

NIÑEZ EN CONDICIONES DE DESAMPARO Y ACCESO A LA SALUD EN CIUDAD DE BUENOS AIRES

ABANDONED CHILDREN AND ACCESS TO HEALTH IN THE CITY OF BUENOS AIRES

Luciani Conde, Leandro; Barcala, Alejandra¹; Fanelli, Ana María; Laino, Cecilia; Luzuriaga, Claudia; Moreyra, Valeria; Pambukdjian, María Fernanda; Corradini, Ana; Barbieri, Adrián²; Rodríguez, Gustavo³; Camera, Omar^{2*} **

RESUMEN

En el marco del Proyecto "Protección integral y políticas públicas de infancia y adolescencia: el derecho a la salud de niñas/os y adolescentes en situación de desamparo y desafiliación social de la ciudad de Buenos Aires", la presentación se basa en el siguiente objetivo específico: analizar las representaciones y valoraciones construidas por profesionales que trabajan con niñas/os y adolescentes en situación de desamparo y desafiliación social, en torno a la efectivización del derecho a la salud en la Ciudad de Buenos Aires.

La investigación se enmarca en el enfoque de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud, y toma como caso de estudio al "Programa contra la Explotación Sexual y el Trabajo Infantil" (Consejo de Derechos de Niños, niñas y Adolescentes). Las Unidades de Análisis seleccionadas son: trabajadores y usuarios.

Se presentan los resultados y conclusiones del procesamiento de datos cualitativos obtenidos en la toma de entrevistas a once trabajadores.

Palabras claves:

Niñez - Derechos - Salud - Accesibilidad

ABSTRACT

Within the framework of the Project "Integral protection of and public policies on childhood and adolescence: the right to health of abandoned boys/girls and adolescents and social exclusion in the city of Buenos Aires", the presentation is based on the following specific objective: to analyze the representations and opinions given by professionals who work with abandoned girls/boys and adolescents and social exclusion related to the fulfillment of the right to health in the city of Buenos Aires.

The study was carried out within the framework of the Investigation on Health Systems and Services and takes as case study the "Program against Sexual Exploitation and Child Work" (Council for the Rights of Boys, Girls and Adolescents). The analysis units selected are: workers and users.

The results and conclusions of processing qualitative data obtained from the interviews to eleven workers are presented.

Key words:

Childhood - Rights - Health - Access

¹Licenciados en Psicología / Magister en Salud Pública.

²Licenciados en Psicología.

³Licenciado en Trabajo Social.

*Miembros del Equipo de Investigación UBACyT 029. Integrantes del Colectivo de Investigación sobre políticas de infancia de la II Cátedra de Salud Pública / Salud Mental de la Facultad de Psicología, UBA.

**Asesoramiento metodológico: Lic. María Pía Pawlowicz.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo forma parte del Proyecto de investigación *“Protección integral y políticas públicas de infancia y adolescencia: el derecho a la salud de niñas/os y adolescentes en situación de desamparo y desafiación social de la Ciudad de Buenos Aires”*, cuyo área de interés se centra en el proceso de restitución de derechos en la niñez, en particular el derecho a la salud.

Con el objeto de analizar las políticas públicas y las prácticas cotidianas de trabajo destinadas a la efectivización de este derecho, se tomó como caso de estudio al *“Programa contra la explotación Sexual y el Trabajo Infantil”*, implementado por el Consejo de los Derechos de niños, niñas y adolescentes (en adelante CDNNyA). Programa que se propone *“(…) dar respuesta a los requerimientos en salud de la población infanto-juvenil cuya cotidianeidad transcurre en la calle y cuya demanda al sistema hospitalario en muchos casos sólo responde a la urgencia. Se trata de generar desde el propio ámbito donde se encuentran, acciones preventivas y de atención directa”* (CDNNyA; 2003).

El derecho a la salud de los niños/as y adolescentes se inscribe en otros más amplios, consagrados en la Convención Internacional de los Derechos del Niño (en adelante CDN), los cuales se corporizan en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires en la Ley 114 de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (del 3 de Diciembre de 1998)².

Esta Ley tiene por objeto la Protección Integral de los derechos de niñas/os y adolescentes, sosteniendo una concepción de la niñez que define a niñas y niños como sujetos plenos de derechos, delimitando las responsabilidades del estado, de las familias y de las instituciones en la efectivización de los mismos.

Además, se reconoce a los/las niños/as y adolescentes con derechos específicos por su condición de tales, ya que se prevé aquellas necesidades especiales de protección y cuidado de acuerdo a la progresiva adquisición de autonomía.

El concepto de Protección Integral supone la intención del Estado en garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes el pleno acceso, la gratuidad y prioridad en la atención. Además de reconocer la calidad de sujetos activos de derecho habilitando el ejercicio de la ciudadanía.

¹ Proyecto subsidiado por la Secretaría de Ciencia y técnica de la Universidad de Buenos Aires (UBACyT 029), período 2004-2007. Director: Leandro Luciani Conde, Co directora: Alejandra Barcala. El marco institucional para dicha experiencia, es el Convenio existente entre la Universidad de Buenos Aires - II ° Cátedra de Salud Pública / Salud Mental cuya titular es la Lic. Alicia Stolkiner y el Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires, cuya Presidenta al momento de la investigación era la Prof. María Elena Naddeo.

Dicha experiencia no hubiera sido posible, además, sin el apoyo del Lic. José Manuel Grima, quien en ese momento se desempeñaba como Coordinador del Programa en estudio.

² Cabe mencionar que en Octubre de 2005 se sanciona la Ley 26.061, dando alcance nacional a los preceptos surgidos en la CDN.

La adhesión de nuestro país a la CDN en 1989 dio comienzo a un lento proceso, a veces contradictorio, de reformas legislativas y de transformación de los mecanismos institucionales del Estado con relación a la niñez con el fin de adecuar su normativa a las nuevas formas de pensar la infancia.

La legislación vigente da marco legal a políticas públicas que deben desde generar prácticas de restitución de derechos a la población de niños/as y adolescentes en situación de desamparo y desafiación social.

Tanto la sanción de la Ley 114 como la ley 937, que dispone la erradicación del trabajo infantil en la Ciudad de Buenos Aires³, se enmarcan en este proceso y tienen como objetivo llevar a la práctica las directrices planteadas por el Paradigma de la Protección Integral.

ALGUNAS CONSIDERACIONES ACERCA DEL ESCENARIO SOCIAL

Las transformaciones políticas, económicas y sociales producidas durante las últimas décadas, en América Latina y en particular en la República Argentina, globalización económica, apertura a los mercados y hegemonía del capital financiero, en el plano nacional se han visto favorecidas por activas políticas estatales.

Transformaciones que generaron uno de los mayores dilemas del nuevo siglo, que es que pese al impresionante crecimiento económico y de la riqueza en el mundo, existe un enorme y en aumento número de personas sin acceso a servicios básicos (salud, educación, agua, vivienda digna), protección social e ingreso mínimo. Siendo los niños y niñas uno de los grupos más vulnerables, que se encuentran directamente excluidos de estos servicios (Minujín, Davidziuk, Delamónica; 2007: 122).

Si bien este proceso comienza en la Argentina en la dictadura militar, se termina de consolidar en los '90, con la reforma del Estado, en una lógica de achicamiento y de reducción del gasto público; con una fuerte reestructuración del mercado del trabajo que se caracterizó por el aumento del desempleo y subempleo, y la precarización de las condiciones de contratación.

En este contexto las familias de trabajadores/as se vieron afectadas en lo referente a su situación laboral, lo cual contribuyó a redefinir los vínculos en general y especialmente los roles familiares.

Como consecuencia de la precarización laboral, las transformaciones en las constituciones vinculares familiares propiciaron en las dos últimas décadas la inclusión temprana de niños/as y jóvenes en actividades laborales y económicas.

La creciente situación de desamparo y pobreza ha favo-

³ Según la mencionada Ley, se define como trabajo infantil al que efectúa en forma remunerada o no, visible o no, una persona de menos de 15 años de edad en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires. Dentro de los objetivos principales de la Ley figura la detección, prevención y erradicación del trabajo infantil, así como la atención de las niñas y los niños afectados por esta problemática y la de sus familias.

recido el surgimiento de niños, niñas y adolescentes “de” y “en” la calle que en muchos casos coincide con situaciones de trabajo y explotación infantil. Situación de pobreza que algunos autores no dudan en conceptualizar como uno de los dispositivos de la biopolítica de la infancia, consistente en el carácter de meros sobrevivientes en el que transcurre la vida de este colectivo social (Bustelo; 2007: 29)

Según un informe de la Organización Internacional del Trabajo (Siempro, INDEC, 2001), en ese año la vulnerabilidad caracterizaba a gran parte de la población del país, fundamentalmente en los aspectos económicos relacionados con la imposibilidad de acceso al ingreso (o la precariedad de los mismos) y por la creciente manifestación de factores sociales asociados al apremiante riesgo a la exclusión social, con efectos tangibles en los hogares y fundamentalmente en el estrato etario de 0 a 14 años. En el año 2004, el 54.7% de los argentinos era pobre, pero esta proporción entre los niños alcanzaba al 71.2% (INDEC, 2004).

El fenómeno del trabajo infantil creció paralelamente con el empobrecimiento, la creciente expansión de la pobreza y la desigualdad en vastos sectores sociales. Datos oficiales indican que en Argentina trabaja un millón y medio de niños, en ámbitos urbanos y rurales, en diferentes tareas que les impiden estudiar, jugar y disfrutar de su infancia. No obstante, organismos de derechos humanos estiman que la cifra supera los dos millones, sin contar las peores formas de trabajo infantil -clasificadas así por la Organización Internacional del Trabajo (OIT)- como la explotación sexual comercial (Moreyra; 2006: 149-157).

Un informe de la Comisión Nacional sobre el trabajo infantil (CONAETI; 2002) advierte que la mayoría de los niños, niñas y adolescente entre 4y 14 años que trabajan, se dedican a la mendicidad, la recolección de residuos en la vía pública, la venta ambulante, el reparto de estampitas en medios de transporte y la comercialización de flores en bares y restaurantes. Participan, además, como acompañantes de adultos que venden o piden limosna en la calle y desempeñan tareas domésticas en hogares de terceros o en el propio, en ausencia de los padres y en forma habitual.

Los niños, niñas y adolescentes afectados por dichas situaciones tienen más limitadas sus posibilidades educativas y de acceso a servicios de salud que otros niños/as⁴. Además, por las particularidades antes mencionadas, están expuestos a una situación de mayor vulnerabilidad que afectan a su salud, ya sea por accidentes o por las posibilidades de contraer enfermedades diversas.

⁴ Cabe señalar que la atención de la salud de los/las adolescentes se ve dificultada además, en términos generales, por la disminución de las consultas a servicios de salud durante este período evolutivo; dado que los/las jóvenes dejan de ser llevados a consulta por sus padres, retomando el vínculo con profesionales de la salud una vez que ellos/ellas tienen hijos.

En este contexto en el cual aumentan los márgenes de exclusión respecto de los derechos sociales en la infancia, la vulneración de éstos alcanza niveles alarmantes, siendo el derecho al acceso al sistema de salud uno de los más afectados.

EL CONTEXTO LOCAL DE ESTUDIO

La presencia de niños/as y adolescentes en situación de calle en la Ciudad de Buenos Aires, si bien no constituye un fenómeno nuevo, emergió en la última década como una problemática que adquirió mayor visibilidad a los ojos de la comunidad y de las políticas públicas.

Estos niños/as y adolescentes han pasado a ocupar un lugar central en los discursos de instituciones estatales y de la sociedad civil desde la perspectiva de la justicia, el sistema sanitario y la educación entre otras. Ahora bien, el abordaje de esta problemática pareciera no haberse visto acompañado por políticas integrales capaces de dar a esta situación.

La población de niños/as y adolescentes en situación de desamparo y desafiación social se encuentra expuesta a escenarios de mayor vulnerabilidad, manifestando problemáticas específicas respecto al proceso salud/enfermedad. El solo hecho de sobrevivir en las calles implica mayores probabilidades de exposición a riesgos: accidentes callejeros incrementados por el consumo de drogas, mala alimentación, consecuencias de las inclemencias del tiempo, riñas y lesiones. Estos chicos/as y adolescentes se encuentran más expuestos a contraer diversas enfermedades y al mismo tiempo cuentan con menor acceso a los Servicios de salud.

Estudios recientes confirman que la creciente desigualdad socio económica a la que asistimos en las últimas décadas, incidió especialmente en las condiciones de salud de las niñas y niños de los hogares más pobres; generando que el grupo etáreo que se encuentra expuesto al mayor grado de desprotección en relación al acceso a servicios de salud sea el de la primera infancia (1 a 5 años) (Mazzeo; 2007:286).

En la Ciudad de Buenos Aires los principales motivos de consulta externa de esta población se relacionan con: problemas dermatológicos y respiratorios, golpes o caídas, internaciones motivadas por accidentes, intoxicaciones, quemaduras o apuñalamientos. Otra problemática prevalente de estos niños/as y adolescentes son los serios problemas odontológicos que presentan. (Czerniecki, 2005, CDNNyA; 2001). Frente a esta situación de salud descrita, el sistema de salud no brinda una respuesta adecuada para responder a las necesidades de atención estos niños/as.

En el año 2001, existían en la Ciudad de Buenos Aires 1.645 chicos en situación de calle. De los cuales su mayoría (1.282 chicos) vivían en una casa y acudían a las calles para realizar algún tipo de actividad económica. Para el año 2003 la cantidad de niños/as en situación de calle aumentó considerablemente, estimándose la exis-

tencia en la Ciudad de alrededor de 3.300 chicos entre 5 y 14 años (CDNNyA; 2003). Actualmente no hay datos precisos acerca del número de niñas y niños que se encuentran en esta condición, pero se acepta que el mismo sigue en aumento (Diario Clarín; 9 de marzo de 2008/Sección 6/ Pág. 5).

En el contexto hasta aquí descrito, nos interrogamos acerca de las posibilidades concretas de efectivización del derecho a la salud, y sobre los facilitadores y obstáculos que este proceso presenta, teniendo en cuenta que el acceso al sistema de salud es propuesto como un problema a ser resuelto por el Programa en estudio. Al referimos al análisis de la efectivización del derecho a la salud, partimos del supuesto de que la situación de pobreza y la condición del trabajo infantil vulneran los derechos de niñas y niños en sentido general; y en particular, determinan las condiciones de acceso al proceso de cuidado / enfermedad / atención, incidiendo en las condiciones de salud de este colectivo social.

El presente trabajo indaga acerca de las condiciones de acceso de niños/as y adolescentes usuarios del Programa en estudio a los diferentes efectores del sistema de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Nos preguntamos cómo son las modalidades de acceso a los servicios de salud, cuáles son las barreras que se presentan al momento del ingreso al sistema sanitario, y cuáles son (desde la perspectiva de los trabajadores del Programa en estudio) los facilitadores y/u obstáculos en la prosecución de la efectivización de este derecho.

OBJETIVOS

General: Describir el alcance de la participación estatal en la efectivización, defensa y resguardo del derecho a la salud de los niños/as y adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires en situación de desamparo y desafiliación social a partir del análisis del *“Programa contra la Explotación Sexual y el Trabajo Infantil”*.

Específicos: 1.1. Describir y contextualizar el proceso de implementación de la Ley de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires (período temporal: 2004 - 2005); 1.2. Describir y analizar las políticas y las respuestas institucionales de los actores estatales de la Ciudad de Buenos Aires vinculados a la protección de derechos en la infancia y adolescencia; 1.3. Analizar las representaciones, opiniones y valoraciones construidas por los profesionales que trabajan con niñas, niños y adolescentes en situación de desamparo y desafiliación social en torno a la efectivización del derecho a la salud en la Ciudad de Buenos Aires y acerca de sus propias prácticas al respecto; 1.4. Analizar las representaciones, opiniones y valoraciones construidas por los niños y adolescentes en situación de desamparo y desafiliación social acerca de la efectivización de sus derechos en la Ciudad de Buenos Aires, particularmente el derecho a la atención integral de la salud; 1.5. Identificar los factores

que en el nivel institucional interfieren en los abordajes dirigidos a la restitución de derechos de niños/as y adolescentes en situación de desamparo y desafiliación social; 1.6. Identificar la presencia de efectores (público estatales y de la Sociedad Civil) que desarrollen prácticas relacionadas a la efectivización del derecho a la salud de niños/as y adolescentes con participación en el contexto local de estudio, y caracterizar su funcionamiento; 1.7. Describir y analizar el trabajo desarrollado por la red de Defensorías de Derechos del Consejo del Niño, Niña y Adolescentes respecto del Derecho a la Salud.

METODOLOGÍA⁵

Se trata de un estudio de caso que se nutre de las herramientas de la *Investigación en Sistemas y Servicios de Salud* (Almeida, 2000; Paim, 2000), lo cual permite generar un proceso que privilegia la vinculación con la acción concreta y posibilita la transferencia inmediata de los conocimientos que se van produciendo en el proceso de investigación, al incluir en la delimitación misma del problema tanto como en la posterior implementación de los resultados a los actores directamente involucrados⁶.

El diseño incluye como estrategias de integración metodológica (Bericat; 1998) procedimientos de combinación, y de triangulación en cuatro de sus vertientes: de datos (cuali - cuantitativos), teórica, de investigadores y disciplinas (Jannesik; 1994).

Las Unidades de Análisis seleccionadas fueron los/las trabajadores/as del CDNNyA que participan del *“Programa contra la Explotación sexual y el Trabajo Infantil”*, y los/las niños y niñas destinatarios/as del mismo.

En el transcurso de la investigación la información primaria se obtuvo a través de: revisión de documentos oficiales, relevamiento y encuestado de efectores de salud en zonas seleccionadas de Ciudad de Buenos Aires (Boca-Barracas, Palermo, Chacarita), entrevistas a informantes claves (Presidenta del CDNNyA, Coordinador de la Unidad de Intervenciones y Servicios Especiales y Operadores con más experiencia del Programa), observaciones participantes en campo, entrevistas semi-estructuradas a trabajadores del Programa en es-

⁵ Para la realización de las distintas actividades de procesamiento y análisis de los datos incluidos en este informe el equipo contó con el asesoramiento metodológico de la Lic. María Pia Pawlowicz.

⁶ Cabe señalar que las distintas actividades de investigación implementadas en el marco del Proyecto (relevamiento de efectores de salud en zonas seleccionadas de la Ciudad de Buenos Aires, observaciones participantes en campo, entrevistas y talleres) fueron diseñadas conjuntamente con los/las trabajadores/as del Consejo involucrados/as en cada una de ellas (Coordinadores/as de Área, de Programa y Operadores de calle respectivamente). Del mismo modo, los insumos producidos en cada actividad (base de datos con los efectores relevados, CD con programas de radio editados, fotos tomadas durante las actividades, publicaciones científicas de los resultados), fueron entregados y analizados con los participantes de dichas actividades, con la finalidad de generar canales de discusión sobre los mismos y que puedan ser utilizados en el proceso formulación-implementación-reformulación de los Programas del Organismo.

tudio, talleres de radio con operadores/as del Programa y niñas y niños usuarias/os del mismo.

Los datos recabados a través del relevamiento y la toma de una encuesta a efectores de salud, se analizaron por medio de procedimientos estadístico descriptivos (D'Ancona; 2001) y se procesaron por medio del software SPSS. Los resultados obtenidos a partir de este análisis han sido desarrollados en publicaciones en las cuales se abordaron los objetivos específicos 1.6. y 1.7. de esta investigación (Luciani Conde; Barcala y otros; 2004 y 2005).

En este trabajo se completa la presentación de resultados obtenidos a partir del análisis de las entrevistas realizadas a once trabajadores del Programa (dos coordinadores y nueve operadores de calle), las cuales constituyen el "corpus" de esta presentación⁷. Particularmente, dichos resultados se enmarcan en el objetivo específico 1.3 del Proyecto⁸.

Puesto que las entrevistas fueron tomadas durante el año 2005, el análisis abarca el período temporal 2004-2005 del programa en estudio.

El análisis de los datos correspondientes al "corpus" de esta presentación, se realizó siguiendo los enfoques procedimentales (Rodríguez; Gil; García; 1996: 206), que incluyeron el desarrollo de: a) tareas de reducción de datos; b) disposición y transformación de los datos; y c) extracción / verificación de resultados (Huberman and Miles; 1994). El procesamiento de estos datos cualitativos se llevó a cabo a través del software Atlas - Ti.

a) Reducción de datos. Las actividades a través de las cuales se llevó a cabo la reducción de los datos fueron: a-1. Separación en unidades: los segmentos o unidades de interés dentro del conjunto global de datos se diferenciaron según criterios gramaticales. Se trabajó con párrafos como "unidades de contexto", en tanto que las "unidades de registro" quedaron constituidas por aquellos contenidos específicos que se ubican en las categorías empleadas.

a-2. Identificación y clasificación de unidades: las tareas de categorización y codificación se realizaron según procedimientos mixtos inductivo-deductivos, puesto que algunas categorías fueron definidas a priori en función del "proyecto anticipatorio", y otras emergieron a partir del trabajo de interpretación.

a-3. Síntesis y agrupamiento: las distintas unidades fueron organizadas en función de los temas conceptuales que las representan y en relación al sistema de categorías empleado. El sistema de categorías se construyó

teniendo en cuenta los siguientes criterios: exhaustividad, exclusión mutua (para las unidades de contexto), principio clasificatorio único, significatividad y replicabilidad (Ruiz; 1996).

b) Disposición y transformación de los datos. Se confeccionaron diagramas y matrices de datos mediante los cuales se dispusieron y organizaron los datos con la finalidad de favorecer el trabajo interpretativo. Para una presentación organizada de la información, el sistema formulado de categorías y sub categorías empírico analíticas (Sousa Minayo; 1997) se ordenó espacialmente en forma de diagrama, poniendo de manifiesto las relaciones que existen entre si en su articulación con los objetivos de la investigación (Ver Figura I en Anexo). Como procedimiento de presentación de los datos se trabajó con matrices de datos organizadas en función de los siguientes campos: código de categoría, código de sub categoría, contenido (unidad de registro) e interpretación.

c) Extracción, verificación de resultados. Se presentan los resultados correspondientes al objetivo mencionado, organizados a partir de una de las categorías empírico analíticas construidas en el proceso de interpretación de sentido: "Accesibilidad a los servicios de salud".

A continuación, los resultados correspondientes a esta categoría y sus subcategorías, se presentan acompañados por las referencias a las unidades de registro que las ejemplifican (según código y número de identificación en la Tabla I del Anexo).

Cabe destacar que estos resultados expresan exclusivamente las opiniones y valoraciones de los/las trabajadores/as entrevistadas/os, y no pueden ser generalizadas al resto de los trabajadores del Programa.

RESULTADOS ALCANZADOS

"Accesibilidad a los servicios de salud"

[Código ACC]

La accesibilidad es definida como la facilidad con la que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos de forma equitativa por la población, en relación con barreras de diversa índole. Complejizando esta definición la accesibilidad puede ser pensada como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. Este vínculo surge de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos, y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios (Stolkiner y otros; 2000).

A los fines del análisis la categoría "accesibilidad a los servicios de salud" ha sido subdividida en tres sub categorías, correspondientes a diversos modos de acceso a servicios de salud: a) hospitales, b) Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC) y c) Móvil Sanitario.

⁷ Las mismas se tomaron con el consentimiento informado de los/las participantes respetando el anonimato de cada uno/a y la confidencialidad de la información obtenida.

⁸ Una primera presentación de resultados correspondiente al análisis de estas entrevistas, fue publicada en el Anuario de Investigaciones correspondiente al año anterior (Luciani Conde et. cols; 2006). La misma giró en torno al análisis de las categorías "Proceso de vulneración de derechos" y "Estrategias de Intervención del Programa"

Hospitales de la Ciudad de Buenos Aires

[Código ACCHTAL]

En el discurso de los trabajadores entrevistados se evidencian importantes barreras de accesibilidad en relación a los hospitales de la Ciudad. En primer término, barrera de acceso simbólica que surge de la fuerte asociación establecida entre el hospital por un lado, y la institucionalización / judicialización por el otro [ACCHTAL: 1, 2, 3].

Este temor al encierro se asocia con las internaciones y constituye para los operadores la significación más importante por la cual los niños/as y adolescentes no concurren a los servicios de salud [ACCHTAL: 4, 5, 6].

Esta resistencia a concurrir a servicios de salud observada por los/las trabajadores/as se da pese a que ciertas necesidades relacionadas al cuidado de la salud puedan sean percibidas por los/las niños/as, lo cual pone en evidencia dificultades importantes en el grado de aceptabilidad que los servicios tienen, en la medida en que no constituyen para este colectivo social una elección frente a necesidades por ellos percibidas [ACCHTAL: 7, 8].

Otra barrera de accesibilidad significativa que ha sido puesta de manifiesto, es el rechazo que sienten por parte de los médicos a atender a los niños/as, lo cual da cuenta de representaciones y prácticas que tienden a reproducir procesos de exclusión/marginación [ACCHTAL: 9, 10, 11].

Como dato significativo a tener en cuenta, ha surgido que las dificultades de acceso a la atención son observadas por los/las entrevistados/as, no solo en relación a los/las niños/as, sino también respecto de ellos mismos [ACCHTAL: 12, 13, 14, 15].

Centros de salud y Acción comunitaria

[Código ACCCEN]

En el discurso de los/las participantes, los Centros de Salud y Acción Comunitaria aparecen como generadores de menores obstáculos en el acceso, en comparación con los Hospitales Generales y Pediátricos [ACCCEN: 1, 2].

Aunque también se han realizado consideraciones acerca de las barreras de accesibilidad que presentan estos Centros de Salud [ACCCEN: 3, 4], ligadas a los obstáculos formulados por profesionales, que en oportunidades suponen cierta responsabilización de los niños respecto del cuidado de su salud [ACCCEN: 5].

El Móvil Sanitario

[Código ACCMOV]

La ciudad de Buenos Aires cuenta con un Móvil Sanitario de atención que recorre diferentes zonas geográficas de la ciudad, deteniéndose especialmente en aquellas zonas frecuentadas por los chicos y chicas en situación de calle. Es un micro-ómnibus equipado como consultorio médico que cuenta con médico/as pediatras, odontólogos, personal de enfermería y operadores sociales del

Consejo y de la Secretaría de Desarrollo Social, capacitados para la atención de los chicos. Se trata de un medio para que los niños/as que por distintas razones no acceden a efectores estatales (Hospitales y Centros de Salud) puedan recibir atención sanitaria gratuita.

Si bien es un dispositivo específico orientado a promover la accesibilidad de los/las niños a servicios de salud, en las entrevistas analizadas surgen diversos significados, que delinear ciertas tensiones discursivas en la valoración del mismo. Relativas a la inclusión/ exclusión social que promueven por una parte, y a la aproximación/ alejamiento respecto del sistema de salud por la otra.

La tensión en términos de aproximación / alejamiento o marginación respecto del acceso al sistema de salud condensa significados contrapuestos. En relación al primer sentido propuesto (acercamiento - aproximación), en las unidades textuales seleccionadas insisten distintos significados que definen al móvil sanitario en términos de “un alivio” [ACCMOV 1], “una entrada” [ACCMOV 2], “una atención primaria” [ACCMOV 3], o una “atención informal” [ACCMOV 4].

En cuanto al segundo sentido planteado, exclusión/ alejamiento, el móvil sanitario es percibido como un dispositivo que reproduce procesos de exclusión social de los/las niños/as [ACCMOV 5], como el sostenimiento de una marginación previa [ACCMOV 6], como el sostenimiento de una desigualdad existente [ACCMOV 7, 8], o bien como reproductor de barreras de acceso simbólicas como es la falta de información, que genera la invisibilidad de este servicio [ACCMOV 9].

CONCLUSIONES

Los procesos de fragmentación y fragilización familiar crecientes en las últimas décadas han propiciado la inclusión temprana de niños, niñas y jóvenes en actividades laborales y económicas. En un contexto en el cual aumentan los márgenes de exclusión social respecto de los derechos universales para la infancia, son los niños y niñas los más afectados por los procesos mencionados, ocasionando unos de los problemas socio-políticos claves en la actualidad: la creciente pobreza de la población infantil, facilitando el surgimiento de niños, niñas y adolescentes “de” y “en” la calle. Esto trae múltiples efectos y consecuencias de gran complejidad: la situación estructural de pobreza que conlleva a la ruptura de los vínculos familiares, generando al mismo tiempo un proceso paradójico de reproducción social, ya que es determinante y determinada a la vez.

Retomando el proceso de restitución de derechos a la salud y en particular la categoría accesibilidad al sistema de salud que ha sido analizada en este informe, identificamos diversas líneas argumentales que nos permiten interpretar a través de diferentes construcciones de sentido, la relación existente entre las/los niñas/os y los servicios de atención de salud.

La accesibilidad, considerada como la facilidad con la

que los servicios sanitarios disponibles en la Ciudad, pueden ser utilizados en forma equitativa por la población infantil, incluye un proceso que articula el encuentro entre las condiciones de acogimiento de los Servicios y las representaciones y estrategias de cuidado de los niños/as respecto de los mismos.

En el discurso de los/las trabajadores/as entrevistados/as aparecen los Centros de Atención y Acción Comunitaria (CESAC) y el Móvil Sanitario como facilitadores del acceso de las/los niñas/os al sistema de salud. En detrimento de los hospitales, que son percibidos en mayor medida como generadores de distintas barreras de acceso a sus servicios, tanto respecto de los niños y niñas como de los trabajadores mismos del Programa.

Respecto al móvil sanitario en particular, han surgido diversas representaciones, que condensan significados contrapuestos: valorándose al móvil sanitario tanto como un dispositivo de inclusión social que garantiza y acerca la atención a la salud de las niñas y niños, o bien como un dispositivo de reproducción de procesos de exclusión social a los cuales los niños/as ya se encuentran sometidos.

Tensión discursiva que da cuenta de contradicciones que operan al nivel de las prácticas de los trabajadores entrevistados, y en sentido más amplio, de las políticas sociales implementadas por el Consejo de Derechos de la Ciudad.

Contradicciones que intervienen determinando las prácticas, y vehiculizando el éxito o fracaso de las estrategias de intervención implementadas por el programa.

En cuanto a los Hospitales, aparece una fuerte asociación establecida entre éstos y la institucionalización / judicialización de niñas y niños.

Esta asociación que aparece entre el hospital y la judicialización se debe a la coexistencia de modelos de abordaje contradictorios: por un lado la Ley 114 en el contexto local de estudio, y la 26.061 a nivel nacional, que obligan a abandonar la idea de menor incapaz, y a pensar en la de niño y/o adolescente como sujetos de derechos. La sanción de estas leyes y su puesta en vigencia, constituyen acciones decisivas en el camino del cumplimiento y la efectivización, de los derechos de los niños/as y adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires y del país. Por otro lado, los efectos aún actuales de la ya derogada la ley 10.903 (Ley de Patronato), que planteaba como motivo de intervención judicial las situaciones críticas afrontadas por niños y niñas, en particular la de la infancia pobre y vulnerable.

Considerar a los niños/as y adolescentes sujetos plenos de derechos y no meros objetos de tutela del Estado y del mundo de los adultos implica una profunda transformación cultural que modifica las prácticas, las actitudes y los modelos de intervención tradicionales, así como la revisión de las viejas normas basadas en el antiguo paradigma.

Las dificultades identificadas por los operadores del

Programa para articular estrategias de intervención cuando los niños/as presentan problemas de salud, se relacionan con modalidades de respuestas brindadas por el sistema de salud, que continúan teniendo la impronta de las representaciones propias de un modelo que ya no tiene marco legal que lo apañe, y que ahora debe ser deconstruido en las prácticas.

En este escenario nos encontramos con acciones institucionales desarticuladas, que no alcanzan a cumplir en muchas ocasiones con el marco legal habilitado por la legislación de Protección Integral de la niñez. Condicionando esta situación el alcance del proceso de restitución de derechos de niños, niñas y adolescentes; particularmente del derecho a la salud.

Las diversas líneas argumentales que han surgido a partir de la investigación tienden a poner de manifiesto, a través de diversas construcciones de sentido, el desencuentro que perciben los trabajadores del Programa entre los/las niños/as y los servicios públicos de atención de la salud. Evidenciándose importantes barreras de accesibilidad, es decir, obstáculos producidos en el vínculo entre los sujetos (niñas/niños y operadores) y los servicios ofertados.

Obstáculos que no atañen según el material analizado a la accesibilidad geográfica o económica; sino a dificultades de orden simbólico y vincular, generadas a partir de las respuestas y representaciones profesionales del sector salud, que aún no alcanza a ajustar su accionar a un enfoque basado en la protección de derechos.

ANEXO

Figura I: Diagrama de subcategorías utilizado

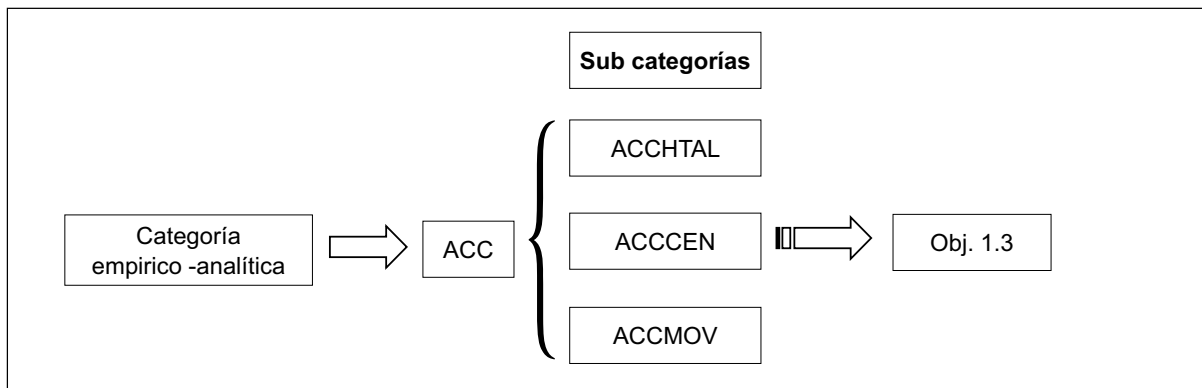


Tabla I: Matriz utilizada

Sub categ.	Unidad de registro
	<p>1- "(...) es muy raro que los chicos asistan a un centro de salud u hospital dado que suelen relacionarlo con la institucionalización".</p> <p>2- "Los servicios de salud son temidos porque hay una tendencia a la judicialización de la situaciones que presentan los/as chicos/as una vez que asisten".</p> <p>3- "El hospital lo ven como ir al juzgado..."</p> <p>4- "(...) vos decís flaco, por favor tenemos que ir al hospital porque te podés hasta morir y qué sé yo, pero el hospital es una institución más de encierro como el instituto de menores o como un montón de cosas y también es un imaginario muy fuerte porque cómo los tratan a ellos, si ellos van solos al hospital te puedo asegurar que en el 98 % de los casos no los atienden".</p> <p>5- "En si al que le pasa algo es raro que lo diga porque no se bancan el encierro, y tienen terror a la internación, (...) uno de ellos estuvo internado por hepatitis y al tercer día quería escaparse".</p> <p>6- (Para ellos) "el hospital es una institución más de encierro..."</p> <p>7- "Existe una negación en torno a la enfermedad. En situaciones límites concurren a los centros de atención de la salud y así otros también van. La salud aparece en la urgencia en estos niños".</p> <p>8- "(...) es que por lo general van si ya no dan más y están con una situación grosa..."</p>
a) ACCHTAL	<p>9- "(...) No todos los médicos aceptan a los chicos que viven en situación de calle para que los atiendan. Algunos ven que si está si viene muy jalado es al pedo¹ que lo atendamos, si está jalado ya se le va a pasar. Nos ha pasado eso ¿no? Que el SAME (Sistema de Atención Médica en Emergencia) vino y (dijo) 'No está jalado' Y ya fue. De un hospital del sector sur, no, del sudeste, vino y dijo 'No está jalado²', y agarró y se fue. Y es como que hay un límite. (...) Existe una barrera entre el chico y el médico".</p> <p>10- "(...) bueno ya ve que es algo grosso³ y acude a alguien o a lo mejor se acerca hasta el hospital, pero eso casi nunca, casi nulo esas posibilidades porque es lo que te digo también desde el hospital no hay mucha predisposición "</p> <p>11- "El sistema de salud de Ciudad de Buenos Aires, es como una gran mole, es un lugar duro, es un núcleo duro donde se genera mucha resistencia. También el sistema educativo, por la formación de los profesionales, por la forma en que esta estructurado todo el sistema".</p> <p>12- "(...) los hospitales son un re tema, yo tuve muy buenas experiencias como tuve experiencias de terror..."</p> <p>13- "(...) .no quiero hablar mal de los médicos pero es muy difícil la relación mismo para nosotros..."</p> <p>14- "Me parece que tiene que haber un cambio de mentalidad desde las instituciones de salud..."</p> <p>15- "(...) si van con nosotros sí los atienden... y si van con nosotros es toda una secuencia también porque vos presentás tu credencial del consejo y pedís, qué sé yo, pero te ven a vos con el pibe y sos el último al que van a atender porque estás con un pibe de calle, que está sucio... ni bola..."</p>
b) ACCEN	<p>1- "Nosotros estamos trabajando con la gente de los CGP (Centro de Gestión y Participación de la CABA) del CESAC, tratamos de trabajar con los hospitales. A veces se choca con la gente de los hospitales más que la gente de los centros de salud".</p> <p>2- "Quizás es distinto si es un barrio, en un centro de salud, una salita donde todos se conocen más y bueno hay otro vínculo".</p> <p>3- "Vas a la salita y te dicen los profesionales: 'todo bien pero yo tengo noventa pibes'."</p> <p>4- "Vas y te dicen 'no sé vamos a judicializar'".</p> <p>5- "(Una chica me decía) no voy (a la salita) porque voy a consultar porque me agarré sarna y me empiezan con toda una perorata de que si tomo anticonceptivos o que si uso preservativos. Digo, cuál es el derecho a la intimidad de estos pibes?"</p>
c) ACCMOV	<p>1- "(...) había un día determinado que estaba el móvil, íbamos con esos pibes al móvil para que se hicieran los controles, donde los pibes zafaban, por decir de algún modo, de esta situación que genera cuando van a un hospital, que ahí no pasa. Ahí vos lo llevas, entrás... Ya que no sea en el hospital, ya eso te alivia un montón porque el pibe lo ve de otro manera...".</p> <p>2- "(...) Intenta ser una entrada al sistema de salud, es decir que el pibe se vaya aproximando..no?"</p> <p>3- " (...) es una atención primaria de salud que se hace, se realiza para ir derivando posteriormente al sistema de salud diríamos, no?".</p> <p>4- "(...) El móvil pertenece a una ONG (...). Y bueno, como nosotros teníamos un acercamiento con los pibes, ya sabíamos que había un día determinado que estaba el móvil, íbamos con esos pibes al móvil para que se hicieran los controles. (...) Y bueno, en el móvil es como que todo eso se da de otra manera, es una cosa más informal".</p> <p>5- "La idea era que también, esto lo pienso yo. Digamos al acercarles vos el sistema de salud a los pibes de calle, lo veo también como una forma de excluir a los pibes del sistema de salud".</p> <p>6- "Porque los seguís manteniendo al margen. No pueden acceder a donde acceden los demás chicos. Yo lo pensaba más que nada como un puente. Está bien, no lo podés llevar al pibe al hospital pero se hacen controles básicos. Cosa de que no corran riesgo, etc. Yo creo que quedarme con esto del móvil en calle, seguís marginando al pibe.".</p> <p>7- "(...) no pueden acceder a donde acceden los demás chicos..."</p> <p>8- "(...) Es un chico de la calle entonces lo mandamos a la calle."</p> <p>9- "(Un operador) le explica (a los niños) que es un móvil que está en la Plaza de Constitución y que los puede atender en caso de que necesiten, por algún accidente o por si están enfermos y si es necesario los acerca al hospital. Los chicos lo escuchaban y dijeron que nunca lo habían visto".</p>

¹ "Al pedo": palabra perteneciente a la jerga popular argentina que hace referencia a algo "inútil", "sin sentido"

² "Jalado": palabra perteneciente a la jerga callejera de la Ciudad de Buenos Aires que remite a la acción de aspirar sustancias tóxicas.

³ "Groso": expresión perteneciente a la jerga popular argentina que hace referencia a algo grande, importante, serio, con cierta gravedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Almeida, C. (Editora) (2000) *Investigación en Sistemas y Servicios de Salud*. Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur. Cuadernos para Discusión N° 1. CIID-Fiocruz.
- Bericat, C. (1998) *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social*. Barcelona. Ariel.
- Bustelo, E. (2007) *El recreo de la infancia. Argumentos para otro comienzo*. Buenos Aires. Siglo Veintiuno.
- CDNNyA (2001) "Programa de atención de la salud de chicos en situación de calle. Móvil Sanitario", Buenos Aires, GCBA, 2001.
- CDNNyA (2003) "Programa de Fortalecimiento del Circuito de Protección Integral contra toda forma de explotación visible o no, remunerada o no de niños y niñas menores de 15 años", Buenos Aires, GCBA, 2003.
- CONAETI (2002) "Contextualización de las condiciones sociales asociadas a la problemática del Trabajo Infantil" En http://www.trabajo.gov.ar/conaeti/que_es/estadisticas.htm. 2002.
- Czerniecki, S. (2005) "Prácticas de salud de los niños trabajadores callejeros de constitución" en En: Untoiglich, G. (Coord.) "Diagnósticos de la Infancia. En busca de la subjetividad perdida. Inteligencia, un debate desde la complejidad.. NOVEDUC - Colección Ensayos y Experiencias. Buenos Aires.
- D'Ancona, M. (2001) "Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social". Madrid. Ed. Síntesis.
- Diario Clarín; 9 de marzo de 2008/Sección 6/ Pág. 5
- Huberman, A. and Miles, M. (1994) "Data management and analysis methods" in *Handbook of qualitative research* (edited by N. Denzin, Y. Lincoln) London. Sage.
- Janesick, V.J.; (1994) "The dance of Qualitative research design. Metaphor, methodolatry, and meaning". In *Handbook of Qualitative research*. United States of America, Edited by Denzin, Norman; Lincoln Yvonna. Sage Publications.
- Luciani Conde, L.; Barcala, A. y otros (2004) "Relevamiento de recursos de salud en la Ciudad de Buenos Aires. Una mirada desde la protección de derechos de la infancia". *Anuario de Investigaciones N° XI*. Secretaría de Investigaciones. Facultad de Psicología, UBA - 2004.
- Luciani Conde, L.; Barcala, A.; Corradini, A.; De Gemmis, V.; Barbieri, A.; Krotsch, P.; Fanelli, A.M.; Camera, O.; Pambudkian, M.; Laino, C.; Luzuriaga, C.; Giordano, P.; Rodríguez, C. (2005) "Relevamiento de recursos de salud en tres zonas seleccionadas de Ciudad de Buenos Aires. Una mirada desde la protección integral y las políticas públicas de infancia y adolescencia". En *Anuario de Investigaciones N° XIII*. Secretaría de Investigaciones. Facultad de Psicología, UBA. 2005.
- Luciani Conde, L.; Barcala, A., y otros (2006) "Prácticas dirigidas a la restitución de derechos de niñas, niños y adolescentes en situación de desamparo y desafiliación social en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires: entre la utopía y la realidad". En *Anuario de Investigaciones N° XIV*. Secretaría de Investigaciones. Facultad de Psicología, UBA. 2006: 139-138.
- Mazzeo, V. (2007) "La situación de la salud-enfermedad-atención de la primera infancia en la Ciudad de Buenos Aires entre 1990 y 2002" En *Salud Colectiva*. 2007; 3 (3): 285-300.
- Minujin, A.; Delamónica, E. (2007) "El boom de las transferencias de dinero sujetas a condiciones. ¿De qué manera estos programas sociales benefician a los niños y niñas latinoamericanos?" En *Salud Colectiva*. 2007; 3 (2): 121-131.
- Moreyra, V. (2006) "Paradigmas de niñez y adolescencia y el trabajo infantil". En *Anuario de Investigaciones N° XIV*. Secretaría de Investigaciones. Facultad de Psicología, UBA. 2006: 149-157.
- Paim, J. S.; (2000) "Redefiniciones posibles en la investigación en sistemas y servicios de salud". En *Investigación en Sistemas y Servicios de Salud*. Cuadernos para discusión N° 1 - 2000. Celia Almeida (Editora).
- Rodríguez Gómez, G.; Gil Flores, J.; García Jiménez, E. (1996) *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga. Ediciones Aljibe.
- Ruiz, J. (1996) *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao. Universidad de Deusto.
- SIEMPRO/INDEC (2001), *El trabajo infantil en la argentina/01*. Primer informe de avance Procesamiento y análisis de los datos aportados por ECV/2001Cuadernillo 1. Dirección Nacional de Políticas de Seguridad Social
- Sousa Minayo; M.C. (1997) *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Stolkner, A. y otros (2000) "Reforma del sector salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso". En *La salud en crisis: un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales*. Buenos Aires. Dunken.

Fecha de recepción: 25 de marzo de 2008

Fecha de aceptación: 14 de julio de 2008