de que el padre y la madre de una niña de 10 años, Josefina, fuera parte de un tratamiento oncológico durante un año y seis meses. La misma surge con el propósito de impulsar un modelo de cuidados que se encuentre focalizado en el paciente y también en su familia (Fundación Humaniza Josefina, 2023).

Asimismo, dicha fundación lleva a cabo la propuesta “Sanamos Aprendiendo” que se basa en un proceso de enseñanza-aprendizaje para escolares que están pasando por tratamientos prolongados, como pueden ser las enfermedades oncológicas o complejas. Se

encuentra avalado por el Centro Hospitalario Pereira Rossell, Ministerio de Educación y Cultura (MEC) y por la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP) (Fundación Humaniza Josefina, 2023).

Estas son algunas experiencias y proyectos que se han puesto en marcha, que muestran y demuestran la posibilidad y la importancia de la participación de las infancias, el respeto hacia la autonomía progresiva (dando cuenta de que deben poner en ejercicio sus derechos), el posicionamiento de personas adultas dispuestas a dar lugar a la escucha, al diálogo, intercambio de opiniones y sentires sobre lo que respecta al proceso que se lleva a cabo en el servicio de salud en el que se encuentran en determinado momento.

A pesar de ello, las experiencias realizadas sobre esta temática son escasas, y tal circunstancia es mayor a medida que nos enfocamos particularmente en Uruguay y más aún en el PNA. Incluso, acerca de este último, en mi búsqueda no tuve éxitos al intentar encontrar proyectos, casos o experiencias que engloben e interrelacionen al PNA junto con la participación de las infancias.

¿Qué nos sugiere esta *falta*? Considero que de alguna manera, las omisiones en las investigaciones sobre dicha temática, nos permite inferir que en Uruguay, en los servicios de salud del PNA, la participación de las infancias es un derecho que no se ha podido ejercer plenamente y que por lo tanto, la vulneración de los mismos se encuentra nuevamente en el foco de atención. A partir de ello, podría pensarse que la falta desde el Sistema de Salud, es grande, y las modificaciones que deben darse, son urgentes. De esta manera, se puede considerar que el modelo que subyace a esta ausencia y que le asigna a las infancias un lugar de objeto a ser intervenido y asistido, sin reconocerlos como sujetos de derechos, es el modelo médico hegemónico, planteado por Menéndez (1985).

Teniendo este escenario a la vista, es esperable que al pensar en la participación de las infancias, se puedan observar errores en el Sistema de Salud, los mismos indudablemente no podrían ser identificados si no fuera por la voz y las opiniones de las infancias, que son aquellos que se encuentran involucrados de forma directa. Es por esto, que hay múltiples aristas que deben necesariamente ser modificadas. La participación de niños, niñas y adolescentes en un servicio de salud significa un cambio exponencial en las prácticas de profesionales de la salud, pero aún más en las maneras de comprenderlos y pensarlos, ya no desde un lugar de paciente pasivo que precisa ser atendido por un médico, sino que la mirada comience a dar un giro hacia la integralidad de las infancias, como sujetos con derechos (Pérez y Hernández, 2010) asentando sus bases en el modelo de protección integral.

Dicho lo cual, surge un cuestionamiento *¿por qué es importante la participación de las infancias en el PNA?*

En principio, porque tal y como lo expresa la CDN (1989) participar es su derecho, y al no ponerse de manifiesto, la vulneración de este derecho se hace presente. Esta parece una afirmación evidente, sin embargo, en los hechos y en la práctica no aparece como tal.

De igual forma, debido a que el PNA se presenta como el nivel más cercano a la población y que posibilita enfáticamente el trabajo con la comunidad, en el territorio donde se desarrollan (Vignolo, et al., 2011), hace que la importancia de que las infancias participen desde sus primeros momentos sea fundamental debido a que, promover hábitos desde sus comienzos, sin esperar a una etapa adulta, beneficiaría su posterior desarrollo en el proceso de salud, adquiriendo mayor protagonismo como ciudadanos (Saforcada, 2012).

Al mismo tiempo podríamos preguntarnos, si el PNA se presenta como el nivel más cercano a la población, pero el trabajo con las infancias y la participación de las mismas aparece muy poco *¿qué estrategias deberían tomarse?*

Frente a esta interrogante, es pertinente pensar en acciones posibles que favorezcan el ejercicio del derecho a la participación de las infancias en el PNA. Para ello, se pueden poner de manifiesto prácticas que van desde lo micro hasta lo macro.

En lo que respecta a las primeras, una transformación oportuna engloba el ejercicio de los profesionales de la salud, quienes al momento de estar con un niño o niña en el consultorio, comiencen a hablarle directamente a las infancias y no al adulto que se encuentra acompañándolo en esa instancia. Así como también dar lugar a la escucha para que puedan manifestar sus opiniones y emociones acerca de lo que le están planteando o lo que le está sucediendo. Este cambio en la conducta implica, no sólo dar cuenta de la importancia de que las infancias sean informadas sobre su salud, apropiándose de ella (lo cual viene de la mano de su autonomía progresiva), sino además comenzar a apartarse de un posicionamiento adultocentrista y de la doctrina de la situación irregular que tiene como característica al modelo tutelar y a pensar a las infancias desde un lugar de objetos a ser asistidos.

Asimismo, es posible pensar en modificaciones en la cartelería y en folletos, los cuales deben disponerse de otras maneras que sean adecuadas para las infancias, eso incluye la altura, debe encontrarse dispuesto en un lugar que puedan ver con claridad; con un lenguaje que puedan entender; y que les resulte de interés.

Al mismo tiempo, se puede pensar en el buzón de sugerencias: los adultos lo tienen a su alcance pero, ¿qué métodos existen para que las infancias puedan sugerir, plantear o proponer? Realizar transformaciones en este aspecto es imprescindible para que su voz sea escuchada.

Por otro lado, se pueden pensar en prácticas que involucran un nivel más macro, por lo que los talleres serían una gran oportunidad. Es posible pensar en realizar los mismos en escuelas, ya que es un lugar al que las infancias recurren en su vida cotidiana. De esta manera, es posible proponer dinámicas que permitan reflexionar acerca de los derechos que tienen como ciudadanos. Con el objetivo de lograrlo, se pueden llevar diversos materiales, como un papelógrafo en el que se pueda realizar una lluvia de ideas, imágenes de niños realizando actividades, frases, videos o audios (dependiendo de cómo sea planificada la actividad, serán las utilizadas) y a partir de ello, realizar dinámicas que posibiliten la reflexión y el empoderamiento de sus derechos.

Asimismo, sería oportuno realizar una actividad en donde niños y niñas a través de dibujos, pinturas, fotos o filmaciones (pudiendo utilizar los dispositivos Ceibal para efectuarlo) que sean llevadas a cabo por ellos mismos, puedan representar un recorrido acerca de cómo se sienten cuando ingresan a un servicio de salud; cómo se relacionan trabajadores y profesionales desde el momento en el que ingresan a la institución y cómo se sienten con ello; qué derechos (anteriormente trabajados) pueden visualizar; qué cambios les gustaría que se produzcan, etc.

Realizar dinámicas de este tipo, permite que las infancias puedan desplegar de gran manera su potencialidad y la perspectiva que ellos tienen acerca de sus vivencias, aquí la visión del adulto queda puesta a un lado, para que propiamente niños y niñas puedan expresar su visión de la realidad que experimentan, dando cuenta de que nadie mejor que ellos puede saberlo. Es por esto, que brindar espacios que posibiliten la manifestación de sus sentires en temas que los afectan, permite comenzar a derribar poco a poco la barrera que las personas adultas han creado a lo largo de la historia para con las infancias, al dejarlos inmersos en el silencio.

4. Reflexiones Finales:

A modo de cierre, considero importante traer algunas reflexiones que he tenido por haber escrito el presente Trabajo Final de Grado. En el mismo se intentó realizar un recorrido por lo que implica la participación de las infancias específicamente en el PNA. Si bien es una temática que engloba conceptualizaciones complejas y que conllevan un amplio campo de teorización, he decidido enfatizar en algunos planteos que han sido considerados como oportunos en esta instancia.

Tomando en cuenta las preguntas que guiaron de alguna manera este escrito, se pudo apreciar en principio lo necesario de pensar a las infancias de forma contextualizada y situada en un momento histórico, cultural, social y económico particular, debido a que dichas características varían constantemente y por tanto también, las formas de pensar a las infancias, sobresaliendo siempre la heterogeneidad.

De acuerdo con esto, en el transcurrir de las páginas se pudo visualizar que las infancias desde tiempos pasados hasta la actualidad han sido invisibilizadas. Rodríguez y Manarelli (2007) aseguran que “no existe otro ser menos visible en la historia latinoamericana y más olvidado en la historia académica que el niño y, más aún, la niña, desprovista de su condición elemental de sujeto de la historia” (Leopold, 2014, citando a Rodríguez y Manarelli, 2007, p. 25).

De esta forma, niños y niñas han pasado de ser concebidos y situados en un lugar de espera y preparación para el futuro, hasta finalmente, arribar al reconocimiento de sus derechos, especialmente gracias a la CDN (1989) que marcó un quiebre, y que aparece como revolucionaria, surgiendo a partir de la misma, un cambio de paradigma, otorgando una nueva y absolutamente diferente mirada hacia las infancias.

En relación a esto, la participación comienza a tener un rol preponderante, considerándose como un principio fundamental en la CDN (1989), apareciendo como derecho y como cambio sustancial para el necesario reconocimiento de las infancias como sujetos activos con capacidad para expresar sus ideas, opinar y alzar sus voces.

En relación a esto, se puede expresar que a lo largo de la historia, las infancias no han sido consideradas (doctrina de la situación irregular), por lo que nunca fue necesario tener en cuenta lo que tenían para decir, incluso en aquellas temáticas en las que los incumben y afectan de forma directa. Dicha situación claramente no excede a los servicios de salud, acerca de esto, lo que he podido apreciar a partir de mi búsqueda, es que la

literatura y bibliografía acerca de la experiencia de personas adultas en un servicio de salud es múltiple, y variada, sin embargo, en lo que respecta a la población de niños y niñas, esto no es algo que sucede. De esta manera, una vez más podemos apreciar e inferir que las infancias quedan alejadas y silenciadas, sus opiniones y voces no parecen tener el mismo valor, por lo que nuevamente sus derechos se vulneran. Dicho lo cual, a pesar de que en la teoría los avances han transcurrido a pasos agigantados, en la práctica lo que se visualiza es realmente insuficiente.

Que las infancias sean escuchadas, y tenidas en cuenta implica que necesariamente sean parte del diseño de las distintas políticas y prácticas, para lograr este objetivo, es crucial considerar las formas en las que esto debe suceder, en referencia a por ejemplo, los mediadores que se deben utilizar, para que las mismas puedan comprender y expresarse ante determinados asuntos.

Considero fervientemente que las distintas instituciones, incluyendo las que engloban al área de la salud deberían comenzar a cuestionarse *¿Realmente se están generando espacios para las infancias? ¿Están dadas las condiciones para que ello se pueda poner de manifiesto? y si no es así, ¿Qué se está haciendo para revertirlo?* porque es momento de que las infancias pasen realmente a ocupar los espacios que les corresponden, y dejen de estar inmersos y congelados en la ausencia, a la espera de un futuro que vendrá con el pasar de los años. Cuando las relaciones simplemente se desenvuelven entre personas adultas, la participación de las infancias no tiene lugar, "(...) por ende estos no ejercen sus derechos a ser escuchados, a ser tenidos en cuenta en las decisiones que se adoptan, como tampoco se consideran sus necesidades en la toma de decisiones." (Suárez, 2020, p. 60).

El cambio radical implica que las mismas sean realmente protagonistas de sus historias en el momento actual, sin esperas, ni tampoco demoras. El Sistema de Salud demuestra un insuficiente desarrollo en lo que respecta a la perspectiva de derechos en las distintas prácticas empleadas, por lo que tiene el deber de repensar estos acontecimientos y en consecuencia, modificar junto a las infancias, sus modos de atención. La voz de niños y niñas debe ser escuchada y en consecuencia, integrada para guiar las múltiples prácticas en los servicios de salud.

Una de las características de la infancia es que los niños buscan y tratan por todos los medios tomar parte en aquello que les importa y les afecta. Desde que nacen tienen una disposición a explorar, preguntar y provocar a quienes les rodean y actuar

en él. La constante necesidad de expresar ideas, emociones y deseos hace que los niños tengan una presencia sumamente notoria y vivida. No obstante, en la mayoría de los espacios en los que se encuentran, por lo general son actores poco reconocidos y con frecuencia reprimidos (Alfageme, et al., 2003, p. 36)

De esta manera, en lo que concierne a la participación, se visualiza que continúa siendo un gran desafío que por parte del Estado y la sociedad se aprenda a dar lugar y espacio para la escucha de las ideas y pensamientos de las infancias, así como también de reconocer la importancia que las mismas tienen, cuando eso no se hace, lo que se despliega no es otra cosa que negarles existencia, se vulnera e impide su derecho a participar, y se veta su presencia pública (Alfageme, et al., 2003).

Por consiguiente, es de menester retomar un cuestionamiento planteado con anterioridad, *¿Qué lugar ocupan las infancias en el Sistema de Salud? ¿Desde qué lugar se trabaja con las mismas?* o por el contrario, *¿Qué cambios deberían producirse y cómo debería trabajarse?*

Inevitablemente, para superar múltiples aspectos que afectan a las infancias y que se presentan como obstaculizadoras de su participación en el Sistema de Salud, implica alejarse de la lógica adultocentrista. De acuerdo con lo planteado, es fundamental que en las instituciones esto pueda ser superado, (co) construyendo y transformando el Sistema de Salud. Lo antes dicho aparece con un carácter necesario y urgente, de lo contrario, el mismo (Sistema de Salud) y las personas que lo componen, terminan siendo parte, cómplices y autores de la vulneración de derechos de las infancias.

Revertir lo mencionado es esencial, dado que al encontrar otros modos de vinculación, y generando además, mayores niveles de adherencia, se empiezan a producir hábitos y estilos de vida saludable, tal es así, que mientras más cercano sea el relacionamiento, mayor protagonismo existirá en el Sistema de Salud (Saforcada, 2012). Asimismo, en lo que respecta al PNA, y a sabiendas de que es donde fuertemente debe ponerse de manifiesto el trabajo en territorio con la comunidad (ya que aparece como lo más cercano a la población, lugar donde se desarrolla), la promoción y la prevención es fundamental (Vignolo, et al., 2011), y la participación por ende, se encuentra íntimamente relacionada.

Para que esto se pueda dar efectivamente, la necesidad de salir del paradigma individual-restrictivo que plantea Saforcada (1999) o el MMH que señala Menéndez (1985), que se caracterizan por ser a-históricos, individualistas, biologicistas, y descontextualizados, es fundamental, debido a que bajo esta mirada, parece imposible poder pensar en la participación de otros, y mucho menos la de las infancias, ya que desde esta perspectiva

quedan enteramente inmersas en el lugar de objetos. Cambiar este modelo hacia uno más integral como el paradigma social-expansivo (Saforcada, 1999) o el Modelo Antropológico Alternativo (Menéndez, 1985), se vuelve fundamental debido al protagonismo que adquiere la comunidad y el saber colectivo, propiciando una perspectiva que sí piensa a las infancias como sujetos con saberes que pueden y deben ser incluidos en lo que respecta a su salud.

De esta manera, tomando los planteos de la CDN (1989), que se presentan como una revolución en todo aquello que engloba a las infancias, podemos preguntarnos *¿Cómo se debería trabajar desde el PNA para que las infancias ocupen realmente su lugar de sujetos de derechos?*

Diversos puntos pueden ser planteados a partir de esta pregunta, entre ellos:

Se debería fortalecer el derecho que las infancias tienen de expresarse (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2006) en los diversos servicios de salud, así como también escuchar de forma activa sus planteos, consultas, sugerencias, y preocupaciones, dándole importancia y tomando seriamente lo que tienen para decir. Es por eso que repensar los modos de vinculación entre las infancias y las personas adultas es esencial, abriendo espacio hacia una escucha de índole respetuosa y activa que propiciaría un espacio para que las infancias "(...) aprendan a participar en el ejercicio de su derecho" (Bonaudi, 2022, p. 117).

De igual forma, se deberían implementar y generar espacios para que la participación pueda ponerse efectivamente de manifiesto, para esto los mediadores que se utilicen, cumplirán un rol fundamental (Lansdown, 2005). En esta línea, parece imprescindible que a las infancias se les informe todo aquello que necesiten saber acerca de sus tratamientos en los servicios de salud, con un lenguaje y de las maneras correspondientes, posibilitará no sólo mayor tranquilidad, sino también más protagonismo (Junta de Andalucía, 2015).

En adición, es esencial apartarse de la mirada adultocéntrica que deja a las infancias en un lugar pasivo, silenciado e inferior (Maldonado y Andrade, 2017), así como también superar aquellos paradigmas que se restringen a lo médico y biológico. Esto se puede observar en las acciones que se llevan a cabo, en las cuales no se incluye ni se piensa en la población (Menéndez, 1985). De igual manera, esta perspectiva se materializa desde el ingreso a las instituciones de salud, en donde se puede visualizar que todo se encuentra siempre pensado para la población que es específicamente adulta, desde la cartelera e información que se presenta, hasta la altura en la que se colocan los materiales (Suárez, 2020). De esta forma, se actúa sobre el cuerpo de las infancias sin siquiera pensar en ellas, sin propiciar su derecho a la salud, en tanto y en cuanto no pueden ser partícipes de los distintos accionares. Es de menester agregar que todo accionar que desee promover la

participación en las infancias, debe traer consigo necesariamente un cambio en los modos de concebirlas (Bonaudi, 2022).

Al mismo tiempo, es inevitable plantear la urgencia de cambios en el modelo de atención en lo que respecta a distintas prácticas sociales, entre ellas orientaciones culturales que refieren al valor que las personas en una sociedad le conceden a la salud, a cómo interpretan las problemáticas que trae consigo (Rudolf, 2013) y en la formación de los profesionales que trabajan en el Sistema de Salud (Rudolf, 2013).

Finalmente, con el objetivo de cerrar este trabajo, es preciso expresar que de forma notoria los avances en la concepciones de las infancias como sujetos de derechos, han cambiado y evolucionado formidablemente, sin embargo, su participación en los servicios de salud, y específicamente en el PNA continúa apareciendo de forma escasa, por lo que sigue presentándose como un desafío. De esta manera, considero que los puentes están siendo trazados en donde antes existían grandes fronteras, pero aún así, todavía queda un camino por recorrer: construyendo y generando verdaderos espacios de participación, formando claros profesionales que den lugar a la escucha de las voces de las infancias, ampliando y cambiando modos de relacionamiento con los mismos, etc.

A fin de cuentas, desde mi perspectiva, es imprescindible interpelar estas acciones permanentemente, para no reproducir prácticas que quedan ancladas en modelos que vulneran derechos. Teniendo esto como meta, es que se puede comenzar a pensar en la posibilidad de nuevos horizontes de experiencias para las infancias.

Referencias bibliográficas

- Administración de Servicios de Salud del Estado (15 de diciembre de 2021). Sanamos Aprendiendo: Proyecto educativo en el Pereira Rossell. *Asse*. <https://www.asse.com.uy/contenido/-Sanamos-Aprendiendo--Proyecto-Educativo-en-el-Pereira-Rossell-13443>
- Alayón, N. (2000). Política social en el campo de la infancia. *Revista de Ciencias Sociales*, 6(1), 159-166. <https://www.redalyc.org/pdf/280/28060109.pdf>
- Alfageme, E., Cantos, R. y Martínez, M. (2003). *De la participación al protagonismo infantil. Propuestas para la acción* (5.ª ed.). Plataforma de Organizaciones de Infancia. <https://www.plataformadeinfancia.org/wp-content/uploads/2010/07/de-la-participacion-al-protagonismo-nov-2003.pdf>
- Amorín, D. (2010). Acerca de la psicología evolutiva. En D. Amorín (dir.), *Cuadernos de Evolutiva. Tomo 1. Apuntes para una posible Psicología Evolutiva* (pp. 7-195). Psicolibros.
- Ariés, P. (1987). *El niño y la vida familiar en el antiguo régimen*. Taurus.
- Arnillas, G. y Paucar, N. (2006). *Monitoreo y evaluación de la participación infantil en proyectos de desarrollo*. Save the Children Suecia
- Baratta, A. (1998). Infancia y democracia. En E. García Méndez, *Infancia, ley y democracia en América Latina* (pp. 1-24). Temis.
- Barrán, J. (1990). *Historia de la sensibilidad en el Uruguay: la cultura "bárbara" (1800-1860)*. Banda Oriental
- Beloff, M. (2009). *Los derechos del niño en el sistema interamericano* (1.ª ed.). Del Puerto. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/25897r.pdf>
- Bonaudi, N. (2014). *La perspectiva de maestros/as respecto de la participación política de niños/as a través de la experiencia de los Consejos de Participación en enseñanza primaria pública* [Tesis de Grado, Universidad de la República]. Repositorio Colibrí.
- Bonaudi, N. (2022). Concepciones de adolescencia y participación en discursos de actores/as educativos/as adultos. En F. Álvarez, L. Osta, M. Beloff, N. Bonaudi, R. Correa, M. De Martino, V. Giorgi, I. Magaña, B. Ortega, A. Tinajero y C. Vargas, *Boletín 14. IINfancia* (pp. 113-117). Instituto Interamericano del Niño, la Niña y Adolescentes.
- Borgeaud, C. (2013). *Percepciones sociales acerca de la primera infancia en Uruguay a principios del siglo XX* [Tesis de Grado, Universidad de la República]. Repositorio Colibrí.
- Bronfenbrenner, U. (1979). Conceptos básicos. En U. Bronfenbrenner, *La ecología del desarrollo humano* (pp. 11-61). Paidós.
- Bustelo, E. (2007). *El recreo de la infancia. Argumentos para otro comienzo*. Siglo XXI. https://www.conexionternura.com/media/documents/eduardo-bustelo-reflexiones-recrear-infancia-2007_yn8vLEb.pdf

- Cardona, J. (2012). La Convención sobre los Derechos del Niño: significado, alcance y nuevos retos. *Educatio Siglo XXI*, 30(2), 47-68. <https://revistas.um.es/educatio/article/view/153681>
- Cillero, M. (1999). El interés superior del niño en el marco de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño. *Justicia y Derechos del Niño*, 125(9), 1-280.
- Cillero, M. (2011). Infancia, autonomía y derechos: una cuestión de principios. *Revista Pensamiento Penal*, 2 de mayo de 2011. http://www.iin.oea.org/cursos_a_distancia/explotacion_sexual/lectura4.infancia.dd.pdf
- Corea, C. y Lewkowicz, I. (2004). *Pedagogía del aburrido: escuelas destituidas, familias perplejas*. Paidós.
- De Lellis, M., Interlandi, C. y Martino, S. (2015). Introducción a la salud pública como área del conocimiento y de la acción. En M. De Lellis, *Perspectivas en salud pública y salud mental* (pp. 11-42). Nuevos Tiempos.
- Echeverría, J. (2016). *Implementación de la participación adolescente en educación media superior en bachillerato. El caso del Liceo N°4 Juan Zorrilla de San Martín* [Tesis de Grado, Universidad de la República]. Repositorio Colibrí.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2006). *Convención de los Derechos del Niño. 20 de noviembre de 1989*. Unicef. <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
- Fundación Humaniza Josefina (2023). *Sobre nosotros*. Fundación Humaniza Josefina. <https://www.humanizajosefina.org/fundacion>
- García, E. (2001). Legislaciones infanto-juveniles en América Latina: modelos y tendencias. En M. Gonzalez y E. Vargas. *Derechos de la niñez y la adolescencia. Antología* (pp. 59-72). Conamaj, Escuela Judicial, Unicef.
- García, E. (2006). Infancia, ley y democracia: una cuestión de justicia. En M. Márquez, L. Suárez, C. López, P. Madoo, J. Niebrugge, C. Murguialday, K. Young, M. Benítez, M. Prieto, J. March, S. Pita, S. Pértegas, J. Martí, M. Valles, D. Limón, N. Melero, L. Guido, L. Rodríguez, R. Menchaca, (...) L. Álvarez (Eds.), *Antología preparada para el primer curso diplomado en desarrollo humano local, género, infancia, población y salud* (pp. 109-119). La Habana.
- Gascón, F. y Godoy, L. (2015). Presencia e in-diferencia. Por un estatuto visual de la niñez. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* 13(2), 645-656. <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v13n2/v13n2a07.pdf>
- Gavidia, V. y Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, 26(2012), 161-175. <https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/25681/1935.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Giorgi, V. (2006). Construcción de la subjetividad en la exclusión. En Encare, *Drogas y exclusión social* (pp. 1-8). Atlántica.
- Giorgi, V. (2010). *La participación de niños, niñas y adolescentes en las Américas: a 20 años de la Convención de los Derechos del Niño*. Instituto Interamericano del Niño, la Niña y Adolescentes.

- Giorgi, V. (s/f). La psicología en los sistemas de protección. De la salud a las políticas sociales.
- Guerrero, L. y León, A. (2008). Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología* 18(53), 610-633. <https://www.redalyc.org/pdf/705/70517572010.pdf>
- Hart, R. (1997). *Participación infantil. La teoría y práctica de la participación de los ciudadanos jóvenes en la comunidad para el desarrollo y cuidado del medio ambiente* (4.ª ed.). Unicef.
- Jara, I. (2018). Adultocentrismo y género como formas negadoras de la cultura infantil. *Saberes educativos*, 1(2018), 47-67. <https://doi.org/10.5354/2452-5014.2018.51604>
- Jaramillo, L. (2007). Concepciones de infancia. *Zona Próxima*, 8(2007), 108-123. <https://www.redalyc.org/pdf/853/85300809.pdf>
- Junta de Andalucía (24 de setiembre de 2015). Proyecto «Infórmame también»: los pacientes infantiles tienen derecho a saber. Dédalo. <https://reddedalo.wordpress.com/2015/09/24/proyecto-informame-tambien-los-pacientes-infantiles-tienen-derecho-a-saber/>
- Junta de Andalucía (2023). Dédalo: cómo participar. Participación y autonomía de la infancia en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Dédalo. <https://reddedalo.wordpress.com/participar-en-dedalo/>
- Lansdown, G. (2005). *¿Me haces caso? El derecho de los niños pequeños a participar en las decisiones que los afectan*. Cuadernos sobre desarrollo infantil temprano, n.º 36s. Bernard Van Leer Foundation. <https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=1930&tipo=documento>
- Lansdown, G. (2005). *La evolución de las facultades del niño*. Save the Children-Unicef. Centro de Investigaciones Innocenti. Bernard Van Leer Foundation. <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/EVOLVING-E.pdf>
- Leopold, S. (2014). *Los laberintos de la infancia. Discursos, representaciones y crítica*. Ediciones Universitarias. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/123456789/4623>
- Ley n.º 17.823. Código de la Niñez y la Adolescencia. 7 de noviembre de 2004. IMPO. <https://www.impo.com.uy/bases/codigo-ninez-adolescencia/17823-2004>
- Ley n.º 18.211. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. 13 de diciembre de 2007. IMPO. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>
- Ley n.º 18.335. Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud. 26 de agosto de 2008. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18335-2008#:~:text=Los%20pacientes%20y%20usuarios%20tienen,nivel%20cultural%20o%20capacidad%20econ%C3%B3mica>
- Marshall, T. H. (1997). Ciudadanía y clase social. *Reis*, 79, 297-344. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=760109>
- Menéndez, E. (1985). El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos. *Desarrollo Económico*, 24(96), 593-604. <https://doi.org/10.2307/3466923>

- Ministerio de Salud Pública (2006). Programa Nacional de Salud de la Niñez. *Dirección General de la Salud. División de la Población - Programa Nacional de Salud de la Niñez.*
- Ministerio de Salud Pública (2010). *Consejo Consultivo. Participación Social en el SNIS (7 de diciembre de 2010).* Ministerio de Salud Pública. <https://consejosconsultivos2010.files.wordpress.com/2010/12/consejo-consultivo.pdf>
- Miranda, J., Cortés, C. y Vera, J. (2017). Infancia, palabra y silencio: aproximación desde una perspectiva constructivista. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 16(1), 91-104. <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol16-Issue1-fulltext-816>
- Morales Calatayud, F. (1997). *Introducción al estudio de la psicología de la salud.* Editorial de la Universidad de Sonora.
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Atención Primaria de Salud: informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, URSS, 6-12 septiembre de 1978.* OMS. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Panamericana de la Salud (2011). *Atención Primaria de Salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas.* OPS. <https://www.paho.org/es/documentos/atencion-primaria-salud-uruguay-experiencias-lecciones-aprendidas>
- Organización Mundial de la Salud (s/f). *Enfoque de la Salud Basado en los Derechos Humanos*
- Pérez, J. y Hernández, M. (2010). Participación infantil y juvenil (PIJ) en los servicios de salud. Reporte de una experiencia participativa. *Rayuela. Revista Iberoamericana sobre Niñez y Juventud en Lucha por sus Derechos*, 4(8), 171-181. https://www.academia.edu/36756768/Participaci%C3%B3n_infantil_y_juvenil_PIJ_en_los_servicios_de_salud_reporte_de_una_experiencia_participativa
- Pilotti, F. (2001). *Globalización y Convención sobre los Derechos del Niño: el contexto del texto.* Cepal-Eclac. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5998/S01040321_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Programa de Participación Infantil y Adolescente del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (2012). *A participar también se aprende. Apuntes para promover la participación infantil y adolescente.* INAU. <https://app.box.com/s/ovvzc6yk6v5qfwloekoa>
- Propper, F. (2001). *Infancia y escuela: construcciones sociales en crisis.* Universidad de San Andrés. http://www.nuestraldea.com/wp-content/uploads/2011/07/infancia_y_escuela_en_crisis.pdf
- Revel, A., Meinardi, E. y Adúriz-Bravo, A. (2013). Elementos para un análisis histórico-epistemológico del concepto de salud con implicaciones para la enseñanza de la Biología. *Filosofía e História da Biologia*, 8(1), 1-19. <http://www.abfhib.org/FHB/FHB-08-1/FHB-v08-n1-01.html>
- Rousseau, J. (1999). *Emilio o la educación.* (Viñas, R, Trad.). Elaleph (Obra original publicada en 1762)

- Rudolf, S. (2013). La responsabilidad profesional en la protección de la salud como derecho. Apuntes acerca de la orientación cultural en el sistema de salud. En E. Alonso, E. Álvarez Pedrosian, F. Beltramelli, V. Giorgi, J. Motta, L. Pérez, S. Rudolf, Z. Suárez y H. Tommasino, *La construcción de ciudadanía: un desafío para la academia* (pp. 47-68). Udelar, Psicolibros, Waslala.
- Saforcada, E. (1999). *Psicología sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención a la salud*. Paidós Tramas Sociales.
- Saforcada, E. (2012). Salud comunitaria, gestión de salud positiva y determinantes sociales de la salud y la enfermedad. *Aletheia*, 37, 7-22. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n37/n37a02.pdf>
- Saforcada, E. (2014). Política, salud y procesos de liberación. *It*, 3(3), 55-74. <https://apex.edu.uy/wp-content/uploads/2014/12/revistan3.pdf>
- Saforcada, E., De Lellis, M. y Mozobancyk, S. (2010). *Psicología y salud pública* (1.ª ed.). Paidós.
- Sívori, E. (2010). Ficha temática del curso Aspectos Psicológicos de la Atención Sanitaria: Psicología de la Salud (1 y 2). CEUP. http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/apas_ficha2-EJE-I-PSICOLOGIA-DE-LA-SALUD_2da-Parte-2010.pdf
- Suárez, Z. (2013). El sistema de salud y su aporte para la construcción de ciudadanía en la infancia y adolescencia. En E. Alonso, E. Álvarez Pedrosian, F. Beltramelli, V. Giorgi, J. Motta, L. Pérez, S. Rudolf, Z. Suárez y H. Tommasino, *La construcción de ciudadanía: un desafío para la academia* (pp. 29-46). Udelar, Psicolibros, Waslala.
- Suárez, Z. (2020). El enfoque de derechos y la accesibilidad simbólica: estudio de caso en la atención que brindan los funcionarios de apoyo del Centro de Salud del Cerro [Tesis de Maestría, Universidad de la República].
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna*, 33(1), 11-14. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>
- Villar, H. y Capote, R. (2007). *Comisión de Sistema de Salud. Políticas de Salud. Atención médica, organización, estructura y funcionamiento*. 8.ª Convención Médica Nacional. http://www.convencionmedica.org.uy/8cmn/comisiones/com-sistsalud_inf002.html
- Viola, S. (2012). Autonomía progresiva de niños, niñas y adolescentes en el Código Civil: una deuda pendiente. *Cuestión de Derechos. Revista electrónica*, 3, 82-99. http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/autonomia_progresiva_ni%Flas_new.pdf