

La Psicomotricidad como campo de intervención ético-político: de las lecturas sanitaristas del proceso salud-enfermedad-cuidado a la Psicomotricidad social

Psychomotricity as a Field of Ethical-Political Intervention: From Sanitary Readings of the Health-Disease Process to Social Psychomotricity

A psicomotricidade como campo de intervenção ético-política: das leituras sanitárias do processo saúde-doença à psicomotricidade social

Lucía de Pena¹

¹Profesora Adjunta del área de Psicomotricidad 1-Atención Primaria de la Salud de la Licenciatura en Psicomotricidad de la Escuela Universitaria de Tecnología Médica de la Facultad de Medicina. Docente en Régimen de Dedicación Total. Licenciada en Psicomotricidad (Escuela Universitaria de Tecnología Médica, Facultad de Medicina, Universidad de la República). Licenciada en Psicología (Facultad de Psicología, Universidad de la República). Magister en Bioética (FLACSO-Argentina). Doctoranda en Ciencias de la Salud (Universidad Federal de Pelotas-Brasil). Contacto: luciadepeña@fmed.edu.uy ORCID: 0000-0002-9408-6460.

Resumen:

Los orígenes de la Psicomotricidad como disciplina y como práctica profesional, en el mundo en general y, en Uruguay en particular, se proyectan a partir de problemáticas emergentes en el campo de la clínica neuropsiquiátrica infantil, lo que constituye una marca identitaria fundante e indeleble. Prácticas enraizadas fundamentalmente en el ámbito sanitario orientan lecturas del proceso salud-enfermedad-cuidado con la centralidad de los referenciales teóricos y metodológicos del modelo médico-hegemónico. Los fecundos diálogos con el Psicoanálisis posibilitan, a posteriori, lecturas del proceso de construcción del cuerpo a partir de la integración del soporte neurobiológico del movimiento con el proceso de constitución psíquica. No obstante, la referencia a la dimensión socio-política, en juego en el proceso de construcción del cuerpo, es bastante posterior y reciente y, ha tenido un desarrollo más circunscripto desde la década del ochenta en adelante, en nuestro país y en la región, a partir de la lectura del cuerpo signado por los procesos de terrorismo de Estado y de inequidad social, a partir del marco insoslayable del paradigma de los derechos humanos.

A partir de los tránsitos locales de la disciplina y de la profesión, proponemos lo que damos en llamar una Psicomotricidad Social, que lleve la marca identitaria del sur y genere una apertura que permita leer los procesos de construcción del cuerpo desde la complejidad de las dimensiones en juego, con perspectivas integradoras, la perspectiva sanitarista en diálogo con la perspectiva social.

Palabras clave: psicomotricidad social, intervenciones socio-comunitarias, derechos humanos.

Abstract:

The origins of Psychomotricity as a discipline and as a professional practice, in the world in general and, in Uruguay in particular, are projected from energetic problems in the field of child neuropsychiatric clinic, which constitutes a founding and indelible identity mark. Practices rooted fundamentally in the health field guide readings of the health-disease-care process with the centrality of the theoretical and methodological references of the medical-hegemonic model. The fruitful dialogues with Psychoanalysis allow, a posteriori, readings of the process of construction of the body from the integration of the neurobiological support of movement with the process of psychic constitution. However, the reference to the socio-political dimension, at stake in the process of building the body, is quite later and recent and has had a more circumscribed development from the eighties onwards, in our country and in the region, from the reading of the body marked by the processes of State terrorism and social inequity, from the unavoidable framework of the human rights paradigm.

Starting from the local transits of the discipline and the profession, we propose what we call a Social Psychomotricity, which bears the identity mark of the south and generates an opening that allows to read the processes of construction of the body from the complexity of the dimensions at stake, with integrative perspectives, the health perspective in dialogue with the social perspective.

Keywords: Social Psychomotricity, Socio-community interventions, Human rights.

Resumo:

As origens da Psicomotricidade como disciplina e como prática profissional, no mundo em geral e, no Uruguai em particular, projetam-se a partir de problemas energéticos do campo da clínica neuropsiquiátrica infantil, que constituem uma marca identitária fundadora e indelével. Práticas enraizadas fundamentalmente no campo da saúde orientam leituras do processo saúde-doença-cuidado com a centralidade do referencial teórico-metodológico do modelo médico-hegemônico. Os fecundos diálogos com a Psicanálise permitem, a posteriori, leituras do processo de construção do corpo a partir da integração do suporte neurobiológico do movimento com o processo de constituição psíquica. No entanto, a referência à dimensão sociopolítica, em jogo no processo de construção do corpo, é bastante tardia e recente e teve um desenvolvimento mais circunscrito a partir dos anos oitenta, no nosso país e na região. A partir da leitura do corpo marcado pelos processos de terrorismo de Estado e iniquidade social, a partir do incontornável enquadramento do paradigma dos direitos humanos.

Partindo dos trânsitos locais da disciplina e da profissão, propomos o que chamamos de Psicomotricidade Social, que carrega a marca identitária do Sul e gera uma abertura que permite ler os processos de construção do corpo a partir da complexidade das dimensões. em jogo, com perspectivas integrativas, a perspectiva da saúde em diálogo com a perspectiva social.

Palabras-chave: psicomotricidade social, intervenções sociocomunitárias, direitos humanos.

Recibido: 20211101

Aceptado: 20220714

“Las leyes naturales y sociales que rigen el proceso de salud-enfermedad estarán siempre, el predominio de unas u otras dependerá del énfasis del investigador”⁽¹⁾

“Se puede decir, haciendo referencia a la mitología griega que Igea –la diosa de la preservación de la salud– se ha convertido en la hermana pobre de Panacea –la diosa que promete un remedio para cada mal–”⁽²⁾

Introducción

Los orígenes de la asignatura Psicomotricidad 1 - Atención Primaria de la Salud se remontan a 1988, en un movimiento de re-orientación de los recursos que la Carrera de Psicomotricidad, a la par de la Facultad de Medicina toda, hace hacia la comunidad⁽³⁾. El particular contexto de salida de la dictadura cívico-militar y de recuperación democrática renueva el compromiso con las demandas sociales bajo las influencias de la Medicina social latinoamericana y la Salud colectiva⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾, la Epidemiología crítica⁽⁷⁾ y la Teoría social de la salud⁽¹⁾. En consonancia con el Plan de estudios de la Carrera de Doctor en Medicina del año 1968, con gran contenido humanista, el énfasis vuelve a colocarse en la atención a la salud en la comunidad, en la promoción y la prevención en salud, así como en la participación comunitaria⁽⁸⁾.

En 1990, con el nuevo plan de estudios de la Licenciatura en Psicomotricidad, la Psicomotricidad 1-Atención Primaria de la Salud ocupa formalmente un lugar en la malla curricular como práctica pre-profesional en 2º año de la Licenciatura⁽⁹⁾. Muchos años han pasado, las intervenciones psicomotrices en comunidad han sido muy fecundas, se han diversificado a partir de la lectura de nuevas demandas formuladas desde actores sociales disímiles, ya no sólo en el ámbito sanitario, sino en el ámbito educativo y socio-comunitario. Este recorrido, con orígenes sanitaristas, nos encuentra hoy con un desafío vinculado a pensar las intervenciones psicomotrices en comunidad integrando las perspectivas sanitaristas que le dieron origen, en diálogo con recursos teóricos y metodológicos que provienen de otros campos en lo que podríamos dar en llamar, la Psicomotricidad Social.

El cuerpo como objeto de estudio de la Psicomotricidad: desde las perspectivas biológicas a la determinación social

Los referenciales teórico-metodológicos que, en los orígenes, convergen para la comprensión del cuerpo y el movimiento como objeto de estudio de la Psicomotricidad provienen del campo de la Medicina, fundamentalmente a través de la Neurofisiología y, de la Psicología, en la vertiente de la Psicología Genética y del Psicoanálisis –por lo pronto, para el desarrollo de la Psicomotricidad francesa y rioplatense–.

El cuerpo y el movimiento, en tanto objeto de estudio disciplinar, sufre los atravesamientos socio-histórico-culturales inherentes a toda disciplina⁽¹⁰⁾; las fuertes influencias de la Neurofisiología y la Psicología de las décadas del cincuenta y sesenta, delinean un proceso de construcción de la noción de cuerpo con un componente de cuasi “universalidad”, cuyas vicisitudes se leen a partir del marco interpretativo que ofrecen esos mismos referenciales, con lecturas funcionales a los dinamismos individuales-familiares, con escaso margen para la incorporación de lecturas a partir de la determinación social de la salud. En este sentido, la referencia a la dimensión socio-política en juego en el proceso de construcción del cuerpo es bastante más reciente y, ha tenido un desarrollo más circunscripto desde la década del ochenta en adelante, en nuestro país y en la región, a partir de la lectura del cuerpo signado por los procesos de terrorismo de Estado y de inequidad social.

La dictadura cívico-militar que atraviesa nuestro país entre 1973 y 1985 avasalla los derechos civiles y políticos –con los asesinatos, desapariciones forzadas, apropiación de niños y niñas, encarcelamiento y persecución política consecuentes–, al mismo tiempo que impacta en la precarización de la vida, con un aumento sideral de la pobreza, fenómeno que se recrudece particularmente en la infancia. Los aportes de la Medicina Social, de la Epidemiología crítica⁽⁷⁾ y de la Teoría Social de la Salud⁽¹⁾ tan fecundos en la década del sesenta y del setenta, se pretenden silenciar durante los procesos dictatoriales, sin embargo, latentes, retoman su voz tras la recuperación democrática para visibilizar el impacto de estos procesos en la salud de las personas y las comunidades.

La profundización del modelo médico hegemónico⁽¹¹⁾, centrado en la enfermedad y en el dispositivo hospitalo-céntrico muestra su ineficacia para abordar los problemas de salud de la población, que lejos de garantizar la salud como un derecho humano, exponen su valor como mercancía. Trascender el modelo hegemónico implica entonces, descentrar la mirada de las leyes naturales como únicos determinantes del proceso salud-enfermedad-

cuidado e, integrar en la comprensión de ese proceso a la determinación social de la salud para transitar hacia un modelo de abordaje comunitario. En esta línea, los aportes de la epidemiología crítica, a diferencia de la epidemiología clásica, permiten no sólo conocer la distribución de los modos de enfermar –sufrir–, sino develar la inequidad que subyace a la desigual distribución de esos modos de enfermar según la tríada clase social, raza-etnia y género⁽⁷⁾.

Por su parte, la recuperación democrática enfrenta a la Psicomotricidad a un desafío inédito, vinculado a la construcción de una identidad propia que, sin dejar de reconocer las valiosísimas influencias de las corrientes francesas, asuma el encargo social de articular respuestas para problemáticas que se expresan en el cuerpo como instrumento de construcción de sí y del mundo y que encuentran en las condiciones materiales de vida las condiciones de su producción. Este movimiento es pionero en el mundo⁽³⁾ y recoge el desafío de correrse del familiar lugar de la clínica hospitalaria y de las alteraciones psicomotrices clásicas formuladas por los referentes de la Neuropsiquiatría francesa –de Ajuriaguerra y Bergès fundamentalmente–. Este encargo social hacia la Psicomotricidad como profesión, particularmente como profesión universitaria, lleva la huella institucional de la Universidad de la República e impulsa la concreción de los fines estipulados en el Artículo 2:

La Universidad tendrá a su cargo la enseñanza pública superior en todos los planos de la cultura, la enseñanza artística, la habilitación para el ejercicio de las profesiones científicas y el ejercicio de las demás funciones que la ley le encomiende.

Le incumbe, asimismo, a través de todos sus órganos, en sus respectivas competencias, acrecentar, difundir y defender la cultura; impulsar y proteger la investigación científica y las actividades artísticas y contribuir al estudio de los problemas de interés general y propender a su comprensión pública; defender los valores morales y los principios de justicia, libertad, bienestar social, los derechos de la persona humana y la forma democrático-republicana de gobierno⁽¹²⁾.

Pasado el período de la intervención a la Universidad, tras “12 años de anti-Universidad”⁽⁸⁾ ejercida por el gobierno de facto, los desafíos encuentran sus núcleos más problemáticos en la recuperación del rol de la Universidad en tanto actor social de relevancia para el país, además de la reconstrucción de la trama social en términos de justicia social. La Psicomotricidad, acompañando entonces el movimiento de la

Universidad toda hacia la sociedad, en particular, acompañando el movimiento de la Facultad de Medicina, comienza a inaugurar otros modos de formular los problemas y de intervenir en ellos, con una impronta comunitaria e interdisciplinaria que funda un nuevo recorrido en la formación curricular de los y las psicomotricistas en Uruguay.

El paradigma de los derechos humanos como marco insoslayable para las intervenciones en salud

Desde la definición de la carta fundacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de la salud como “el completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad”⁽¹³⁾ han pasado varias décadas; asistimos desde entonces a renovados esfuerzos por redefinir a la salud, tarea compleja en la medida en que las teorizaciones pretenden dar cuenta de la multidimensionalidad del fenómeno, no obstante, con sesgos que acentúan unas perspectivas sobre otras. En general, a pesar de concepciones que recogen el desafío de integrar las perspectivas biológicas, psicológicas y sociales, las intervenciones prácticas que se derivan de esas concepciones, continúan con sesgos biologicistas.

La estrategia APS, formulada en la Conferencia internacional sobre atención primaria de salud (APS), Declaración de Alma-Ata (Kazajistán), es propuesta por parte de la OMS en el año 1978 en el entendido de que urge una reorganización del sistema de atención a la salud que pueda hacer frente a tres grandes desafíos: I) el gran avance tecnológico en el área salud con desigualdad en el acceso, II) el envejecimiento de las poblaciones y, por ende, la prevalencia de enfermedades no transmisibles, III) las grandes desigualdades en el acceso a la atención a la salud de los pueblos y las personas, con altas tasas de morbi-mortalidad en los contextos de pobreza⁽¹⁴⁾.

La Declaración de Alma-Ata, si bien retoma el concepto de salud formulado en 1946, no obstante, realiza agregados sustantivos y destaca la responsabilidad de otros sectores del Estado para la garantía del derecho a la salud y, en este sentido, vincula la intersectorialidad como estrategia para el diseño y la implementación de las políticas en salud con la transformación efectiva de la salud de las personas.

La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la

intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud⁽¹⁵⁾.

La declaración de Alma-Ata toma como pilar a la estrategia APS y la define como:

La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación⁽¹⁵⁾.

El lema “Salud para todos en el año 2000” se formula como aspiración ética compartida por los países firmantes de la Declaración de Alma-Ata, sin embargo, las profundas transformaciones en los sistemas de salud de cada país, tardan en llegar y/o llegan en tiempos distintos en la medida en que quedan atravesadas, por ejemplo, en nuestra región, por contextos socio-históricos complejos, dictaduras en las décadas del setenta y ochenta, afianzamiento de Estados liberales en la década de los noventa.

La APS, como estrategia prioritaria para la atención encuentra, de este modo, férreos obstáculos para su implementación y, queda reducida a una estrategia de “atención selectiva”, priorizando los grupos llamados “vulnerables”, con abordajes focalizados, selectivos y con recursos reducidos, alejando el principio de universalidad central en la declaración “atención pobre para personas pobres”⁽¹⁴⁾, homologando lo primario a primitivo⁽⁵⁾.

Por su parte, la Carta de Ottawa para la promoción de la salud de la OMS, firmada por los Estados en 1986, vuelve a colocar la estrategia de la intersectorialidad, deja en claro que los esfuerzos deben ser coordinados entre los sectores del Estado en la medida en que define a los pre-requisitos de la salud como:

Las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos pre-requisitos⁽¹⁶⁾.

El concepto de intersectorialidad, si bien es operativo para las políticas públicas en general, tiene sus orígenes en el campo de la salud; toma gran impulso para la región latinoamericana a partir de la Carta de Ottawa, en la medida en que los procesos de

recuperación democrática de la época subrayan la urgencia de abordar las causas de la inequidad social y los determinantes sociales de la salud, por lo que otros sectores del Estado son llamados a asumir sus responsabilidades en la generación de condiciones de vida dignas para las personas⁽¹⁷⁾.

La Comisión sobre los determinantes sociales de la salud creada por la OMS en el 2005 con el objetivo de colaborar con la situación en salud de los países, propone como principales recomendaciones el mejoramiento de las condiciones de vida cotidiana y la lucha contra la distribución desigual de poder, el dinero y los recursos.

Para reducir la inequidad sanitaria entre países y dentro de los países es necesario ir más allá de las causas inmediatas de la enfermedad. La Comisión se interesa por las «causas de las causas», los factores sociales que determinan el crecimiento, la vida, el trabajo y el envejecimiento de la población. Los determinantes que subyacen a las inequidades sanitarias están interconectados y, por consiguiente, es necesario abordarlos mediante políticas integrales e integradas, que respondan a los contextos específicos de cada país y cada región⁽¹⁸⁾.

Finalmente, el documento de Renovación de la Atención Primaria de la Salud para las Américas plantea que si bien los desafíos se han renovado en la medida en que el escenario geo-político en el mundo ha cambiado, así como los retos epidemiológicos de los países, la estrategia aps sigue mostrando todo su potencial transformador para abordar las desigualdades en salud y mejorar la salud de las poblaciones.

En los veinticinco últimos años, la Región de las Américas ha experimentado grandes progresos; sin embargo, la sobrecarga persistente de los sistemas de salud y las desigualdades en materia de salud, cada vez más amplias, amenazan los logros obtenidos y ponen en peligro el progreso hacia un mayor nivel de salud y de desarrollo humano⁽¹⁹⁾.

Asistimos actualmente a un desafío que requiere subrayar el marco de los derechos humanos para la formulación de las políticas públicas y el desarrollo de las intervenciones en salud. Si bien la salud como derecho humano es parte constitutiva de la Declaración de Derechos Humanos del año 1948, es en el año 1966 que, a través del Pacto de derechos económicos, sociales y culturales, se plantea la exigibilidad hacia los Estados y, por tanto, compromiso en su garantía para las personas con monitoreo de la sociedad civil en su

cumplimiento. No obstante, al decir de Bobbio⁽²⁰⁾, el problema sustancial con los derechos humanos en la actualidad, no es tanto su reconocimiento, sino su garantía, en la medida que resulta muy difícil trascender el plano declarativo y efectivamente materializar su ejercicio.

Sin embargo, como decíamos, si bien asistimos a un consenso de larga data acerca de la salud como un derecho humano y, como tal, su garantía es exigible a los Estados, es en las dos últimas décadas que el discurso de los derechos humanos ha tomado un impulso revitalizador para el campo de la salud con discusiones que polarizan, por un lado, la capacidad del mercado para asignar los recursos y, por otro, la necesidad de imponer el principio de justicia social como única vía para su garantía⁽²¹⁾.

En nuestro país, destacamos la definición de salud aportada por Villar, en el entendido que subraya de modo particular la concepción de la salud como un bien social, como un derecho humano y, por tanto, como una responsabilidad indeclinable del Estado. En palabras de Villar, la salud es:

Una categoría biológica y social, en unidad dialéctica con la enfermedad, resultando de la interrelación armónica y dinámica entre el individuo y su medio, que condiciona niveles de bienestar físico, psicológico y social, permite al individuo el cumplimiento de su rol social y está condicionada por el modo de producción y el momento histórico del desarrollo de la sociedad; es un derecho humano fundamental y constituye un inestimable bien social⁽²²⁾.

En este sentido, nuestro país avanza a partir del 2008 hacia un proceso de reforma del sistema de salud a través de la sanción de la ley N.º 18211-Sistema Nacional Integrado de Salud⁽²³⁾, que consagra a la salud como un derecho humano, como un bien colectivo y asume que el Estado debe ser el garante de ese derecho. Para ello, impulsa una reforma estructural en tres dimensiones simultáneas: I) reforma en el modelo de atención, desde un modelo hospitalocéntrico centrado en la enfermedad, hacia un modelo comunitario centrado en la salud, II) reforma en el modelo de financiación, se crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA), basado en el principio de solidaridad, III) reforma en el modelo de gestión, con la asunción del Ministerio de Salud como organismo rector en políticas de salud para todo el sistema y con la descentralización de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

La reforma de la salud se inscribe en un conjunto de cambios estructurales que se producen en la matriz de protección social⁽²⁴⁾. Colocar el acento en los determinantes sociales de la salud implica reconocer que el derecho a la atención a la salud constituye tan sólo una de las dimensiones del derecho a la salud, la salud como derecho sólo es posible de ser ejercido en la medida en que la vida se sostiene en condiciones dignas, lo que interpela a la cotidianidad más inmediata de las personas, sus condiciones materiales de vida.

La Psicomotricidad Social como campo de articulación de las demandas

Desde las intervenciones psicomotrices originarias, de carácter hospitalario, centradas en la enfermedad, hasta las prácticas comunitarias, con énfasis en la salud, muchos años han pasado;

los postulados sobre salud-enfermedad-cuidado de la corriente médico social/salud colectiva llevan indefectiblemente a desplazar el eje de las prácticas de la enfermedad al sujeto y a cuestionar la práctica médica centrada en las patologías individuales. Se propone, entonces, una práctica integral que incorpora la dimensión subjetiva, histórica y social tanto en el abordaje de poblaciones como de sujetos singulares. Práctica que se desplaza de la “ontología de la enfermedad” al sujeto, produciendo una “clínica ampliada” que requiere de nuevos modos de gestión del trabajo en salud: horizontalización y articulación entre especialización e interdisciplinariedad⁽²⁵⁾.

El concepto de “clínica ampliada”, acuñado por de Souza Campos (26) refiere a la histórica asociación de las intervenciones en atención primaria como intervenciones con bajos niveles de complejidad –no en términos de complejidad en los niveles de especialización de los procedimientos y complejidad tecnológica, lo cual es pertinente por definición (27)– sino en términos conceptuales, en la simplificación de las lecturas que se realizan sobre los procesos de salud- enfermedad-cuidado y en las intervenciones que se derivan de allí.

Al revés de lo que se acostumbra afirmar hay gran complejidad en las intervenciones en la atención primaria. Lo complejo se define en términos de número de variables involucradas en un proceso, en este sentido es necesario intervenir sobre la dimensión biológica u orgánica de los riesgos o enfermedades, pero será también necesario

encarar los riesgos subjetivos y sociales. Esas dimensiones estarán presentes en todo trabajo de salud, aunque en la atención primaria presenten una expresión mayor, siendo necesario no solamente considerar esos aspectos en el momento del diagnóstico, sino también lograr acciones que incidan sobre estas tres diferentes dimensiones⁽²⁶⁾.

Estos movimientos comienzan a colocar el foco en el campo social, los problemas en salud se formulan ya en términos multidimensionales; la perspectiva interdisciplina se erige como la respuesta epistemológica pertinente⁽¹⁰⁾ y, se comienzan a articular las disciplinas ya no sólo dentro del propio campo de la salud, sino que éstas entran en diálogo con las del campo de las ciencias sociales, la sociología, la politología, la antropología, la economía, entre otras.

A la vez que se profundiza el viraje hacia un nuevo modelo de atención a la salud, hacia una “clínica ampliada”, la Psicomotricidad diversifica sus ámbitos de intervención, desde el ámbito sanitario original, hacia el ámbito educativo y socio-comunitario, con especificidades que se empiezan a delinear con creciente claridad, en la medida que múltiples demandas se articulan desde diferentes colectivos, instituciones y territorialidades, que exigen composiciones teóricas y metodológicas inéditas, con perspectivas no exclusivamente sanitaristas de la salud.

Una Psicomotricidad Social se comienza a perfilar e interroga sobre los modos en los que el cuerpo se construye como producto de la historia vital en una trama familiar, en un contexto socio-histórico que lo atraviesa y que produce derroteros singulares. En este sentido, la categoría teórica y metodológica de la interseccionalidad (28) –acuñada por los feminismos afrodescendientes– se consolida como una categoría insoslayable para pensar los complejos procesos de construcción identitaria y de lugares sociales que se delinean a partir de allí, configurando múltiples escenarios por los que se despliegan las trayectorias vitales de las personas. A las dimensiones clase social, género y raza-etnia, que dieron origen a la categoría de la interseccionalidad, en virtud de su fecundidad para construir alternativas a las clásicas –y en algunos casos ineficaces– políticas públicas uniseccionales, emergen otras dimensiones a interseccionar: generaciones, orientación sexual, situación de discapacidad, situación de migración, ruralidad, entre otras.

Consideraciones finales

La Psicomotricidad es una disciplina que tiene sus orígenes en Francia a principios del s. XX, orígenes fundacionales que marcaron la historia de la Psicomotricidad en el Uruguay. Sin embargo, la disciplina, como corpus teórico y metodológico, se enraíza en prácticas de intervención en contextos socio-históricos que formulan demandas dinámicas y la exigen en términos de articulación de saberes con disciplinas que permiten iluminar otras aristas del cuerpo y el movimiento. Desde los orígenes de la Psicomotricidad ligada a la Neuropsiquiatría, con una perspectiva biológica del movimiento, hasta los aportes psicodinámicos del Psicoanálisis, la construcción del objeto de estudio disciplinar se encuentra en un devenir a partir de las tensiones que se producen en los encuentros entre teoría y práctica.

Entendemos que el particular marco de la recuperación democrática en nuestro país exigió a la Psicomotricidad articular algunas respuestas para poder pensar sobre los procesos de construcción del cuerpo en contextos de vulneración de derechos. Algunos años transcurridos ya, en el actual contexto democrático, la profundización del sistema capitalista y patriarcal nos exige articular con referenciales que permitan leer los procesos de construcción del cuerpo desde la complejidad de las dimensiones en juego, con perspectivas integradoras, la perspectiva sanitarista en diálogo con la perspectiva social, en lo que proponemos dar en llamar una Psicomotricidad Social, que lleva la marca identitaria del sur.

Referencias

1. Blanco R, Portillo J, San Martín H. Teoría social de la salud. Montevideo: Universidad de la República; 1991.
2. Berlinguer G. Ética de la salud. Buenos Aires: Lugar; 2009.
3. Mila J. De profesión psicomotricista. Buenos Aires: Miño y Dávila; 2008.
4. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.* 2013;31(1),13-27.
5. Testa M. Pensar en salud. Buenos Aires: Lugar; 1997.
6. De Almeida-Filho N. La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología. Buenos Aires: Lugar; 2000.
7. Breilh J. Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar; 2003.
8. Carlevaro P. La Universidad querida. Montevideo: Oficina del libro-FEFMUR; 2019.
9. Licenciatura en Psicomotricidad-Universidad de la República. Plan de estudios del Licenciado en Psicomotricidad. Recuperado el Abril de 2021, de Escuela Universitaria de Tecnología Médica, Facultad de Medicina, Universidad de la República. [Internet]. Montevideo: Udelar; 1990. Disponible en: <http://www.eutm.fmed.edu.uy/LICENCIATURAS%20MVD/mvdpsicomotricidad/Perfpsicomotricidad.htm> [citado 29 oct. 2021]
10. Morin E. Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Gedisa; 2009.
11. Menéndez E. Modelo médico hegemónico, modelo alternativo subordinado. Modelo de autoatención. Caracteres estructurales. *Anales de las primeras jornadas de Atención Primaria de la Salud.* 1987;213-230.
12. Parlamento uruguayo. Ley N.º 12549. Ley Orgánica de la Universidad de la República. [Internet]. 1958. Disponible en: <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/12549-1958/60> [citado 29 oct. 2021]
13. Organización Mundial de la Salud. Carta de Constitución de la Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 1946. Disponible en: <https://www.who.int/es> [citado 29 oct. 2021].

14. de Lellis M, Berra A, Morand M. El legado de la Atención primaria de la salud. En: de Lellis M, Perspectivas en salud pública y salud mental. Buenos Aires: Nuevos tiempos; 2015. p. 59-84.
15. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Declaración de Alma-Ata. Alma-Ata. [Internet]. Ottawa: OMS; 1978. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf> [citado 29 oct. 2021]
16. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. [Internet]. Ottawa: OMS; 1986. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf> [citado 29 oct. 2021]
17. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. (2015). Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2015.
18. Organización Mundial de la Salud. Documento de referencia 1: Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud - ¿Qué es, por qué, y cómo? Washington DC: OMS; 2015.
19. Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la Atención Primaria de la Salud para las Américas. Washington, DC: OPS; 2007.
20. Bobbio N. El problema de la guerra y las vías para la paz. Barcelona: Gedisa; 2008.
21. Stolkiner A. Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente. *Medicina Social*. 2010;5(1),89-95.
22. Villar H. La salud una política de Estado. Hacia un sistema Nacional de Salud. Montevideo: Grafinel; 2003.
23. Parlamento uruguayo. Ley N.º 18211. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. [Internet]. 2007. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/61> [citado 29 oct. 2021]
24. Fernández Galeano M, Levcovitz E, Olesker D. Economía, política y economía política para el acceso y la cobertura universal en salud en Uruguay. Montevideo: OPS; 2015.
25. Stolkiner A, Ardila S. Vertex. *Revista Argentina de Psiquiatría*. 2012;23,57-67.
26. de Souza Campos G. El filo de la navaja de la función filtro: reflexiones sobre la función clínica en el Sistema Único de Salud en Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiología*. 2005;8(4):477-483.

27. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*. 2011;33(1):7-11.
28. Crenshaw K. (2012). Cartografiando los márgenes. Interseccionalidad, políticas identitarias y violencia contra las mujeres de color. En: Lucas Platero, R. *Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada*. Buenos Aires: Bellaterra; 2012. p. 87-122.