



La inclusión de la perspectiva generacional en salud. Coconstruir salud con las niñeces en territorio

María Soledad Apaz

Centro de Atención Primaria de la Salud San Lorenzo Sur, Neuquén, Argentina.

<https://orcid.org/0009-0005-9670-6204>

Introducción

La construcción del presente escrito surge de las reflexiones que emergen de la práctica profesional en un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la ciudad de Neuquén, Argentina, en donde desarrollo mi tarea como Trabajadora Social. El objetivo del mismo es reflexionar acerca de la importancia de incluir la perspectiva generacional en el análisis y las prácticas en salud para comprender cómo opera el adultocentrismo en intersección con otros marcadores sociales como clase social, género, raza, etnia, funcionalidad normativa, determinando los procesos de salud-enfermedad-cuidado (SEC) de las infancias/adolescencias. Y también pensar posibilidades de transformación de nuestras prácticas promoviendo la coconstrucción de esos procesos con las niñeces como protagonistas.

Este escrito no es una investigación exhaustiva, ni pretende ser una receta de intervención. La intención es exponer inquietudes de una práctica reflexiva haciendo alusión a distintos observables en mi trayectoria de intervención, en diálogo con las conceptualizaciones teóricas aportadas por las epistemologías feministas, la corriente de salud colectiva y el paradigma del protagonismo de las niñeces.

Las situaciones a las que hago alusión remiten a niñxs² de entre 5 y 12 años de edad cronológica, usuarixs del centro de salud; y fueron volcadas en diversos instrumentos de registro de la tarea cotidiana en los espacios individuales, grupales y comunitarios por los que transité estos últimos años.

El texto es una coconstrucción a partir de los cuestionamientos que aparecen en los diálogos e intercambios con lxs niñxs y adolescentes que acompañamos con el equipo del centro de salud y con lxs compañerxs con quienes compartimos la tarea. Pretende contribuir a búsquedas, más que a respuestas; a preguntas, más que a certezas, para impulsar debates desde una mirada en clave generacional y feminista.

Algunos conceptos centrales para reflexionar

Me hace sentir mal que me digan que no lo puedo lograr.
(Niño, 11 años)³

Para iniciar me posiciono hablando de salud como proceso salud-enfermedad-cuidado (LAURELL, 1981) en relación a que el mismo es un proceso histórico-social. Este concepto nos permite correr la mirada de la enfermedad y pensar en las condiciones para el cuidado de la vida. A partir de la corriente de salud colectiva (ALMEIDA FILHO, 1999) y de los aportes de la epidemiología

1 Frase expresada en una actividad del espacio *Vamos a Jugar*.

2 En este artículo utilizo el lenguaje inclusivo como modo de incluir identidades no binarias. Lo hago usando la letra X y palabras que abarquen un universo mayor de personas.

3 Frase expresada en una actividad realizada con el equipo de salud en Escuela Primaria.

crítica (BREILH, 2010), comienzan a considerarse, como elementos del análisis y la práctica, los determinantes histórico-sociales en los procesos de SEC.

Sin embargo, las características del modelo médico hegemónico continúan siendo el rasgo dominante en las políticas de salud, tanto en las estrategias de abordaje como en la asignación de recursos que, en su mayoría, se destinan a prácticas curativas/reparativas en detrimento de las preventivas/promocionales (MENÉNDEZ, 2019). Recursos que, por cierto, son escasos ya que el sistema público de salud viene sufriendo el vaciamiento, desfinanciamiento y terciarización de servicios, con presupuestos de salud a la baja desde hace décadas – situación sobre la que no me explayaré en este trabajo, pero que vulnera el acceso de la población al derecho a la salud.

Por lo general, en las instituciones de salud pública, las demandas en relación a la atención se presentan de manera individual y fragmentada, ya sea por edad de la población o por tipo de padecimiento/especialidad. Esta fragmentación, que es propia del andamiaje de las políticas públicas, se traduce en dificultades para la construcción de abordajes integrales, a los que se responde con circuitos de derivaciones, referencias y contrarreferencias, respuestas posibles que no dejan de ser parciales y precarias (POMBO, 2019).

Así, las respuestas a las problemáticas de salud son mayormente intervenciones pensadas desde una concepción hegemónica capitalista de la salud que no apuntan al cuidado de la vida en general, sino a la atención individual ante la enfermedad sin atender la causalidad estructural de estas problemáticas.

Las epistemologías feministas nos aportan la categoría de interseccionalidad, que surge como un concepto-denuncia y ha comenzado a ser utilizada en el campo de la salud como una perspectiva teórico-metodológica y un posicionamiento ético-político para pensar las inequidades que se dan en su interior. Este concepto nos permite evaluar la compleja red de relaciones de poder que oprimen a las personas en virtud de su género-clase social-raza-etnia-generación-funcionalidad normativa; cómo se intersectan y refuerzan mutuamente determinando los procesos de SEC (POMBO, 2019).

Dentro de esta compleja red, desarrollo el concepto de adultocentrismo, en tanto estructura socio-política y económica que produce y reproduce relaciones desiguales de poder intergeneracional, donde niños y adolescentes son sometidos a un lugar subordinado y de opresión (MAGISTRIS; MORALES, 2020).

Este sistema de dominación, que emerge y se consolida como parte del patriarcado y se fortalece en los modos materiales capitalistas de organización social, ha permitido la concentración de posiciones de poder y dominio en varones adultos por sobre niños y mujeres/identidades feminizadas (DUARTE QUAPPER, 2012). El adultocentrismo atribuye normativa y arbitrariamente características a las personas en función de su edad, instalando estereotipos generacionales que constituyen mandatos sobre lo adulto y lo niño (PAVEZ SOTO, 2012); así que quienes no se adecuan a estos comportamientos o características caen en el terreno de lo “anormal” (COLANGELO, 2003).

Tanto la niñez como la adolescencia son entendidas como etapas de “preparación para la vida adulta”, utilizando las diferencias biológicas/psicológicas para naturalizar el orden asimétrico de las relaciones sociales entre edades. Los niños/adolescentes son considerados seres irracionales, inmaduros, sin experiencia, frágiles, dependientes, improductivos; son minimizados e invisibilizados como sujetos capaces de hacer, pensar, decir. Los adultos son el “modelo acabado”, racionales, maduros, con experiencia, fuertes, independientes, productivos. Se construye así la infancia hegemónica, que refiere al modo eurocéntrico de entender la infancia (MAGISTRIS; MORALES, 2020).

Como indican Magistris y Morales (2020, p. 26), “La negación del otro como sujeto no es algo determinado por la biología, sino un hecho cultural de carácter opresivo que merece ser sometido a una seria crítica para su transformación.”

Teniendo en cuenta lo mencionado, y para continuar con el desarrollo del artículo, me posiciono considerando las clases de edad como construcciones sociales que no dependen de naturalezas biológicas o condiciones psicológicas, sino que los distintos grupos sociales las construyen según sus condiciones materiales y sociales y según sus estrategias de reproducción social (CRIADO, 1998 *apud* DUARTE QUAPPER, 2012). La infancia es entonces una categoría social y relacional (SZULC, 2008).

Por otro lado, hablo de niñeces y adolescencias considerando que la niñez es plural, en tanto categoría socialmente construida en donde se interseccionan dimensiones como clase social, género, raza, etnia, funcionalidad normativa. Como señala Duarte Quapper (2012), no existe una imagen única para describir que es la niñez. Homogeneizar/universalizar “la” infancia, “la” adolescencia tiende a enmascarar una gran variedad de experiencias de vida por las que atraviesan lxs niñxs/adolescentes concretxs (COLANGELO, 2003).

De los feminismos tomo el concepto de interdependencia que plantea que las personas somos seres interdependientes de la naturaleza y de otras personas que nos rodean, cuestionando la estricta distinción entre sujetos autosuficientes y sujetos dependientes, heredada de un pensamiento economicista. Todas las personas en todos los momentos de nuestras vidas necesitamos cuidados porque nuestras vidas son vulnerables y también, en casi todos los momentos de nuestra vida, podemos autocuidarnos y cuidar a otras (PÉREZ OROZCO, 2014).

Asimismo, me posiciono desde el paradigma del protagonismo de las infancias que reconoce a lxs niñxs y adolescentes como sujetos sociales y políticos, como personas con capacidad de agencia, que cuestiona la participación de lxs niñxs como un adicional y no como parte integral de las relaciones adultxs-niñxs (MAYALL, 2002 *apud* PAVEZ SOTO, 2012; MORALES, 2021).

Ahora, si además de la clase social, género, raza, etnia y funcionalidad normativa consideramos lo generacional como marcador social en el análisis de las diferenciaciones y desigualdades en los procesos de SEC, aparecen algunas preguntas: ¿Qué implicaciones tiene el adultocentrismo en la salud integral de las infancias? ¿Cómo opera en intersección con otros condicionantes de la estratificación social? ¿Cómo influyen los estereotipos de infancia, los mecanismos adultistas en la definición de las políticas públicas, en las intervenciones y prácticas en salud? ¿Lo generacional, condiciona las modalidades en que las niñeces protegen su salud, transitan enfermedades, toman decisiones respecto al cuidado de su salud-enfermedad y acceden a los sistemas de salud? ¿Cuáles son las tensiones que existen desde el paradigma de la protección y la autonomía de las infancias/adolescencias?

Políticas públicas, intervenciones y prácticas adultistas en salud. Tensiones entre protección y autonomía

*...no quiero hacer tratamiento con hormonas, pero quiero conocer cómo es.
(Niñx, 10 años)⁴*

4 Frase expresada en una entrevista interdisciplinaria en el centro de salud.

Las políticas públicas de salud dirigidas a las infancias y adolescencias, se han adecuando al paradigma de protección de derechos a partir de la promulgación de la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CDN) y leyes que de ella se desprenden. Esto ha significado considerar a lxs niñxs y adolescentes como sujetos de derechos y no como objetos de tutela, reconociéndoles derechos fundamentales.

Sin embargo, si nos posicionamos desde el paradigma del protagonismo, podemos analizar que si bien la CDN les reconoce la titularidad de derechos, lo hace con bastantes limitaciones en el ejercicio de los mismos, sobre todo en aquellos relacionados con la participación y el poder decisonal, quedando lxs niñxs y adolescentes sin posibilidades efectivas de influir en la sociedad (MAGISTRIS, 2020).

La tendencia ideológica hegemónica de las políticas públicas es adultista; estas portan una mirada generacional determinada, además de heteropatriarcal y colonial si hacemos lecturas en clave interseccional.

A continuación, identifiqué algunas expresiones manifiestas y latentes del carácter adultista de las políticas públicas en salud, tanto en su formulación como en su implementación, que se traducen en prácticas institucionales concretas.

Comienzo mencionando que la mayoría de las políticas, programas o guías de salud se realizaron sin incluir las voces de lxs niñxs, pues fueron diseñados por adultxs para las infancias. En el mismo sentido, tampoco existen en el área de salud estudios epidemiológicos, investigaciones que se hayan realizado incluyendo lo que niñxs/adolescentes consideran, sus conocimientos y experiencias para sus procesos de SEC.

Aquí es necesario reflexionar ya que, aunque la acción adulta es la única que se considera legítima en nuestra sociedad, lxs niñxs/adolescentes son agentes que producen conocimiento, que actúan y construyen en su entorno y este conocimiento debiera ser considerado para el reconocimiento de sus derechos y para el diseño e implementación de políticas que los hagan efectivos (MAYALL, 2002 *apud* PAVEZ SOTO, 2012).

Pensemos en los programas/guías de maternidad e infancia. En estos, a través de escalas de desarrollo motriz, comunicacional, socioemocional, visomotor y cognitivo se observan hitos del desarrollo a alcanzar por lxs niñxs en cada área de acuerdo a la edad.

Acompañar los fenómenos biológicos/psicológicos que ocurren durante la infancia/adolescencia es importante para los procesos de SEC, a fin de prevenir riesgos. Sin embargo, es necesario que se hagan lecturas en clave interseccional y en clave de proceso, incluyendo lo generacional como categoría de análisis, ya que aparecen rasgos de contenido adultista. Se observa que estos programas/guías tienden a universalizar/homogeneizar las niñeces/adolescencias con el establecimiento de imágenes de “normalidad” y, en consecuencia, la construcción de una “infancia anormal” (LLOBET, 2009) cuando no responde a los estereotipos de niñez hegemónica, difuminándose el objetivo de protección y transformándose en métodos de regulación/control.

Aquí menciono la situación de T.⁵ (8 años), cuyo proceso de SEC acompañamos conjuntamente con profesionales de psicología. Desde la escuela primaria nos solicitan intervención en la situación del niño por problemas de conducta y de aprendizaje (lectoescritura). Había sido evaluado el año anterior por pediatría y diagnosticado con trastorno de déficit atencional e hiperactividad (TDAH), se había asesorado a la familia para sacar el Certificado Único de Discapacidad, entre

5 Los nombres de lxs niñxs están modificados con la intención de resguardar su anonimato en el trabajo.

otras cosas. Para realizar este diagnóstico se utilizó el Test de Conners y Vanderbilt. Me interesa centrar la atención en estos instrumentos y cómo se llevó a cabo el proceso diagnóstico.

Con el niño se realizó una sola consulta y la evaluación del contexto socio-histórico fue escasa o casi nula. El test fue respondido por las docentes y directivas de la escuela a la que asistía T. y por su referente adultx. La escala diagnóstica incluye indicadores como: “es mentiroso”, “trata irrespetuosamente a personas mayores”, “es demasiado sensible a la crítica”, “no tiene sentido de las reglas del ‘juego limpio’”, “carece de aptitudes para el liderazgo”, “niega sus errores o culpa a los demás”, “es desobediente”, “solo obedece con desgano”, entre otras.

En espacios de diálogo e intercambio con T., pudimos observar su capacidad de agencia en las múltiples formas de llamar la atención de lxs adultxs que, por distintos atravesamientos, poco lo registraban el alto nivel de conocimientos que tenía del mundo de los videojuegos y los altos y prolongados niveles de concentración que implica jugarlos, siendo esta una capacidad del niño.

Realizaba propuestas de juego, compartía y era empático, negociaba y/o tensionaba cuando quería algo, evadía temas que le generaban incomodidad, leía cosas de su interés. Manifestó su propia percepción de la escuela al decir “es aburrida...siempre hacemos lo mismo”, “me gustaría que haya más juegos” (T., 2023).

En entrevistas con T. y lxs referentes adultxs pudimos conocer su situación familiar compleja. Vivía con su mamá y su hermana (14 años), su madre trabajaba 10/12 horas en el mercado y era quien estaba, principalmente, a cargo de los trabajos de cuidado. Estaba separada de su papá quien no ejercía la paternidad de manera responsable.

Quienes sostenían el cuidado cuando su mamá no estaba eran su abuela y su hermana. T. pasaba gran cantidad de horas haciendo uso de dispositivos electrónicos y tenía escasas actividades con pares fuera del ámbito escolar.

El niño hizo sala de 5 (preescolar), 1er grado de primaria durante la pandemia y, en 2023, cursaba 3er grado. Este dato resulta significativo a la hora de evaluar, ya que en general la escuela primaria tuvo muchas dificultades para acompañar la adaptación de lxs niñxs que realizaron preescolar en pandemia.

Observamos como prácticas e instrumentos adultistas y homogeneizantes, que responden a estereotipos de niñez hegemónicos, en intersección con otros atravesamientos histórico-sociales como clase, género, funcionalidad normativa, repercuten en el proceso de SEC de T. transformándose en diagnósticos estigmatizantes e intensificando las desigualdades.

Naturalizar la edad lleva implícita la marginación social de ciertos cuerpos por razones psicobiológicas y anula, en el caso de lxs niñxs, toda posibilidad de ser reconocidxs como sujetxs.

Al respecto, el antropólogo Meyer Fortes (citado en Nunes, 1999), señala que no son las fases de maduración biológica, sino las relaciones que el individuo establece dentro de su grupo doméstico y de la sociedad como un todo, las que delinear y expresan los cambios dentro del ciclo de vida (COLANGELO, 2003, p. 2).

Pensemos en los programas de salud sexual, reproductiva y no reproductiva. El acceso de lxs niñxs/adolescentes a la ESI⁶, a métodos anticonceptivos y a la interrupción legal del embarazo ha sido históricamente muy limitado y, a pesar de las conquistas de los movimientos feministas y

6 Educación Sexual Integral.

LGTBTBIQ+, se han presentado múltiples barreras que se relacionan con el género, la clase social, raza, etnia y donde lo generacional debe ser tenido en cuenta, de manera compleja y dinámica, ya que refuerza los criterios de exclusión o inclusión en el acceso a estos derechos de salud.

Aparecen contradicciones y tensiones en las intervenciones cotidianas en salud cuando una adolescente solicita una ligadura de trompas; cuando se debe practicar un aborto a niñas/adolescentes que han vivido violencia sexual o a adolescentes que deciden abortar habiendo tenido relaciones sexuales consentidas; cuando unx niñx/adolescente consulta por cuestiones relacionadas con su identidad de género y lxs adultxs no están de acuerdo con esas decisiones. Reproducimos mecanismos de opresión adultistas y heterocispatriciales que tenemos internalizados y que es fundamental cuestionar, problematizar.

E. (7 años) deseaba que le llamaran con un nombre y pronombre diferente ya que se identificaba con un género distinto al que lo inscribieron al nacer. Durante la visita al centro de salud sus familiares expresaron esto con preocupación porque no estaban de acuerdo con esta decisión y le llamaban con el nombre asignado al nacer. Desde las áreas de pediatría y enfermería, interconsultaron al área psicosocial manifestando también preocupación diciendo: "...puede estar confundido o lo están influenciando...", "...es muy chico para decidir algo así...". La profesional de psicología expresó "...hay que darle tiempo para madurar psicológicamente."

En esta situación vemos cómo se intersectan posicionamientos cissexistas y adultistas limitando el acceso de E. al derecho de reconocimiento y respeto de su identidad de género, con las implicancias que esto tiene en su proceso de SEC.

Cotidianamente acompañamos niñxs/adolescentes en situación de vulnerabilidad, de diferentes tipos y grados, que ingresan al sistema de salud por múltiples demandas que tienen que ver con condiciones objetivas y subjetivas de existencia. Aparecen entonces las tensiones entre la infancia utópica y la infancia descuidada (JACKSON ALBARRÁN; SOSENSKI, 2012), entre protección y autonomía, con una fuerte tendencia a la protección; el posicionamiento adultista invade nuestras concepciones e intervenciones (LIEBEL, 2007) y, muchas veces, estas intervenciones resultan contradictorias respecto de las posibilidades de reconocimiento a las interpretaciones de lxs niñxs/adolescentes sobre sus problemas, necesidades e identidades (LLOBET, 2009).

Ahora relato el acompañamiento que hicimos conjuntamente con profesionales de psicología a M. (10 años), quién había vivido una situación abusiva por parte de un familiar adulto. La niña vivía con su madre, padre y hermanxs. En el mismo terreno, en otra casa, vivían primxs adolescentes y este familiar, diagnosticado con Alzheimer.

Previo a que pasaran al consultorio debatimos a quién entrevistar primero. Mi compañera propuso entrevistar primero a la mamá para saber cuál era la situación de salud del familiar adulto y, con esos elementos, poder orientarles. Si bien yo coincidía, desde hace algún tiempo venimos proponiéndonos, al intervenir con niñxs, habilitar en primera instancia un espacio de diálogo con ellxs, siempre respetando la posibilidad y deseo del niñx de hacerlo. Nos parece una estrategia que va en el sentido de darles un lugar protagónico y que la primera escucha sea de lo que ellxs tienen para decir. En virtud de esto, planteé continuar en esa línea de trabajo y mi compañera aceptó.

Durante la entrevista M. pudo relatar lo que había vivido, identificaba cuál era la situación de salud del familiar adulto desde sus vivencias, a pesar de no saber el diagnóstico. Comparaba conductas anteriores diciendo: "antes nunca había hecho eso...", "íbamos a su casa a la tarde a jugar..." y sus comportamientos ahora "le hizo lo mismo a la señora que lo cuida y a mi tía..." (M., 2023).

Cuando sucedió esta situación, estaba a cargo de su hermana más pequeña y estaban solas en su casa. Su papá trabajaba largas jornadas en el mercado y su mamá, que es quien principalmente se encargaba del trabajo de cuidado, se ocupaba ocasionalmente como empleada doméstica y no se encontraba en ese momento. Tampoco estaban sus hermanxs mayores, quienes muchas veces asumían esta tarea.

M. pudo expresar cómo se sentía, las acciones que desplegó para defenderse y pedir ayuda. Sentía miedo de quedarse sola en su casa. Dialogamos sobre la posibilidad de estar a resguardo en otro lugar, cuáles eran los lugares en donde se sentía segura y sus personas de confianza, para evaluar qué opinaba del contexto familiar.

Su familia aparecía como su red de contención, además de sus amigxs. Charlamos sobre sus derechos y pensamos en conjunto estrategias de cuidado y autocuidado en caso de tener que quedarse en su casa.

También entrevistamos a su madre. Habían realizado la denuncia y, a partir de lo dialogado con M., se organizaron cuidados familiares e incluyeron otras redes para evitar prácticas que promuevan la familiarización y feminización de los cuidados, históricamente asignados a las mujeres/identidades feminizadas.

Durante el proceso que continuamos con M., ella se incluyó de manera activa. Habilitó como estrategia un cuaderno en el que anotaba dudas, propuestas, evaluaba estrategias que le proponíamos, solicitaba información respecto de su tratamiento, entre otras cosas: “Quería saber si me pueden ayudar para poder dormir”, “¿Qué puedo hacer para no sentirme que es mi culpa?”, “¿Cuántas sesiones voy a tener?” (M., 2023).

En estas situaciones es importante evaluar el riesgo de que la niña pueda seguir sufriendo algún tipo de abuso, para pensar en conjunto estrategias de resguardo y, en caso de ser necesario, tomar medidas de protección, ya que vivían en el mismo terreno.

En primera instancia, como equipo de salud, subestimamos la posibilidad de M. de interpretar reflexivamente sus experiencias cotidianas. También aparecieron contradicciones respecto a la posibilidad de que permaneciera en esa vivienda, al menos hasta que se estabilizara la situación de salud del familiar con Alzheimer.

Observamos cómo los atravesamientos de clase limitaban las posibilidades de lxs adultxs referentes de garantizar algunos cuidados. Realizamos lecturas interseccionales y recuperamos las interpretaciones de M. respecto a lo sucedido, a lo que ella consideraba espacios de cuidado y pensamos, en conjunto con ella y la referente adulta, medidas de protección efectivas y respetuosas de sus deseos.

Las intervenciones relacionadas con la protección de las infancias/adolescencias son necesarias y son un derecho, más aún en situaciones de riesgo, pero llama la atención el protagonismo que adquieren para el abordaje de situaciones de salud de esta población ya que, como indica Magistris (2020, p. 111), corremos “(...) riesgos de asimilar el enfoque de derechos a un discurso meramente tecnocrático, sin cuestionamientos ni problematización alguna respecto de las relaciones de poder entre generaciones en la que se hallan inmersos los niños”.

¿Desde dónde pensamos la protección? ¿Desde una concepción adultista de niñxs/adolescentes frágiles, inmadurxs, etc. o desde la promoción y potenciación de sus capacidades, brindando y coconstruyendo herramientas para que conozcan y defiendan sus derechos?

Pensemos en el acceso a la atención. Si bien la legislación establece que a partir de los 13 años las personas pueden consultar sin necesidad de consentimiento de lxs adultxs considerando el principio de autonomía relativa, lxs niñxs que no cumplen ese requisito de edad quedan sin poder

acceder a la atención y dependiendo de la voluntad y responsabilidad de las personas adultas. ¿Qué pasaría si les enseñáramos a lxs niñxs que si algo les duele (en cuerpo o alma) puede venir a ser atendidxs? ¿Y si implementáramos métodos para que puedan acceder a la atención acordes a sus posibilidades?

Me parece importante compartir una intervención que realicé en el contexto de la Guardia Telefónica de Salud Mental, en donde se puede observar la agencia social infantil cuando se habilitan métodos de acceso a la atención adecuados. Me tocó atender un llamado de una adolescente P. (16 años) que estaba transitando un ataque de pánico. P. vivía con su madre y sus hermanxs. Cuando sus síntomas se aliviaron, me comentó que su hermano (8 años) había sido quien recordó dónde estaba el número de teléfono de la guardia y marcó, ya que ella no podía hacerlo por el estado de crisis en el que se encontraba. También comentó que este hermano y su hermana (5 años) frecuentemente la contienen en esos momentos y le ayudan a hacer ejercicios de respiración, ya que su mamá suele enojarse o angustiarse cuando ella tiene esas crisis o las crisis se generan a partir de situaciones conflictivas con la adulta, así que, muchas veces, no le cuenta cómo se siente.

Respecto al consentimiento informado, el tiempo que se dedica a informar a las infancias y el lenguaje utilizado, lxs excluye de la posibilidad de dar su consentimiento y les deja sin poder decisonal respecto a su tratamiento, ubicándolxs en el lugar de espectadorxs y no de participantes activxs de sus procesos de SEC. Sus opiniones, preocupaciones o ideas en general no son tomadas en cuenta o son minimizadas, siendo finalmente lxs adultxs quienes deciden. ¿Consideramos a lxs niñxs capaces de saber lo que es importante y bueno para ellxs? ¿Y si implementáramos consentimientos informados adecuados a su lenguaje y acompañáramos a lxs niñxs en la construcción del mismo?

En una entrevista, V. (8 años) refirió que tenía dolor de estómago y vómitos. Le ofrecí interconsultar con profesionalxs de pediatría y aceptó. Hablamos con su abuela que la había acompañado.

La pediatra nos invitó a pasar al consultorio sin consultarle a V. si estaba cómoda con mi presencia mientras la revisaban, entonces intervine y le pregunté a la niña si quería que me quedara, que la iban a revisar y quizás era mejor tener intimidad. V. aceptó que me quedara.

Durante la consulta la pediatra le preguntó a V. su nombre y qué le pasaba, luego comenzó a hablar con la abuela e indagó más respecto a los síntomas, alimentación, etc. Nuevamente, se dirigió a la niña y le explicó que la iba a revisar y en dónde y retomó el diálogo con la adulta referente, a quien le comentó el diagnóstico y tratamiento indicado. Mientras las adultas hablaban, V. interrumpió y dijo “si me duele la panza yo tomo tecito de yuyos que me hace mi abuela y me hace bien...”. La médica le respondió “¡ah...mira qué bien!” y continuó hablando con la abuela.

En esta situación se puede observar cómo lxs niñxs ocupan un lugar secundario respecto de sus procesos de SEC dándole centralidad a lxs adultxs referentes. En ningún momento se explicó el diagnóstico y tratamiento a la niña a fin de que pudiera dar su consentimiento. La opinión y saberes de V. para afrontar cuestiones relacionadas con su salud fueron minimizados, a pesar de que, en los dichos de V., se observa su capacidad reflexiva respecto de lo que le pasaba y de que acciona, proponiendo, desde sus conocimientos, una alternativa de cura.

Si bien el modelo médico hegemónico se caracteriza, entre otras cosas, por considerar el saber científico como el único válido y por establecer una relación médico/paciente asimétrica con la población usuaria en general, si realizamos análisis desde una perspectiva generacional, estas asimetrías se profundizan.

Hasta ahora reflexionamos sobre cómo las diferencias generacionales se transforman en inequidades en salud; los mecanismos adultistas instalados y naturalizados limitan/condicionan el acceso de lxs niñxs/adolescentes a los sistemas de salud y al efectivo ejercicio de sus derechos de salud.

Pero si consideramos la salud en sentido amplio, la salud integral; si pensamos en la promoción de la salud ¿cómo impacta en las formas de vivir de lxs niñxs y adolescentes la negación de su capacidad de pensamiento y acción y su institución como sujetxs de obediencia y sumisión?

Impacto de la invisibilización y la subordinación en la salud, en la vida de las niñeces/adolescencias

*Estoy vendiendo helados porque me quiero comprar zapas.
(Niño, 8 años)⁷*

Cuidar la vida y la salud es también generar las condiciones a largo plazo para una vida que merezca ser vivida⁸. Si pensamos en relaciones basadas en la desigualdad de poder, en un modelo de cultura dominante donde el respeto hacia lxs niñxs/adolescentes casi no existe, la violencia como forma de reacción extrema de lxs adultxs parece no tener muchos obstáculos (LIEBEL, 2007).

La niñez es considerada una etapa de socialización en donde lxs adultxs, quienes tienen la responsabilidad de educar a las infancias a fin de que incorporen normas o roles sociales, están habilitadxs a utilizar “mecanismos de socialización” como castigos o recompensas hacia lxs niñxs, quienes deben obedecer sin considerar la dimensión del poder generacional que proviene de este hecho (PAVEZ SOTO, 2012).

Como trabajadorxs de salud debemos comenzar a registrar que los procesos de desigualdad intergeneracional y de subordinación de las niñeces/adolescencias están invisibilizados, naturalizados; esto tiene implicancias en los procesos de SEC de lxs mismxs.

La situación de A. (12 años) puede aportar como ejemplo. Desde el área de medicina nos solicitaron intervención psicosocial por la situación de A. derivada por “trastorno de conducta y sospecha de TDAH”. Había tenido consultas con especialistas del desarrollo y neurología infantil y se había indicado tratamiento farmacológico. La adolescente iba a 1er año de la escuela secundaria en donde tenía su grupo de amigxs. Vivía con su padre, mamá de crianza y hermana (4 años), ambxs adultxs trabajaban en el mercado.

A. comentaba que su responsabilidad era “barrer y trapear” todos los días antes de ir a la escuela y, a la tarde lo hacía su mamá, explicaba: “...porque mi hermanita juega todo el tiempo en el piso y tiene que estar limpio” (A., 2023). Además de esto, se preparaba el almuerzo, hacía algunas compras, ordenaba su habitación y se ocupaba con frecuencia de los cuidados de su hermana. Lxs adultxs referían “nunca tiene ganas de hacer nada...” “lo que hace, lo hace sin ganas...” (adultxs referentxs, 2023).

7 Frase expresada en una actividad del espacio *Vamos a Jugar*.

8 Tomo de Amaia Pérez Orozco el término de “vidas que merecen ser vividas”, en contraposición a la noción mercantilizada de bienestar (PÉREZ OROZCO, 2014).

Por no cumplir con sus responsabilidades se la “castigaba” no permitiéndole realizar actividades de su interés. A., por momentos, se culpabilizaba diciendo: “...me porto mal...” y justificaba actitudes de lxs adultxs comentando: “...además mi papá no me puede llevar porque trabaja”. En otras ocasiones podía identificar actitudes opresivas y expresaba: “...cuando les digo lo que quiero, hacen lo contrario”, “mi papá dice que es el adulto y se hace lo que él dice” (A., 2023).

En entrevistas, tanto con la adolescente como con referentes adultxs, aparecían las distintas opresiones a las que se veía sometida cotidianamente por cuestiones de generación; la invisibilización de las estrategias que A. desplegaba para la reproducción cotidiana de la unidad familiar; y la intersección con atravesamientos histórico-sociales de género, depositándose ciertas tareas domésticas en las mujeres de la familia.

Esto es algo que necesitamos visibilizar al considerar el cuidado de la salud y la vida. Lxs niñxs/adolescentes desarrollan cotidianamente trabajos de cuidados y son parte de la economía invisibilizada (PÉREZ OROZCO, 2014).

Las mujeres/identidades feminizadas son quienes, en su mayoría, están a cargo de los trabajos de cuidado, lo que llamamos “feminización de los cuidados”. En condiciones de precariedad de la vida se intensifican y multiplican estos trabajos y procesos que posibilitan la sostenibilidad de la vida. Tanto lxs adultxs como lxs niñxs y adolescentes son quienes sostienen el trabajo reproductivo y las estrategias familiares de subsistencia.

Si hacemos lecturas desde el enfoque de la interdependencia, lxs niñxs/adolescentes cuidan y sostienen a lxs adultxs material y emocionalmente. Encontramos lo que Liebel (2007) menciona como protagonismo espontáneo de las niñeces/adolescencias, que aparece cotidianamente de forma individual o colectiva.

Además, realizan trabajos productivos (en el mercado) solxs o con lxs adultxs. Existen numerosas experiencias de niñxs trabajadorxs organizadxs en Latinoamérica que luchan por los derechos de la niñez trabajadora, libre de explotación (MORALES; SHABEL, 2020).

Los feminismos vienen denunciando desde hace tiempo la invisibilización del trabajo de cuidado y las repercusiones que esto tiene en la salud y la vida de las mujeres/identidades feminizadas. Cuando pensamos en los procesos de SEC de las infancias/adolescencias debemos analizar las repercusiones de la falta de reconocimiento de los múltiples cuidados que realizan lxs niñxs.

También cómo repercute en su salud que, a pesar de estar desarrollando trabajos en el mercado, deban hacerlo en condiciones precarias sin poder acceder a condiciones mínimas de seguridad laboral. Sabemos que la precariedad laboral también es vivida por lxs adultxs, sin embargo, los atravesamientos histórico-sociales de clase en intersección con el generacional intensifican las desigualdades y la explotación.

En lo desarrollado hasta ahora vemos cómo el adultocentrismo expone a las infancias/adolescencias a un proceso continuo de negación como sujetxs de pensamiento que producen conocimientos y experiencias, como agentes que actúan y construyen en su entorno (PAVEZ SOTO, 2012) y se instituye un modo de ser niñx/adolescente asociado a la experiencia de la obediencia y la sumisión (MAGISTRIS; MORALES, 2020). Esta negación de su potencia-niña (COLECTIVO FILOSOFARCONCHICXS, 2021) y el sometimiento deben ser analizados como determinante de la SEC ¿Cómo influye esto en la construcción de su subjetividad y dignidad?

Así mismo, necesitamos acompañar, reconocer y promover, desde nuestras intervenciones en salud, la capacidad que tienen niñxs y adolescentes de responder a esta exclusión y negación, siendo ésta otra forma de protagonismo espontáneo, cuando se rebelan contra el trato injusto y exigen ser escuchadxs y respetadxs (LIEBEL, 2007).

Retomo la situación de A., que mencioné en este mismo apartado. Los especialistas que la evaluaron expresaron “...rompe las cosas porque se enoja y le da bronca, pero no se arrepiente ni le molesta lo que hace.” (Neurología infantil, 2023); “En el colegio varias veces se ha ido a la casa de amigos/as sin avisar a sus padres...” (Pediatria, 2023); “Impresiona un desajuste muy alto entre el perfil de desarrollo y el funcionamiento familiar.”; “Suele mentir a propósito.” (Esp. en neurodesarrollo, 2023).

En entrevistas que realizamos con referentes adultxs de A. se podía observar un alto nivel de exigencia en cuanto a las tareas escolares, a responsabilidades domésticas y a hábitos de higiene. También comentaron que, desde que A. vivía con ellxs (se mudó a vivir desde los 8 años por fallecimiento de su mamá biológica), no tenía habilitado realizar actividades extraescolares de su interés con pares, tampoco se organizaban espacios de encuentro con amigxs.

En los diálogos con A. comentaba que se quedaba en casa de sus amigxs o en la plaza sin avisar porque “...quería jugar al básquet...” (A., 2023). Cuando consultamos si tenía habilitada la posibilidad de quedarse a jugar con amigxs refirió que “...sólo 10 minutos...”, si no debía volver a su casa a pedir permiso, pero temía que no se lo dieran. Comentó episodios en los que con diferentes excusas no le habían permitido quedarse.

A pesar de que lxs adultxs planteaban estas actitudes como formas de cuidado, la protección estaba pensada desde el control y no desde la coconstrucción de herramientas con ese objetivo.

Se podía observar cómo esos comportamientos – evaluados por la familia y las instituciones como “malas conductas”, al punto de psicopatologizarlas e incluso medicarlas – eran reactivos a situaciones de sobreexigencia y prohibiciones excesivas de lxs adultxs. Tales comportamientos aparecían como expresiones de resistencia y fugas que la adolescente se habilitaba como forma de responder a las opresiones y violencias adultistas y como forma de exigir ser escuchada.

Es fundamental darles valor político a estas expresiones de resistencia, evaluarlas como crítica a las estrategias de lxs adultxs, cuestionar las respuestas represivas y expulsivas por evaluaciones de desviación o conductas de riesgo que, con frecuencia, se transforman en diagnósticos estigmatizantes (LLOBET, 2009) y lejos están de promover la salud.

La promoción de la salud de las niñeces y adolescencias y de una vida que merece ser vivida tiene que ser, desde el paradigma del protagonismo, rescatar y potenciar “(...) la capacidad de los niños de elaborar estrategias, resistir a los paradigmas, apropiarse de discursos o participar en la vida social, económica y cultural” (JACKSON ALBARRÁN; SOSENSKI, 2012).

Urge cuestionar nuestros privilegios adultistas, analizando los múltiples niveles que se intersectan en las desigualdades en salud (clase social-género-raza-etnia-generación) y cómo éstas engendran disparidades en los procesos de SEC y relaciones de poder asimétricas, buscando así su transformación.

Ensayando espacios de coconstrucción de salud con las niñeces

*Cuando estamos solos y tengo miedo me voy a la casa de L. y nos venimos a la plaza y nos ponemos a jugar y se me pasa.
(Niña, 8 años)⁹*

9 Frase expresada en una actividad del espacio *Vamos a Jugar*.

*Un montón de veces nos juntamos en la plaza a charlar de lo que nos pasa.
(Niño, 10 años)¹⁰*

En esta sección reflexiono sobre las implicancias de ensayar intervenciones profesionales en clave generacional y feminista desde un espacio de promoción de la salud en territorio al que llamamos “Vamos a Jugar”, evidenciando condiciones de posibilidad, desafíos y rupturas.

Este espacio es una propuesta semanal para niñxs de 3 a 12 años que se realiza en la plaza del Sector Las Plateas. Del equipo de salud participan profesionalxs de psicología, enfermería y trabajo social, además, también circulan residentes de medicina general.

Las Plateas es uno de los sectores populares del barrio San Lorenzo Sur, en el que se encuentra el centro de salud. Esta zona se caracteriza por la profundización de las desigualdades sociales, la estigmatización y criminalización de la pobreza y el hostigamiento policial constante.

En estos sectores son invisibilizadas las alternativas creativas que la comunidad genera y las estrategias solidarias que llevan adelante las familias para la sostenibilidad de la vida. En los barrios populares se borran las historias, las vivencias y las fuerzas vitales, de las cuales lxs niñxs son parte fundamental.

Del dispositivo participan 15 niñxs aproximadamente. La mayoría son vecinx y en el barrio comparten distintos espacios como la escuela, el jardín, el centro deportivo, practican fútbol en el equipo de la iglesia o hacen alguna actividad en el salón vecinal. Algunxs pertenecen al mismo grupo familiar; estas unidades familiares se caracterizan por ser heterogéneas. Sus viviendas mayormente son precarias y son varias las familias que viven en condiciones de hacinamiento.

La plaza es un lugar que lxs niñxs no solo transitan cotidianamente, sino que comparten y habitan el espacio público. Allí encuentran un sitio donde jugar y disfrutar, donde construir redes materiales y afectivas que permiten fortalecer lazos y tramas de cuidado entre pares

Hace un tiempo, F. (8 años) nos comentó que estaba triste porque tenía que mudarse con su familia a otra localidad por cuestiones socioeconómicas. Esto generó preocupación en varixs niñxs con quienes había construido un vínculo de amistad. Durante los encuentros vimos cómo activaron estrategias de cuidado para acompañar ese proceso de mudanza.

Ahí encontramos la potencia-niña (COLECTIVO FILOSO FARCONCHICXS, 2021), niñxs diversxs, creativxs, conocedorxs del barrio, portadorxs de saberes que comparten mutuamente para enfrentar problemas y riesgos de la vida diaria. Establecen amistades, alianzas y despliegan distintas estrategias y prácticas de cuidado entre pares; lo hacen con solidaridad y asumiendo responsabilidades. En los diálogos se cuean relatos en donde también aparecen esos cuidados cotidianos hacia lxs adultxs.

El espacio de la plaza es un espacio de protagonismo espontáneo colectivo (LIEBEL, 2007). Vemos como han podido asociarse con otrxs niñxs, generar procesos de identificación como grupo de edad con vivencias e intereses comunes, esto como respuesta a la exclusión y negación de su subjetividad y dignidad por razones de generación, de clase y de género.

En los encuentros, usamos el juego como vehículo fundamental. La disposición al encuentro y al juego es una condición de posibilidad central para construir un diálogo de saberes en clave de salud intergeneracional.

¹⁰ Frase expresada en una actividad del espacio *Vamos a Jugar*.

Las propuestas de juego son diversas, las vamos construyendo con las niñeces. En la instancia de cierre se propone un espacio de circulación de la palabra y de intercambio intergeneracional donde expresar emociones, aprendizajes y propuestas. En ese momento, decidimos qué juguetes comprar, qué juegos jugar, a dónde ir de paseo, pensamos el barrio que queremos y cómo podemos organizarnos para que eso suceda.

Un día, por ejemplo, surgió la idea de jugar al “tesoro escondido”, así que lxs adultxs armamos una primera propuesta. Nos llevó tiempo pensar cómo hacerlo, las pistas y qué queríamos promover a través de ese juego. Fue un momento que disfrutamos por lo que lxs niñxs plantearon jugarlo nuevamente y organizarlo ellxs mismxs sin tanto protocolo; fueron rotando en la coordinación del juego y armaron una búsqueda sólo para lxs adultxs. Son instancias de mucha diversión y protagonismo de lxs niñxs.

En los diálogos y juegos aparecen las múltiples violencias que viven lxs niñxs cotidianamente, las violencias del sistema adultista, capitalista, heterocispatriarcal, colonial y capacitista. Instancias que habilitan la posibilidad de promover pensamiento crítico respecto de las opresiones cotidianas, respecto a los estímulos que nuestras sociedades nos ofrecen, a conocer sus derechos, compartir habilidades y saberes a fin de coconstruir identidad política, subjetividades emancipadas y, a partir de eso, poder pensar estrategias colectivas donde sean protagonistas.

Desarrollar esta instancia de encuentro exige un proceso artesanal que implica rupturas permanentes. Demanda la capacidad de escucha atenta y el registro de experiencias, racionalidades, sentires y deseos que emergen en el espacio compartido para permitir una planificación flexible y participativa, fundada en el reconocimiento de esas pistas que parten de las voces de lxs niñxs en territorio.

A través de estas experiencias sociales contrapuestas a las pretensiones de lxs adultxs de “sometimiento total”, se aumentan las posibilidades de que lxs niñxs se desarrollen como sujetos afirmadxs en sí mismxs, con iniciativa propia (LIEBEL, 2007).

A partir de una situación de violencia policial sucedida mientras estábamos compartiendo una actividad, lxs niñxs contaron episodios cotidianos de este tipo que les tocó vivir. Entonces comenzamos un proceso en el que pensamos cuál era el barrio que querían, lo dibujaron y armamos un boceto. Propusimos pintar un mural y ellxs eligieron y gestionaron la pared en donde lo pintamos. Charlaron con lxs vecinxs, quienes se mostraron predispuestxs a compartir su pared y se acercaron a participar y colaborar en la jornada. En el mural pudieron plasmar sus ideas y deseos para el barrio.

De ese modo, el encuentro intergeneracional se erige en prácticas de salud y resistencia en sí mismo, sabiéndonos todxs sujetos de necesidad de cuidado y productorxs de ese cuidado a la vez. Es una apuesta política para visibilizar a lxs invisibles, para ternurar la praxis (MAGISTRIS; MORALES, 2020); es el inicio de un camino de experiencias emancipatorias que tiene como horizonte promover niveles de organización con lxs niñxs del sector Plateas a fin de colectivizar sus demandas y luchar por una vida que merezca ser vivida.

Reflexiones decantadas del recorrido

Imagen 1: “El barrio que queremos” - Muraleada con lxs chicxs de la Plaza del Sector Plateas con acompañamiento del muralista Gastón Pereira



Autoría: Soledad Apaz

En estos apartados me propuse reflexionar sobre la necesidad de la incorporación de la perspectiva generacional en el análisis de los procesos de SEC de niños y adolescentes y cómo opera en intersección con otros condicionantes de la estratificación social como clase social, género, raza, etnia y funcionalidad normativa.

El adultocentrismo, en tanto estructura socio-política y económica vertebrador de relaciones de poder, produce asimetrías sociales que determinan modos diferentes de vivir, enfermar, consultar, ser atendidxs y morir. La propia organización de los sistemas de salud reproduce el carácter adultista de nuestras sociedades que se transforman en diferenciaciones e inequidades en el campo de la salud.

Si bien la atención a lxs niños/adolescentes se plantea como prioridad de acuerdo al sistema de protección integral, los mecanismos adultistas instalados y naturalizados, entrelazados con otras desigualdades, limitan/condicionan el acceso de lxs niños/adolescentes a los sistemas de salud y a sus derechos de salud, ubicándolos como receptores pasivos respecto a su tratamiento de salud sin poder decisional efectivo y reforzando diagnósticos estigmatizantes.

A pesar de las implicancias que tiene en el cuidado de la salud y de la vida, la capacidad de agencia de niños y adolescentes es negada por lxs adultxs y son invisibilizadas las múltiples estrategias y trabajos productivos y/o reproductivos que estxs despliegan para la sostenibilidad de la vida.

Como trabajadorxs de salud debemos interpelarnos, colocando interrogantes a nuestras prácticas que tensionen las lógicas institucionales adultistas. Debemos pensar proyectos que disputen los sentidos y hacerlos en las políticas públicas y en el quehacer cotidiano de las instituciones de salud para que lxs niñxs/adolescentes sean protagonistas activos de sus procesos de SEC.

El trabajo presentado aspira a contribuir a desnaturalizar los mecanismos que profundizan, acentúan y garantizan las condiciones de desigualdad y dominación de lxs niñxs y adolescentes en sus vidas cotidianas, dándole valor político a sus expresiones de resistencia, acompañando procesos de construcción de subjetividades emancipadas y de identidad política.

El desafío es generar espacios de coconstrucción de salud con las niñeces/adolescencias, de diálogos intergeneracionales, promoviendo niveles de organización con lxs niñxs a fin de colectivizar sus demandas y luchar por una vida que merezca ser vivida, para lo que los aportes del modelo de protagonismo de las infancias y de los feminismos son imprescindibles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, N.; PAIM, J. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. **Cuadernos Médico Sociales**, Rosario, n. 75, p. 5-30, mayo 1999.

BREILH, J. **Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003.

COLANGELO, A. La mirada antropológica sobre la infancia: reflexiones y perspectivas de abordaje. **Serie Encuentros y Seminarios**, 2003. Disponible en: <http://www.me.gov.ar/curriform/publica/oei_20031128/ponencia_colangelo.pdf>. Acceso en: 10 mar. 2013.

COLECTIVO FILOSOFARCONCHICXS. Desadultizar la escuela desde la potencia-niña. In: MAGISTRIS, G.; MORALES, S. **Educar hasta la ternura siempre: del adultocentrismo al protagonismo de las niñas**. Buenos Aires: Editorial Chirimbote, 2021. p. 77-98.

DUARTE QUAPPER, C. Sociedades adultocéntricas: sobre sus orígenes y reproducción. **Última década**, Valparaíso, v. 30, n. 36, p. 99-125, jul. 2012.

JACKSON ALBARRÁN, E.; SOSENSKI, S. Introducción. In: JACKSON ALBARRÁN, E.; SOSENSKI, S. (Orgs.). **Nuevas miradas a la historia de la infancia en América Latina: entre prácticas y representaciones**. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México; Instituto de Investigaciones Históricas. Serie Historia Moderna y Contemporánea 58, 2012. p. 7-21.

LAURELL, A. La salud-enfermedad como proceso social. **Revista Latinoamericana de Salud**, Rosario, v. 2, n. 1, p. 7-25, 1981.

LIEBEL, M. **Paternalismo, protección y protagonismo**. Berlín: Academia Internacional de la Universidad de Berlín, 2007.

LLOBET, V. Las políticas sociales para la infancia, la psicología y el problema del reconocimiento. **Investigaciones en Psicología: revista del Instituto de investigaciones de la facultad de Psicología**, Buenos Aires, v. 14, n. 2, p. 73-94, 2009.

MAGISTRIS, G. La(s) infancia(s) en la era de los derechos. Balances y desafíos a 30 años de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño. In: ISACOVICH, P.; GRINBERG, J. **Infancias y juventudes a 30 años de la Convención sobre los Derechos del Niño: políticas, normativas y prácticas en tensión**. Buenos Aires: Edunpaz, 2020. p. 87-119.

MAGISTRIS, G.; MORALES, S. Hacia un paradigma otro: niñxs como sujetxs políticxs co-protagonistas de la transformación social. In: MAGISTRIS, G.; MORALES, S. (Orgs.). **Niñez en movimiento: del adultocentrismo a la emancipación**. Buenos Aires: Editorial Chirimbote, 2020. p. 23-50.

MENÉNDEZ, E. Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible. In: PARADELA, L.; REDONDI, V. (Orgs.). **Salud y Trabajo Social: procesos de intervención y organización colectiva por el derecho a la salud**. Colección Debates en Trabajo Social. La Plata: CATSPBA, 2019. p. 43-86.

MORALES, S. Politizar la ternura desde la educación popular. In: MAGISTRIS, G.; MORALES, S. **Educar hasta la ternura siempre: del adultocentrismo al protagonismo de las niñas**. Buenos Aires: Editorial Chirimbote, 2021. p. 21-30.

MORALES, S.; SHABEL, P. El Gritazo. Análisis de una manifestación de niños y niñas por su derecho a trabajar y a participar. **Millcayac. Revista Digital de Ciencias Sociales**, Buenos Aires, v. 7, n. 12, p. 319-341, 2020.

PAVEZ SOTO, I. Sociología de la infancia: Las niñas y los niños como actores sociales. **Revista de Sociología**, [S. l.], n. 27, p. 81-102, 2012. Disponible en: <<https://revistadesociologia.uchile.cl/index.php/RDS/article/view/27479>>. Acceso en: 10 mayo 2024.

PÉREZ OROZCO, A. **Subversión feminista de la economía**: aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida. Madrid: Traficantes de Sueños, 2014.

POMBO, G. La interseccionalidad y el campo disciplinar del trabajo social: topografías en diálogo. In: RIVEIRO L. (Org.). **Trabajo Social y feminismos**: perspectivas y estrategias en debate. Colección Debates en Trabajo Social. La Plata: CATSPBA, 2019. p. 149-175.

SZULC, A. Antropología y Niñez. In: TEALDI, J. (Org.). **Diccionario Latinoamericano de Bioética**. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; UNESCO; Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, 2008. p. 603-606.

Resumen El objetivo de este artículo es reflexionar acerca de la importancia de incluir la perspectiva generacional en el análisis y en las prácticas en salud para comprender cómo opera en intersección con otros marcadores sociales como clase social, género, raza, etnia y funcionalidad normativa, determinando los procesos de salud-enfermedad-cuidado de las niñas/adolescentes. Y también pensar posibilidades de transformación de nuestras prácticas como trabajadorxs de salud desde una perspectiva crítica, feminista y de coprotagonismo de las infancias/adolescentes para coconstruir salud con ellxs como protagonistas de esos procesos.

Palabras clave: protagonismo de las niñas, adultocentrismo, procesos de salud-enfermedad-cuidado, desigualdades, perspectiva generacional.

**A inclusão da perspectiva geracional na saúde.
Coconstruir saúde com as infâncias em território**

Resumo O objetivo deste artigo é refletir sobre a necessidade de incluir a perspectiva geracional nas análises e práticas de saúde para entender como opera na interseção com outros marcadores sociais como classe social, gênero, raça, etnia e funcionalidade normativa, determinando os processos de saúde-doença-cuidado das infâncias/adolescências. E também pensar as possibilidades de transformar nossas práticas como trabalhadorxs da saúde a partir de uma perspectiva crítica, feminista e coprotagonista das infâncias/adolescências para coconstruir a saúde com ellxs como protagonistas desses processos.

Palavras-chave: protagonismo infantil, adultocentrismo, processos de saúde-doença-cuidado, desigualdades, perspectiva geracional.

**The inclusion of the generational perspective in health.
Co-build health with children in the territory**

Abstract The objective of this article is to reflect on the need to include the generational perspective, in the analysis and practices in health, to understand how it operates in intersection with other social markers such as social class, gender, race, ethnicity, normative functionality, determining health-disease-care processes for children/adolescents. And also to think about the possibilities of transforming our practices as health workers from a critical, feminist and co-protagonist perspective of childhoods/adolescents to co-construct health with them as protagonists of these processes.

Keywords: role of children, adultcentrism, health-disease-care processes, inequalities, generational perspective.

FECHA DE RECEPCIÓN: 31/07/2023

FECHA DE APROBACIÓN: 05/12/2023



María Soledad Apaz

Licenciada en Trabajo Social en el Centro de Atención Primaria de la Salud San Lorenzo Sur, Neuquén, Argentina. Graduada en la Universidad Nacional de Córdoba (UNC), Argentina. Posgraduada de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria, Río Negro, Argentina.

E-mail: soleapaz1981@gmail.com