

Acompañar Niñeces, Restituir Derechos: La Voz de NNyA en la Intervención del Trabajo Social

Por María Sol Bruno, Yamila Moreira y Manuela Sotto

María Sol Bruno. Licenciada en Trabajo Social. Residente 2do año en Hospital General de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Yamila Moreira. Licenciada en Trabajo Social. Residente 2do año en Hospital General de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Manuela Sotto. Licenciada en Trabajo Social. Residente 3do año en Hospital General de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Introducción

El presente artículo se propone problematizar el modo en que concebimos y promovemos la participación de niñas, niños y adolescentes (NNyA) en la comprensión y vivencias de sus procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC). Se inscribe en una estrategia de reflexión teórico-práctica a partir de la sistematización de experiencias desarrolladas en el marco de la Residencia de Trabajo Social del Hospital General de Niños Ricardo Gutiérrez¹, dependiente del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) durante el periodo 2024-2025.

Desde la práctica del Trabajo Social se participa activamente en los procesos de restitución de derechos de NNyA. A partir de nuestras experiencias en la atención de les mismas, se ha observado que con frecuencia ocupan un papel secundario en sus PSEAC, en los que la transmisión de información diagnóstica pronóstica, así como aquello referido a procesos de restitución de derechos, se realiza fundamentalmente con les adultes referentes de cuidado.

A partir de estas observaciones es que se plantea una serie de interrogantes que orientan el desarrollo de este trabajo: ¿cómo acompañamos las trayectorias de NnyA?, ¿cuál es nuestro rol en la restitución de derechos de NNyA en el sistema de protección?, ¿estamos construyendo espacios con estos NNyA donde se genere un lazo y confianza?, ¿con qué obstáculos nos encontramos para garantizar espacios de escucha con NNyA?

En este marco, la práctica del trabajo social en el ámbito hospitalario se encuentra atravesada por múltiples tensiones vinculadas a cómo se conciben la infancia, la autonomía progresiva y la participación de NNyA en los PSEAC. Este artículo se propone aportar al campo del Trabajo Social en salud mediante una reflexión situada en la práctica profesional, problematizando las condiciones institucionales que posibilitan o restringen la participación de NNyA en los procesos de atención.

¹ El Hospital General de Niños Ricardo Gutiérrez es un hospital pediátrico de alta complejidad dependiente del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se incorporó a las sedes formativas de Trabajo Social en salud de CABA a partir del año 2014.

Una revisión del marco normativo

A partir de la sanción de la Ley N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes en el año 2005, Argentina adopta un paradigma de protección integral, dejando atrás el modelo tutelar vigente hasta entonces, sustentado en la antigua Ley N° 10.903 de Patronato (1919). Este modelo tutelar concebía a NNyA como objetos de protección bajo la figura del “menor en situación irregular”, lo que habilitaba prácticas judiciales y administrativas que frecuentemente vulneraban sus derechos, legitimando intervenciones discrecionales del Estado sin que mediara un delito o participación activa de NNyA.

En cambio, el paradigma de protección integral reconoce a NNyA como sujetos plenos de derecho. Este enfoque implica que las decisiones que les afectan deben ser tomadas respetando su autonomía progresiva y promoviendo su participación activa. En este marco, la participación en el ámbito de la salud se consolida como un derecho fundamental. Este paradigma nos invita a revisar críticamente las prácticas tradicionales en las que NNyA eran considerados meros objetos de cuidado o tutela, sin voz ni protagonismo. En particular, el Art. 12 de la Ley N° 26.061 (2005) consagra el derecho de NNyA a expresar su opinión y a que esta sea tenida en cuenta según su edad y madurez, mientras que el Art. 27 inciso b establece la obligación de los servicios de salud de respetar su autonomía progresiva y garantizar condiciones adecuadas para su participación en decisiones vinculadas al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de su salud.

A nivel local, la Ley N° 153 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, conocida como Ley Básica de Salud, define a la salud como un derecho humano y reconoce a las personas como protagonistas de sus propios PSEAC. Aunque esta norma no menciona de forma específica a las infancias, al articularse con la legislación nacional impone la obligación de garantizar que las instituciones de salud respeten los derechos consagrados en la Ley N° 26.061.

Complementariamente, la Ley Nacional N° 26.529 (2009) sobre los Derechos del Paciente refuerza esta perspectiva al reconocer el derecho a recibir información clara, adecuada y oportuna sobre su estado de salud, así como a brindar un consentimiento informado. Esta ley se articula con el Código Civil y Comercial de la República Argentina, que establece que los adolescentes a partir de los 16 años pueden tomar decisiones en relación con tratamientos médicos que no impliquen riesgo de vida, y que aquellos entre 13 y 16 años también tienen derecho a decidir sobre prácticas no invasivas o que no impliquen riesgo grave para su salud.

Este marco normativo obliga a los equipos de salud a modificar sus intervenciones, reconociendo a NNyA como actores activos de sus PSEAC. La participación, en este sentido, no debe pensarse como una cuestión de “voluntad” o “elección” de cada profesional sino como un derecho que debe ser garantizado a través de las instituciones. En este sentido, como profesionales tenemos una tarea fundamental: construir y sostener espacios de diálogo, confianza y escucha, desde una práctica que acompañe las trayectorias de salud de NNyA, construyendo procesos con ellos y no sobre ellos. Se trata, entonces, de promover intervenciones que habiliten su voz y presencia en cada decisión, reconociéndoles como protagonistas activos de su propio cuidado.

Una mirada crítica a los sistemas de salud: desde el modelo médico hegemónico y adultocentrista al enfoque de salud colectiva

En primer lugar, es necesario señalar que el Modelo Médico Hegemónico (MMH), aún predominante en nuestro sistema de salud, responde a un paradigma positivista surgido en el siglo XIX. Este modelo interpreta los problemas de salud exclusivamente desde una perspectiva

biológica, omitiendo la dimensión social en la comprensión del PSEAC. Tal paradigma se caracteriza por su enfoque biologicista e individualista, lo cual se expresa en prácticas centradas en la prevención y la normalización (Menéndez, 2020). En consecuencia, dicho modelo condiciona la organización del campo de la salud, jerarquizando disciplinas y determinando enfoques de abordaje que dificultan miradas integrales.

Sin embargo, para comprender las condiciones actuales de intervención en salud, es imprescindible incorporar una mirada que trascienda esta lógica reduccionista. En este sentido, resulta clave el enfoque de la salud colectiva, el cual se configura como una alternativa crítica al MMH. Tal como plantea Casallas Murillo (2017), esta perspectiva pone el foco en las necesidades sociales de salud de los colectivos poblacionales, proponiendo una visión compleja, histórica y multidimensional. A diferencia del paradigma hegemónico, la salud colectiva no concibe la salud como simple ausencia de enfermedad, sino como el resultado de múltiples determinaciones sociales que deben ser comprendidas a partir de una articulación horizontal entre saberes. Asimismo, reconoce que las prácticas sanitarias están atravesadas por relaciones de poder y que la transformación del sistema implica una comprensión crítica de estas dinámicas estructurales.

En este contexto, otro de los sistemas que estructura las relaciones sociales -e incide directamente en el acceso a derechos- es el adultocentrismo. Este sistema se basa en una organización social jerárquica entre adultos y NNyA, en la que la adultez se impone como el modelo normativo que orienta las formas de pensar y actuar. Como indican Abaunza y Solórzano (1992), esta perspectiva restringe las posibilidades de participación de las infancias. Morales y Magistris (2019) profundizan esta idea señalando que, a pesar del avance que supuso la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), su implementación quedó limitada a una lógica de tutela y protección, relegando la agencia y voz de NNyA.

Así, el sistema capitalista y adultocentrista se entrelaza con categorías sociales tales como el género, la clase y la etnicidad, produciendo relaciones intergeneracionales marcadas por jerarquías y desigualdades. En este marco, el trabajo social adquiere un rol fundamental, ya que interviene en escenarios en los que estas múltiples opresiones se manifiestan con crudeza, particularmente en instituciones de salud.

El trabajo social en salud: intervenciones situadas y construcción de cuidado

Desde la perspectiva del trabajo social, se reconoce que los PSEAC no pueden comprenderse desde una mirada meramente biológica o social sino que se trata de un entramado complejo de relaciones de poder que atraviesan todos los niveles de organización política y social (López, 2016). Por ello, intervenir en salud implica reconocer estas múltiples determinaciones y llevar a cabo acciones que contemplen la singularidad de los sujetos, sus historias y contextos.

En función de lo expuesto, tal como lo plantea el Programa docente - Residencia de Trabajo Social (Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional del gobierno de CABA, 2023), la Residencia de Trabajo Social propone en sus objetivos la construcción de conocimientos, habilidades y competencias necesarias para la intervención en salud, tanto a nivel asistencial como a nivel de la promoción y prevención para la salud. Se orienta a la formación de un profesional con una mirada crítico reflexiva del campo de la salud y un posicionamiento ético político centrado en la perspectiva de los derechos humanos. En este marco, durante el periodo 2024-2025 llevamos a cabo prácticas en diferentes niveles de atención del sistema de salud, como

es propio de un hospital pediátrico de tercer nivel, así como en el primer nivel de atención en el marco de nuestra rotación por Atención Primaria de la Salud.

A partir de las experiencias desarrolladas en el ámbito hospitalario, se identifican procesos de fragmentación en los abordajes del equipo de salud respecto a las intervenciones con NNyA y sus familias. Como resultado de esta fragmentación, nuestra profesión se encuentra fuertemente vinculada al trabajo con les adultes referentes de cuidado de forma exclusiva, desplazando a un lugar secundario el trabajo con NNyA.

Se ha podido identificar que en la vorágine institucional se constituyen obstáculos a la hora de poder incorporar las entrevistas a NNyA. Como parte de estos obstáculos se destaca una lógica en la que prima el MMH, que determina una priorización absoluta del aspecto biomédico en las situaciones y de una lógica del giro-cama. Esto trae como consecuencia que durante las internaciones se priorice el aspecto orgánico, relegando la evaluación interdisciplinaria a un aspecto burocrático que debe realizarse con celeridad una vez estabilizado o superado el evento agudo de salud. Asimismo, dentro de las evaluaciones interdisciplinarias, la fragmentación del abordaje mencionado relega la participación del trabajo social con NNyA a la voluntad de otras disciplinas.

Esta dinámica no solo limita las intervenciones sino que también desconoce a NNyA como sujetos de derechos al relegar su participación directa en los PSEAC. En la priorización de los tiempos clínicos, las entrevistas con NNyA aparecen como prescindibles aun cuando resultan fundamentales para la detección de situaciones de vulneración de derechos. Asimismo, que la intervención del Trabajo Social quede supeditada únicamente a la voluntad profesional no solo impacta en el reconocimiento del rol profesional, sino que obstaculiza la elaboración de estrategias colectivas de abordaje, indispensables para garantizar una atención en salud que contemple de manera articulada las múltiples dimensiones que contribuyen a concebir a la salud de manera integral.

En cuanto a las experiencias desarrolladas en el primer nivel de atención, se puede observar una perspectiva de trabajo diferente. Este nivel basa sus intervenciones en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), la cual es definida por la Declaración de Alma Ata como:

el cuidado esencial de la salud en base a métodos científicos y socialmente aceptables y a tecnologías universalmente accesibles a toda persona y familia de la comunidad a través de una participación plena y de unos costos que estén al alcance de la Nación y la comunidad. (citado en Ase y Burijovich, 2009, p.33)

De este modo, la APS se configuraría como el primer nivel de contacto de la comunidad con el sistema sanitario de cada país. Sin embargo, a partir de 2003 comenzó una reconceptualización del término y las modalidades de intervención en las que insiste en una perspectiva integral que atraviese la totalidad del sistema de salud como la forma más adecuada de garantizar el derecho al acceso a la salud de todos.

En este sentido, la estrategia de la APS propone una forma de concebir la salud que incorpora la participación comunitaria y promueve espacios accesibles y abiertos a nuevas formas de encuentro. En cuanto a NNyA, incluirles en el diseño, el cuidado y las decisiones de las planificaciones no solo promueve su derecho a participar sino que los reconoce como protagonistas capaces de transformar sus territorios desde una lógica de cuidado mutuo y aprendizaje compartido.

Esta experiencia da cuenta de que es posible habilitar espacios institucionales alternativos que promuevan la participación real de NNyA en la construcción de sus PSEAC. Como desarrollamos anteriormente, en un contexto donde el sistema de salud se estructura mayoritariamente desde el MMH y una lógica adultocéntrica, la iniciativa de espacios que incluyan a NNyA plantea un desplazamiento clave: les reconoce no como sujetos pasivos de atención sino como actores activos en el diseño de estrategias comunitarias vinculadas al cuidado de la salud integral.

Los espacios institucionales del CeSAC² en los que se inserta el Trabajo Social permiten materializar el derecho de NNyA a participar en los ámbitos que les involucran. Esta participación no se limita a la expresión de opiniones sino que se configura como una vivencia concreta, corporal, afectiva y relacional en la que el hacer conjunto posibilita la apropiación de saberes y la generación de vínculos significativos. Se rompe con la verticalidad típica de las instituciones, ya que estos espacios habilitan otra forma de vincularse con la salud: desde el territorio, el juego y los saberes compartidos pero también desde el diálogo, la pregunta y la posibilidad de imaginar otros modos de habitar las instituciones de salud pública.

Intervención del Trabajo Social: categorías analíticas que atraviesan la práctica

El trabajo social como disciplina del campo de las Ciencias Sociales se integra en los equipos de salud a través de la “la realización de “tareas, actos, acciones o prácticas (...) que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas” (Ley N° 27.072, 2014).

Nuestra profesión históricamente fue construida para intervenir sobre las manifestaciones de la cuestión social, por lo que resulta importante atender a las determinaciones de la heterogeneidad de la vida cotidiana en el contexto histórico-social, considerando el acceso a la salud como un derecho de todos.

A continuación se desarrollarán las principales dimensiones que consideramos que atraviesan la intervención profesional en el campo de salud a los fines de garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la participación de NNyA en sus PSEAC.

Escucha y hospitalidad

Comprendemos la escucha como un acto de hospitalidad que implica recuperar la dimensión subjetiva de quien “recibe” pero también de quien “brinda” (Stolkiner, 2019). Consideramos que NNyA y sus familias transitan las instituciones de salud con subjetividades que no conocemos y es allí donde debemos centrar nuestra intervención: hacer lugar a lo desconocido con el fin de generar nuevas herramientas que permitan abordar la singularidad de cada situación.

Escuchar a NNyA en los actos de salud implica hospedar esas singularidades, reconocer y conocer sus formas y modos de afrontar los PSEAC en su vida cotidiana. Esto no implica

2 Los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) dependen del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires como centros de Atención Primaria de la Salud. Se ubican en los distintos barrios de la ciudad, funcionando como puerta de entrada al sistema público de salud y realizando actividades de promoción y prevención en un territorio delimitado (área programática)

renunciar a nuestros saberes disciplinares sino que abrir camino hacia la propia problematización de nuestras prácticas.

Es necesario generar espacios que habiliten esos procesos de escucha junto a NNyA. En este marco, entendemos que la instancia de la entrevista con NNyA resulta fundamental para promover y fortalecer prácticas de escucha activa. La entrevista, concebida no solo como una técnica sino como modo de encuentro, permite el reconocimiento de ese otre, historizar su situación y generar diálogos para comprenderlo. Así, “(...) la entrevista en tanto relación de la acción es constructora de la historia, (...) cuya finalidad es la transformación de circunstancias, situaciones y no solo el conocimiento de éstas” (Carballeda, 2024).

Acompañamiento

Tal como lo desarrolla Sierra (2016), resulta interesante ampliar el concepto de escucha poniéndolo en diálogo con el de acompañamiento. La autora propone pensar el acompañamiento como una práctica clave en el campo de la salud, especialmente en contextos de creciente complejidad social. Acompañar no es simplemente asistir o intervenir desde un saber experto sino implicarse desde una presencia situada, continua y afectiva, reconociendo la singularidad de cada recorrido vital.

En las instituciones de salud, el acompañamiento implica revisar lógicas tradicionales de atención centradas en el control, la fragmentación o la patologización, para avanzar hacia modos más vinculantes y horizontales de relación con les usuaries. El acompañamiento, en este sentido, permite construir espacios de cuidado más integrales en los que la dimensión subjetiva, el entorno y la historia del otre sean considerados como parte de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado.

Siguiendo con estos aportes, el acompañamiento se estructura a partir de dos dimensiones fundamentales: el tiempo y la presencia. Ambos se constituyen como ejes centrales para pensar intervenciones comprometidas en el campo de lo social y de la salud. Uno de los principales desafíos radica en el desfase entre los tiempos institucionales - regidos por normas, rutinas, procedimientos y bajo una lógica de productividad- y los tiempos subjetivos de quienes transitan situaciones de vulnerabilidad. Reconocer esta diferencia es clave para sostener intervenciones éticas, sensibles y centradas en el otre.

La presencia se vuelve entonces una dimensión fundamental: acompañar es estar con el otre de manera activa, sensible y corporal, "poner el cuerpo" no como metáfora, sino como implicación real en el vínculo. Esto interpela a las lógicas tradicionales de control o tutela, y exige revisar los modos de intervención profesional.

Sierra distingue dos modelos de acompañamiento institucional. Por un lado, un modelo centrado en la vinculación, que pone el foco en la relación entre las personas y las instituciones. Desde esta perspectiva, el acompañamiento busca generar vínculos significativos y habilitar instituciones abiertas y flexibles que puedan alojar las demandas, promoviendo conexiones que permitan sostener procesos y brindar apoyos.

Por otro lado, plantea un modelo basado en el sostén, que destaca la importancia de que las instituciones generen condiciones de acompañamiento que no solo atiendan las

necesidades materiales, sino también las dimensiones subjetivas, espirituales y los tiempos de cada persona, favoreciendo intervenciones más integrales y sensibles.

Ambos modelos nos permiten pensar estrategias de intervención que no sólo respondan a lo operativo, sino que habiliten procesos de reconocimiento, confianza y ejercicio efectivo de derechos. De este modo, el acompañamiento, al igual que la escucha se configuran como una práctica ética que desafía la lógica instrumental, recuperando la dimensión subjetiva y relacional en las intervenciones del campo social y sanitario.

Cuidado

Stolkiner (2019) propone pensar el trabajo en salud en términos de producción de “actos de salud”. Dichos actos se encuentran conformados por dos dimensiones: una dimensión cuidadora y una centrada en los saberes disciplinarios y órdenes profesionales. A partir de estas dimensiones se construyen proyectos terapéuticos particulares, que reflejan distintas formas de atención y cuidado, donde el aspecto del cuidado puede ocupar un lugar central o quedar en un segundo plano. En este marco, las autoras Balloni Aguilar y Magnoli (2023) señalan que quienes trabajan en salud tienen la posibilidad de colectivizar el cuidado desde el ámbito público, acompañando estos procesos para promover la salud integral y considerando al hospital como un soporte social e institucional para llevarlos adelante.

Esta dimensión cuidadora no es propia de una disciplina sino que se puede encontrar y desarrollar en todas las profesiones, atravesando y produciendo los procesos del habla y de la escucha, para poder relacionarnos con el mundo subjetivo de los usuarios y sobre cómo construyen sus necesidades de salud.

Núñez (2023) plantea que el cuidado forma parte del rol de las instituciones, ya que las familias recurren a ellas cuando atraviesan situaciones que afectan su bienestar y esperan recibir algún tipo de ayuda para poder afrontarlas. En este sentido, se vuelve necesario reflexionar sobre cómo se ejerce el cuidado desde lo institucional, entendiendo que estas instituciones representan al Estado. Desde esta perspectiva, el cuidado se descentra de la persona para ser materializado por el Estado, que debe complementar y cumplir la función del cuidado social. Como parte del Estado, debemos pensar qué resulta fundamental en la intervención hacia NNyA para la integralidad de sus cuidados, poniendo como prioridad la voz del niño y la interdisciplina fundamentada en la escucha y el diálogo que busquen aportar a la integralidad y no solo a resolver de manera aislada. En esta línea, resulta necesario reflexionar sobre nuestras concepciones respecto al cuidado de NNyA y poder realizar aportes sin coaccionar o juzgar desde nuestro rol profesional.

Stolkiner y Ceminari (2018) sostienen que los cuidados formales e informales forman parte de los PSEAC, entendidos como un proceso dinámico y como construcción histórica. En esta línea, la noción de cuidado tiene una connotación más amplia e integral que la de “atención”, incluyendo desde el autocuidado, el cuidado de otras personas como relación interpersonal de cuidado, hasta la provisión de las condiciones para que se realice el cuidado, incluyendo la gestión, entendida como la coordinación de los mismos.

Para analizar el cuidado, las autoras proponen que este análisis debe incluir la distribución de responsabilidades entre el Estado, el mercado, la familia y la comunidad. Faur (2009) introduce la categoría de organización social del cuidado, como la forma en que interrelacionadamente la familia, el Estado, el Mercado y las organizaciones comunitarias

producen y distribuyen cuidados. Se caracteriza por la diversidad de actores que participan y por ser una configuración dinámica donde no existen divisiones estancas sino una continuidad de actividades, trabajos y responsabilidades. Este entrecruzamiento de actores configura redes de cuidado, integradas por las personas que dan cuidado y quienes lo reciben, los actores institucionales, los marcos normativos y las regulaciones, la participación mercantil y la comunitaria.

Dentro de estas categorías, entendemos que el trabajo social lleva adelante intervenciones que forman parte del cuidado, tanto en las evaluaciones como en la gestión de recursos y fortalecimiento de redes afectivas y comunitarias que posibilitan los cuidados de otras personas. Este marco teórico nos permite problematizar nuestra forma de trabajar respecto a las familias como responsables principales del cuidado, ampliando nuestra mirada hacia la influencia de otros actores como el Estado y la comunidad.

Participación

Desde la perspectiva de salud colectiva, la participación social se constituye en una dimensión fundamental para entender la atención en salud. A partir de la incorporación de la APS en la Declaración de Alma Ata, sus definiciones colocaron el eje en los procesos de poder y en la toma de decisiones. En esta línea se retoman los aportes de Ludi (2012), autora que entiende a la misma como

la capacidad que tienen los individuos de intervenir hasta la toma de decisiones en todos aquellos aspectos de su vida cotidiana que los involucran y afectan (...) como acción colectiva dirigida a lograr cierto objetivo común en el sentido de involucrarse, de formar y tomar parte del proceso (...) constituye uno de los mecanismos de distribución del poder, y en tal sentido, uno de los pilares en los que se basa la democracia participativa (p.49).

En este sentido, “la participación social equivale al proceso de reapropiación por la población, del conjunto de instituciones que regulan la vida social y de los servicios que representan” (Brofman y Gleizer, 1994, p.15). Asimismo, la participación implica un diálogo con los sujetos en busca de comprender sus necesidades y demandas de atención entendiéndolos a partir de su agencia y no solamente como objetivos o beneficiarios de la acción de las y los profesionales. Asimismo las comunidades poseen su propio saber acerca de la salud y los procesos que transitan que necesitan ser puestos en valor y recuperados para contribuir a la salud integral de todos.

Por otro lado, siguiendo a Morales y Magistris (2019), es importante resaltar que la definición de NNyA como vulnerables promueve la separación de estos de la esfera pública y política. Es por ello que creemos necesario hacer énfasis en la dimensión de participación, pensar a NNyA como un conjunto de subjetividades que pueden generar una incidencia real en los procesos políticos y sociales, para ello no alcanza con reconocerlos como sujetos de protección tal como lo establece la CDN sino más bien reconocerlos como sujetos participantes y especialmente protagonistas de sus propios procesos: colocar a NNyA como actores sociales. Ese protagonismo no significa que NNyA deban pensar como adultos sino que por el contrario, puedan elegir, decidir y optar en base a su interés superior.

Pensar un cambio estructural nos obliga como adultos a ceder los espacios de poder. Implica visibilizar las voces de las infancias y adolescencias, portadores de saberes y experiencias significativas. Tomando a Cussianovich (2005), destacamos que atender protagonismo de NNyA se vuelve una necesidad y un derecho inherente a la condición de humanos que implica un cambio de paradigma, de las culturas, de la adultez y de nuestras nociones de poder.

En ese sentido, resulta fundamental posicionar la participación de NNyA en sus PSEAC como un aspecto fundamental en nuestra intervención. Esta concepción se encuentra fuertemente relacionada con la escucha en sentido amplio, que nos permite conocerles, hacerles partícipes de sus procesos y contribuir al entendimiento de sus PSEAC como formas de garantizar sus derechos.

Interdisciplina

Entendiendo la salud de manera compleja, como un proceso atravesado por múltiples dimensiones, consideramos fundamental recuperar la importancia de la intervención interdisciplinaria y del diálogo entre los distintos campos del saber.

La posibilidad de trabajar interdisciplinariamente se sostiene a partir de un posicionamiento ético político, es decir un posicionamiento ideológico que tiene que ver con los modos de entender el mundo, la salud, las prácticas y los sujetos. De acuerdo con Stolkiner (1999), el abordaje interdisciplinario no se reduce a la mera coexistencia de saberes diversos, sino que implica la construcción de un marco común de representaciones entre disciplinas, así como una delimitación clara de los distintos niveles de análisis involucrados y su articulación. Para que esta forma de intervención pueda ser efectiva es indispensable planificar la inclusión de dispositivos específicos que la sostengan: reuniones de equipo, espacios de análisis de casos, ateneos compartidos, entre otros. Estos espacios deben ser considerados parte del trabajo profesional y no como actividades accesorias, ya que son fundamentales para garantizar una verdadera articulación interdisciplinaria.

Esta perspectiva constituye un posicionamiento ético y político frente a la práctica profesional. Como señala Stolkiner (2005), implica reconocer la inevitable incompletud de las herramientas propias de cada disciplina, y asumir que sólo desde la apertura al diálogo es posible acercarse a la complejidad de los procesos que atravesamos en el campo de la salud.

Es necesario posibilitar la construcción de un equipo interdisciplinario desde el que pueda pensarse el por qué, el para qué y el cómo de la intervención en cada situación, no a partir de la posición que ocupa cada disciplina en el campo sino partiendo de la problemática compleja que se presenta. De este modo, se tiende a un borramiento de las fronteras disciplinarias, aunque sin pretender perder la identidad profesional, promoviendo prácticas más integradas y flexibles que posibiliten la democratización de poder entre los distintos núcleos disciplinares. En palabras de Stolkiner (2005), “en los equipos de salud lo interdisciplinario se manifiesta cuando la distribución de funciones y la importancia relativa de cada saber se define en relación al problema y no por el peso o tradición de cada profesión” (p. 72).

Lo desarrollado hasta el momento nos introduce inevitablemente en la cuestión del poder. Stolkiner trabaja este concepto y lo plantea en torno a dos dimensiones

interrelacionadas: por un lado, respecto a la tendencia académica que pugna por fortalecer compartimentos y una hiperespecialización como sostén de la pugna de poder de sus agentes (tendencia que -agregamos- suele reproducirse en las instituciones de salud constituyendo un obstáculo para la producción de prácticas de cuidado). Por otro lado, la autora ubica que en todo grupo humano se pone en juego la cuestión del poder, y en relación a la configuración de los equipos “un discurso disciplinario y una competencia profesional son herramientas de poder, aceptar su limitación reduce el mismo (...)”. (Stolkiner, 2005, p. 72). Quizá este es uno de los grandes desafíos que debemos asumir si abogamos por un trabajo interdisciplinario, reconociendo los límites de cada disciplina.

Llegado este punto quisiéramos hacer una referencia a la interconsulta, dado que esta constituye una modalidad cotidiana en la atención de los sujetos en los servicios de salud. La interconsulta no supone un trabajo interdisciplinario, aunque a veces escuchemos discursos que los equiparan. Las características que desarrollamos sobre interdisciplina difícilmente las encontremos en una interconsulta. Es decir, la interacción de distintas profesiones que intervienen sobre determinada situación problemática desde su parcela de saber/poder sin generar modificaciones en su núcleo disciplinar no constituye interdisciplina. Asimismo, la interconsulta en tanto modalidad de abordaje de matices multidisciplinarios no logra dar cuenta de la complejidad de la situación a abordar, fragmentando al sujeto. En este sentido, la interconsulta se presenta como un abordaje más de tipo protocolar ante situaciones complejas que como la decisión de llevar a cabo un abordaje interdisciplinario.

En síntesis, comprendemos que la interdisciplina requiere correrse del centro de cada disciplina para que el foco esté puesto en la situación de NNyA con las que trabajamos. Supone encontrar puntos en común entre los distintos saberes, más allá de lo específico de cada profesión por ejemplo, compartir una mirada desde los derechos humanos. Este modo de trabajo no se da espontáneamente: necesita esfuerzo, compromiso, acuerdos, tiempos compartidos y un trabajo grupal sostenido. Además, es fundamental que existan condiciones institucionales y políticas que lo permitan y lo acompañen.

Hacia una intervención ética, situada e integral con NNyA

A partir del análisis y las experiencias vivenciadas durante nuestra práctica profesional, consideramos necesario delinear y fortalecer propuestas o líneas de acción orientadas a enriquecer nuestra intervención y los procesos de acompañamiento dirigidos a NNyA.

En esa dirección proponemos la apertura y fortalecimiento de espacios de escucha activa como herramienta central de la práctica profesional. Estos espacios no solo cumplen una función instrumental en la recolección de información relevante para la evaluación social y la toma de decisiones sino que fundamentalmente se configuran como una instancia esencial para el establecimiento de vínculos significativos con NNyA. A través de las entrevistas es posible acceder a información sociofamiliar, conocer acerca de sus trayectorias de vida y además poder conocer aspectos subjetivos como sus intereses, deseos y preferencias, promoviendo una práctica profesional más humanizada. Este aspecto, busca contrarrestar el riesgo de que nuestras intervenciones se tornen “deshumanizantes”, que en la mayoría de las ocasiones se encuentran condicionadas por la lógica institucional dominante, centrada en criterios de productividad y eficiencia.

Por otro lado, si bien sostenemos que el abordaje interdisciplinario constituye una estrategia valiosa y necesaria para abordar de forma integral la complejidad de las situaciones que atraviesan NNyA, resulta fundamental ponderar la importancia de espacios de escucha por fuera de las instancias interdisciplinarias. Esta diferenciación nos permite preservar la especificidad del rol profesional, particularmente en momentos claves como la evaluación de riesgo que se realiza en el marco de una evaluación social integral. En este sentido, nos parece importante poder reforzar una identidad profesional, reconociendo que cada disciplina aporta desde un marco teórico que enriquece la mirada y que las prácticas actuales que se dan ante las interconsultas no se constituyen como interdisciplinarias.

Respecto al vínculo con NNyA, entendemos la necesidad de repensar las formas en las que nos aproximamos a ellos, considerando tanto la forma de intervención como la posición desde la cual realizamos la escucha. Nos encontramos inmersos en un sistema adultocéntrico que muchas veces condiciona nuestras expectativas, esperando una respuesta en lenguaje adulto que invisibiliza otras formas de expresión y sentido por parte de NNyA. Este aspecto limita la capacidad de nuestra intervención para poder captar la singularidad de cada situación. Por ello, consideramos que la creatividad puede constituirse como una herramienta que contribuya a ampliar el horizonte de posibilidades de intervención, promoviendo formas más sensibles, flexibles y situadas, que respondan a las particularidades subjetivas de cada NNyA.

Asimismo, entendemos que la perspectiva interseccional representa un aporte teórico-metodológico clave para arribar a una mirada integral de las trayectorias vitales de NNyA. Este enfoque, que contempla el entrecruzamiento de múltiples sistemas de opresión como el género, la clase social, la etnia, la discapacidad, entre otros, permite visibilizar las desigualdades que configuran las condiciones de vida de los sujetos, favoreciendo la producción de diagnósticos integrales, situados y contextualizados. Incorporar esta mirada nos aleja de generalizaciones y nos acerca a una comprensión más profunda de las múltiples dimensiones que inciden en las experiencias de NNyA.

Finalmente, resulta relevante destacar la importancia de promover prácticas protectoras tales como las reuniones de equipo, los espacios de supervisión y co-visión. Estas acciones reflexivas favorecen el análisis crítico de las intervenciones y revisan de forma colectiva las representaciones que construimos sobre NNyA y los marcos desde donde nos posicionamos y definimos nuestras líneas de acción. En este sentido, proponemos utilizar la grupalidad para aportar a la dimensión ético-política de nuestra práctica, como forma de cuidado dirigida tanto para los profesionales como para los sujetos con los cuales intervenimos.

A modo de conclusión, habilitar la voz de NNyA en los PSEAC no constituye únicamente una estrategia metodológica de intervención sino una apuesta ético-política orientada a promover prácticas democráticas e inclusivas partiendo desde un enfoque de derechos.

En este sentido, fortalecer la participación de NNyA en los procesos de salud implica revisar críticamente las prácticas institucionales que reproducen lógicas adultocéntricas. Para el Trabajo Social, este desafío supone sostener intervenciones ético-políticas que habiliten espacios de escucha, diálogo e incidencia real de las niñas y adolescencias en las decisiones que afectan sus trayectorias de salud.

Bibliografía

- Abaunza, Humberto y Solórzano, Irela (1992). *Identidad juvenil y relaciones de poder adultos y jóvenes*. Fundación Puntos de Encuentro, Nicaragua.
- Ase, Iván y Buriyovich, Jacinta (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Revista Salud Colectiva*, Vol. 5 Núm. 1, UNLa. <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/229>
- Balloni Aguilar, Marina y Magnoli, Micaela (2023). Trabajo Social y abordaje de las violencias contra las infancias: (re)construyendo estrategias de intervención interdisciplinarias. *Revista Margen N° 110*. <https://www.margen.org/suscri/margen110/Balloni-110.pdf>
- Bronfman, Mario & Gleizer, Marcela (1994). Participación Comunitaria: Necesidad, Excusa o Estrategia? O de qué Hablamos Cuando Hablamos de Participación Comunitaria. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 10 (1): 111-122, jan/mar. <https://www.scielo.br/j/csp/a/699YCNKQLtGr3tH7VZr3CHN/?format=pdf&lang=es>
- Carballeda, Alfredo (2024). *Lo histórico, lo teórico y lo metodológico. Apuntes de Intervención en lo Social*. Ed. Margen, Argentina.
- Casallas Murillo, Ana Lucía (2017). La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. *Revista Ciencias de la Salud* vol.15 no.3. <https://scholar.google.com/scholar?oi=bibs&cluster=11351903805502086454&btnI=1&hl=es>
- Ceminari, Yanina y Stolkiner, Alicia (2018). *El cuidado social y la organización social del cuidado como categorías claves para el análisis de políticas públicas*. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA), Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-122/142.pdf>
- Cussiánovich, Alejandro (2005). *Educando desde una pedagogía de la ternura*. IFEJANT, Perú. <https://enlafiladeatras.wordpress.com/wp-content/uploads/2013/01/pedagogia-de-la-ternura-1.pdf>
- De la Aldea, Elena (2004). *El equipo de trabajo, el trabajo en equipo*. Paidós, Buenos Aires.
- Elichiry, Nora (2009). *Escuela y Aprendizajes. Trabajos de Psicología Educacional*. Ed. Manantial (Cap. 9), Buenos Aires.
- Fuentes, María y López, María (2014). *Lo interdisciplinar: discusiones e implicancia de un imperativo de época para el Trabajo Social* (pág 39-55). En Fuentes, María y Cruz, Verónica, comp. (2014). *Lo metodológico en Trabajo Social: Desafío frente a la simplificación e instrumentalización de lo social*. Cap. 3. Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata (UNLP), La Plata.
- López, Susan (2016). *Problematizando la salud. Aportes y experiencias de trabajo en territorio desde la perspectiva de la medicina social/salud colectiva* (pp. 6–31). Universidad Nacional de La Plata (UNLP), La Plata.
- Ludi, María del Carmen (2012). *Envejecimiento y espacios grupales*. Ed. Espacio, Buenos Aires.

- Menéndez, Eduardo (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva* v. 16. Universidad Nacional de Lanús, Argentina <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/2615/1591>
- Morales, Santiago y Magistris, Gabriela (2019). *Niñez en movimiento: Del Adultocentrismo a la emancipación*. Chirimbote - El Colectivo - Ternura Revelde, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. https://chirimbote.com.ar/wp-content/uploads/2024/11/Ninez-en-movimiento-DIGITAL_compressed.pdf
- Núñez, Belén (2023). Reflexiones sobre las perspectivas de cuidados e intervenciones sociales hacia las infancias en una institución de salud. *Revista Margen* N° 109. <https://www.margen.org/suscri/margen109/Nunez-109.pdf>
- Sierra, Noelia (2016). El acompañamiento como categoría y las instituciones contemporáneas. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social - Año 11-* Nro. 21. https://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2021/08/20_Sierra.pdf
- (2023) El acompañamiento institucional, la (des)confianza y el Trabajo Social. Algunas notas para pensar su vinculación. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social - Año 13 - Nro. 25 - Enero/Junio 2023*. https://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2023/07/07_Sierra.pdf
- Stolkiner, Alicia (1999). *La Interdisciplina: Entre la epistemología y las prácticas*. Ediciones El campo Psi, Buenos Aires.
- (2005). *Interdisciplina y Salud Mental*. Ponencia presentada en las IX Jornadas Nacionales de Salud Mental y I Jornadas Provinciales de Psicología. Salud Mental y Mundialización: Estrategias posibles en la Argentina de hoy. 7 y 8 de octubre 2005, Posadas, Misiones, Argentina. https://salud.rionegro.gov.ar/documentos/salud_mental/Interdisciplina%20y%20Salud%20Mental.%20Stolkiner.pdf

Marco normativo

- Código Civil y Comercial de la Nación Argentina. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/texact.htm>
- Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional (2023). *Programa docente - Residencia de Trabajo Social*. Ministerio de Salud del gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/682799>
- Ley N° 27.072 (2014). *Ley Federal de Trabajo Social Argentina*. <https://www.trabajo-social.org.ar/ley-federal/>
- Ley 26.061 (2005). *Protección Integral de niños, niñas y adolescentes*. Argentina. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm>
- Ley 153/99 (1999). *Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires*. <https://boletinoficialpdf.buenosaires.gob.ar/util/imagen.php?idn=3800&idf=1>

- Ley 10.903 (1919). *Ley de Patronato de Menores*. Argentina.
<https://www.psicologosgcaba.org.ar/wp-content/uploads/Ley-10903-Patronato-de-Menores.pdf>
- Ley Nacional N° 26.529 (2009). *Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado* (Argentina). <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>
- Organización de las Naciones Unidas (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*.
<https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>