

**XV Jornadas Nacionales del Ejercicio Profesional de la Psicología.
Septiembre 2006 – San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina. Pre
Congreso Argentino de Psicología**

RESTITUCION DE DERECHOS Y ACCESO A LA SALUD DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN SITUACION DE DESAMPARO Y DESAFILIACION SOCIAL

Autores: Luciani Conde, L.; Barcala, A.; Corradini, A.; Barbieri, A.; Fanelli, A.;
Camera, O.; Pambudkian, M.; Laino, C.; Luzuriaga, C.; Moreyra V.; Rodríguez,
C.

Área temática: Derechos Humanos, Justicia y legitimidad.

Institución: Secretaría de Ciencia y Técnica, Universidad de Buenos Aires.

Unidad Académica: Facultad de Psicología.

Dirección: Av. Independencia 3065. Tel: 4957-5886.

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 desafiliación social de la Ciudad de Buenos Aires”*¹.

El mismo apunta a describir el alcance de la participación estatal en la efectivización del derecho a la salud en relación al acceso al sistema de salud de niños, niñas y adolescentes en situación de desamparo y desafiliación social en el ámbito de la ciudad de Buenos Aires, a partir del estudio del Programa “Contra la Explotación Sexual y el Trabajo Infantil”, que se encuentra bajo la órbita del Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes del GCABA.

Particularmente, este informe se centra en uno de los objetivos específicos del Proyecto mencionado, referido a la identificación de los factores que en el nivel institucional interfieren en los abordajes dirigidos a la restitución de derechos niños/as y adolescentes en situación de desamparo y desafiliación social.

En relación a la restitución del derecho a la salud dicho programa 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”*².

Al hablar de la efectivización de derecho a la salud partimos del supuesto de que existen situaciones que vulneran derechos en general y estas realidades tienen como factor desencadenante, predominantemente, la condición de trabajo infantil, que responderían predominantemente a las

¹ Se trata de un 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.

² http://www.infanciayderechos.gov.ar/files/docs_actividades/19_Informeprogramaschicosensituaciondecalle.doc

políticas neoliberales desarrolladas en las últimas décadas. Dicho contexto ha generado profundos procesos de exclusión y desafiliación social (Castel, 1997: 15) que evidencian la imposibilidad de acceso a derechos sociales básicos, entre ellos el derecho a la salud, del cual nos ocuparemos en este trabajo.

La significación que adquiere el trabajo infantil a partir de los factores socioeconómicos que lo explican y caracterizan, conlleva a una problemática que victimiza, de muy diversas maneras, a un porcentaje creciente de nuestra niñez, obturando el ejercicio de sus más elementales derechos y sus posibilidades de integración social.

El fenómeno del trabajo infantil tiende a crecer paralelamente con el empobrecimiento e ineluctablemente a la creciente expansión de la pobreza y la desigualdad en vastos sectores sociales,

Pensamos el trabajo infantil como el desempeñado por niños y niñas y adolescentes que -en el intento de procurar ingresos para su propia subsistencia o para ayudar a sus familias o facilitar que sus padres salgan a trabajar o buscar trabajo

Según un informe de la Organización Internacional del Trabajo ³ en la actualidad, la vulnerabilidad caracteriza a amplios porcentajes de nuestra población, 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.

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 comercial⁴. Desde un informe de la CONAETI⁵ “se advierte que la mayoría de los niños, niñas y adolescente entre 4y14 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.”⁶

Participan, además, de 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 aun más limitadas sus posibilidades educativas y de acceso a servicios de

³ *EL TRABAJO INFANTIL EN LA ARGENTINA/01*. Primer informe de avance Procesamiento y análisis de los datos aportados por ECV/2001. SIEMPRO/INDEC, Cuadernillo 1. Dirección Nacional de Políticas de Seguridad Social

⁴ <http://www.argenpress.info/nota.asp?num=025907>

⁵ Actualización Diagnóstica del Trabajo Infantil en la Argentina.- CONAETI-2002-
http://www.trabajo.gov.ar/conaeti/que_es/estadisticas.htm

⁶ Los procesos de urbanización de las últimas décadas han elevado de forma substancial el volumen de niños y niñas trabajadores en las grandes urbes. El INDEC da cuenta que en Argentina un 53% de personas que residen en los grandes conglomerados urbanos están por debajo de la línea de pobreza y muestran que en todo el territorio nacional los niños y niñas pertenecientes a hogares pobres constituyen el 72,3%. Las tasas de desocupación llegan al 21,5 %, las de subocupación demandante al 12,7% y las de subocupación no demandante al 5,9%. Según datos elaborados por Unicef y la Comisión Nacional de Erradicación del Trabajo Infantil (CONAETI).

salud. Además por las particularidades antes mencionadas, están expuestos a una situación de mayor vulnerabilidad, sea por accidentes o por contraer enfermedades diversas⁷.

La legislación vigente que da marco legal a políticas públicas que intentan desde las practicas poder restituir derechos a la población de niños/as y adolescentes en situación de desamparo y desafiliación social, evidencian que anteriormente los derechos de estos niño fueron vulnerados, y que en muchos casos esta vulneración viene produciéndose de generación en generación, donde si bien según nuestra legislación el sujeto tiene derechos desde el nacimiento, éstos en algunos casos, nunca fueron ejercidos o lo fueron de modo precario. Por lo tanto, no se satisface con el mero reconocimiento normativo de la calidad de sujetos titulares de derechos, sino que requiere la consagración de los mecanismos necesarios para que esos derechos puedan ser efectivamente ejercidos.

De acuerdo con los lineamientos planteados para este trabajo nos proponemos analizar la efectivización de los derechos a la salud de los niños en situación de desamparo y desafiliación social tomando por caso un programa del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, que en el marco de la Ley 114 de Protección Integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes como así también en el marco de la Ley 937 de "Erradicación del Trabajo Infantil" conforman una respuesta estatal tendiente a afianzar desde la practica las directrices planteadas por el Paradigma de la Protección Integral.

Desde dicho paradigma⁸ el Estado intenta garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes el pleno acceso, la gratuidad y prioridad en la atención. Además reconoce la calidad de sujetos activos de derecho habilitando el ejercicio de la ciudadanía.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio exploratorio descriptivo inscripto en una línea de desarrollo teórico denominada Investigación en Sistemas y Servicios de Salud (Paim; 2000) llevado a cabo por un equipo interdisciplinario conformados por las disciplinas de Psicología y Trabajo Social.

Este enfoque privilegia en la delimitación del objeto: el estar vinculado a la acción concreta desde una perspectiva transformadora de la realidad; incluir en la delimitación de la investigación la visión de los actores directamente involucrados en la problemática y en la implementación de los resultados; e intentar relacionar la actividad académica con la toma de decisiones en políticas sociales (Almeida; 2000: 11).

El marco institucional del presente Proyecto es el Convenio existente

⁷ Respecto del proceso de salud/ enfermedad / atención, dentro de los principales motivos de consulta de chicos/as en situación de calle se destacan: Problemas Respiratorios (22%), Dermatología (14%), Odontología (14%), Control(17%), Herida y/o Traumatismo / Quemaduras (12%) (CDNNyA; 2001).

⁸ Pensamos como paradigma a la nueva" Ley de Protección Integral de los Derechos de niñas/ninos y adolescentes" ya que, UNICEF valora la nueva ley como una "división de la historia" que termina con el Patronato de 1919 o Ley Agote, que estaba en contradicción básica con la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), incorporada a la Constitución en 1994. Esto implicaría un cambio central del sistema y la cultura

entre la Universidad de Buenos Aires y el Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires.

Se seleccionaron dos Unidades de Análisis: trabajadores/as y niños/as destinatarios/as del Programa en estudio. Se realizaron observaciones participantes en campo, entrevistas en profundidad y talleres de radio.

Se utilizaron procedimientos de combinación y triangulación como estrategias de integración metodológicas.(Bericat; 1998, Janesick; 1994) .

Los datos se analizaron a través del enfoque procedimental (Rodríguez; Gil; García; 1996), que incluyen el desarrollo de tareas de reducción de datos, disposición de datos, y extracción / verificación de conclusiones (Huberman and Miles; 1994).

El método utilizado para el análisis de los datos se centró en el estudio de las estrategias discursivas (Edwards and Potter; 1994; Potter; 1998; Montero; 1999) y retórico – argumentativas (Luciani Conde; 2002) Perelman y Olbretch Tyteca; 1994) presentes en los corpus delimitados en relación a las categorías analíticas (Souza Minayo; 1997) de interés de la investigación.

Las categorías analíticas construidas son: 1. **proceso de vulneración de derechos**, 2. **proceso de restitución de derechos**. 3-: **accesibilidad a los Servicios y sistemas de salud (SSS)** . La exploración de dichas categorías nos permitirá identificar algunos de los factores que interfieren en la efectivización de dicho derecho.

A continuación se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis de las entrevistas realizadas a once trabajadores del Programa en estudio, que incluyen a dos coordinadores y nueve operadores de calle.

RESULTADOS ALCANZADOS EN LA EXPERIENCIA DE INVESTIGACIÓN EN CURSO

1. PROCESO DE VULNERACIÓN DE DERECHOS

Con la categoría “proceso de vulneración de derecho” se quiere dar cuenta de una trayectoria histórico-social que supone, en cierta medida, dos situaciones relacionadas: amenaza de derecho y violación o vulneración de derecho. Se trata de una categoría inductiva que surge del trabajo generado a partir de las entrevistas realizadas a los trabajadores/operadores del programa y desde la constatación de que las situaciones que conforman la vulneración de derecho suponen un proceso dinámico e histórico.

Por amenaza de derecho se entiende las acciones u omisiones del Estado a través de sus instituciones (escuela, centros de salud, etc.) de la familia, de la comunidad, que interfieran u obstaculicen el disfrute y/o ejercicio de uno o más derechos o el acceso a una igualdad de oportunidades para que niños y adolescentes logren su desarrollo integral y pleno.

Por violación o vulneración de derechos se entiende las acciones u omisiones provenientes del Estado, a través de sus instituciones (escuela, centros de salud etc.) de la familia, de la comunidad, que nieguen o impidan el

disfrute y/o ejercicio de algún derecho, pudiendo, a la vez implicar una amenaza a otros derechos.⁹

Entender la categoría de “proceso de vulneración de derecho” como una trayectoria histórico – social nos conduce a plantear otras tres subcategorías que dan cuenta de ello: situación estructural, situación de calle y situación de derechos vulnerados.

De las entrevistas se desprende la presencia de un contexto estructural y la figura del contexto familiar, caracterizados por la pobreza, la marginalidad, la exclusión social, como determinantes de la situación presente de los niños y niñas con los cuales trabaja el programa.

*“... generalmente en los lugares que viven **son lugares de pobreza, de exclusión y de expulsión**. Creo (...) que es donde se da la vulnerabilidad...”*

*“... hay **un contexto, una situación estructural**, diríamos, **de pobreza y de marginalidad...**”*

*“Acá se habla de población vulnerable y en realidad es población vulnerada. Es decir, **los primeros vulnerados son las familias** que no se les puede garantizar, justamente, determinados derechos”.*

*“(...) **son los padres los primeros en perderlos** (a los derechos)... el derecho al trabajo, a una vivienda digna, el derecho a comer... Los padres son víctima de esta situación que arrastra a los pibes.*

Pareciera ser que la situación de pobreza estructural de las familias, determinan, en conjunto con las consecuencias de la situación coyuntural de las últimas décadas, el presente de exclusión de niños, niñas y adolescentes. Así mismo se podría plantear que ello tiene relación con la reproducción intergeneracional de las relaciones sociales que estructuran a este colectivo social.

*“Responden a familias **que estructuralmente vienen así de generación que también se criaron en la calle...**”*

*(EA) “Porque antes también **la madre pedía y después le cedió el lugar** porque la chica recaudaba mas (...) El único ingreso fuerte es el que recaudaba la hija”.*

La figura del contexto familiar incidiría en la reproducción social de las estrategias de supervivencia desarrolladas históricamente

En relación a la categoría “situación de calle”, en las siguientes frases surge una relación (de determinación) entre el trabajo infantil (trabajar en calle,

⁹ Gestión de políticas para la protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Un modelo en construcción. Serie Infancia, Adolescencia y Municipio, UNICEF, buenos Aires, septiembre de 1999, pág. 42.

cartonear) y la instauración de la situación de calle. Algo que puede interpretarse como una explicación posible del origen de la situación de calle para alguno de estos niños y *por lo tanto las consecuencias a que esto conlleva.*

(Entrevista B) ***“Son chicos que, tal vez, en un principio, venían a trabajar acá y por diferentes motivos se fueron quedando en la calle y la mayoría cortaron vínculos”.***

“Había pibes que venían a cartonear y terminaban en situación de calle”.

“Atacábamos al pibe cuando ya estaba trabajando. Cuando estaba cartoneando, cuando estaba en la calle. Pero no se ataca la base (...).”

La ***situación de trabajo infantil*** es entendida por los operadores del programa como generadora de procesos de vulneración de derechos. Esto, que ya ha sido puesto de manifiesto en las consideraciones previas, es expuesto con claridad en la siguiente frase:

“... son un conjunto de derechos los que son vulnerados por la situación del trabajo infantil. Entonces lo que busca el programa es tratar de que cese la situación de trabajo infantil y que se vayan recuperando esos derechos que se han perdido por estar en situación de trabajo infantil” .

“... cuando duerme en la calle (...) cuando comen de la basura, cuando la gente los tiene invisible en todos los sentidos o cuando se los visibiliza desde el lugar del estigma, de la puteada... El sujeto que va constituyéndose es ese, el del estigma, es la invisibilización de él como sujeto”

A continuación, para ilustrar el enfoque del presente trabajo profundizaremos la vulneración del derecho a la salud., entendiéndolo por todo acto proveniente del estado a través de las instituciones que lo refleja, que por acción u omisión se ven impedidos de ejercer el derecho del niño/as y adolescente al acceso a la salud

Vulneración de derecho a la salud

La población de niños/as y adolescentes en situación de desamparo y desafiliación social se encuentra expuesta a escenarios de mayor vulnerabilidad, recortando en este caso las problemáticas existentes respecto al proceso salud/enfermedad. Estos chicos/as y adolescentes se encuentran mas expuestos a contraer diversas enfermedades, mayor predisposición al consumo de sustancias toxicas y al mismo tiempo menor acceso a los SSS.

El solo hecho de sobrevivir en las calles implica innumerables riesgos de morbimortalidad: accidentes callejeros incrementados por el consumo de

drogas, mala alimentación, consecuencias de las inclemencias del tiempo, riñas y lesiones entre ellos y con la policía etc.

*“...O el pibe que esta laburando, con este frío y esta lluvia y esta desabrigado limpiando por horas los vidrios de los coches **ve expuesta seriamente su salud.***

*“... te encontrás con una piba de 13 años en la zona del Penna **que estaba con un embarazo, tenía sífilis tenía HIV... estaba destruida la piba... se subía a los camiones por cinco mangos...**”*

*“...los pibes que hacen malabares **uno se sube arriba de otro y por ahí el cuerpo no esta en condiciones** de recibir semejante peso arriba de el...”*

*“... **Viven enfermos, porque viven con un nivel de consumo** (el entrevistado hace referencia a sustancias toxicas) **que los supera, en los cuales tienen hipotecada su vida entera...**”*

*“...**un pibe de 8 ocho año que jala al nivel que jala, no va a pasar los 20 años**”*

*“...**hemos visto pibes caminando como para chocar a los coches.**”*

Como se ve en las citas extraídas de las entrevistas los chicos/as y adolescentes que están en situación de calle y, o de trabajo u explotación, están mayormente expuesto a contraer enfermedades, muchas de ellas crónicas u sufrir diversos accidentes. Así mismo se podría reflexionar que al estar en estas situaciones es dificultoso el acercamiento a controles de salud común en la etapa evolutiva por la que transitan.

2. PROCESO DE RESTITUCIÓN DE DERECHOS.

En primer lugar, la “restitución de los derechos vulnerados” constituye el objetivo fundamental del programa. Lo que supone un abordaje integral de estas situaciones enfocadas desde la óptica de los derechos.

*“... son un conjunto de derechos los que son vulnerados por la situación del trabajo infantil. **Entonces lo que busca el programa es tratar de que cese la situación de trabajo infantil y que se vayan recuperando esos derechos que se han perdido por estar en situación de trabajo infantil**”.*

Pero en función de esta integralidad surge la idea de “complejidad”. El proceso de restitución de derechos es complejo como lo es la problemática misma del Trabajo Infantil, en la que, además, intervienen una multiplicidad de factores.

“Tenés que trabajar con la complejidad también desde un lugar de la complejidad. Es decir, de poder ir desmenuzando todos los factores que intervienen en la situación e ir desarrollando acciones en dirección a cada uno de esos factores”.

Además dicha consideración acerca de la problemática del trabajo infantil y del abordaje necesario desde el programa surgen consideraciones significativas respecto de la transversalidad de las políticas y de los espacios institucionales aplicables para el fortalecimiento del circuito de protección integral.

“Desde el Consejo (de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes del GCABA), se ha desarrollado un plan que se llama ‘Plan transversal’. Y justamente apunta a esto, a como articular en función de la Ley 114 y de la Convención Internacional de los Derechos del Niño, las políticas públicas de los diferentes efectores del circuito”.

La idea de transversalidad se desprende de la necesaria articulación entre los diferentes espacios involucrados a fin de hacer efectivo tal fortalecimiento.

“ Si el pibe esta enfermo o tiene algún problema de salud, eso lo tiene que resolver el sistema de salud.

Sin embargo aparece la formulación de los obstáculos con los se encuentran a la hora de la efectivización y restitución de los derechos enfatizando en el perfil de los espacios instituciones con los que se deben articular las acciones.

“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”.

Por lo tanto ello implica la imposibilidad de articular acciones efectivas a la luz de la CIDN y de la Ley 114. En el caso específico de la restitución del derecho a la salud se plantea el nivel de dificultad encontrado en el sistema de salud.

“Hacer una resolución desde el Consejo que llegue a todos los hospitales y que todos los hospitales la cumplan, que si llega un pibe en situación de calle a un hospital para hacerse atender, lo tenés que atender, no tenés que pedirle ni el documento, ni preguntarle donde esta el papa... Tenés que resolverle el problema de salud y después llama a la guardia de abogados del Consejo y de lo otro nos hacemos cargo nosotros. Bueno... Poder lograr esto en este sistema ‘elefantistico’, digamos, es muy difícil”.

Por lo tanto, el proceso de restitución de derechos, en este caso la restitución del derecho a la salud, está atravesado por diferentes complejidades; siendo una de las más preponderante la dimensión institucional. Habría una resistencia a “trabajar” de una forma diferente a la que se venía sosteniendo anterior a la “ley de protección Integral” Con el marco legal vigente y el entrecruzamiento con el anterior encuadre legislativo surgirían obstáculos desde las practicas institucionales que interferirían en el proceso de restitución de derechos. Así mismo sería imprescindible la articulación entre las instituciones intervinientes en el circuito de protección integral.

3. ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS Y SISTEMAS DE SALUD (SSS)

Comenzaremos definiendo la accesibilidad según diversos autores para a continuación presentar algunos resultados obtenidos. Para dar cuenta de las interpretaciones realizadas, las acompañamos por los relatos de los/las participantes, con quienes hemos trabajado, por lo cual no podemos generalizar.

G. Hamilton define la **accesibilidad** 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”. (Hamilton 2001)¹⁰. En el concepto de accesibilidad se articulan dos actores del Sistema de Salud: los sujetos y los servicios, y lo que se pone en juego es la posibilidad que tienen los sujetos para acceder a los servicios cuando lo necesitan. Si esto es así, también se pone en juego, del lado de los servicios, la disponibilidad para contener “sujetos necesitados de atención”. Stolkiner, plantea: “La Accesibilidad se define como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. (Stolkiner y Otros, 2000)¹¹ 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: 282).¹² La accesibilidad constituye el extremo más deseable de ingreso al sistema de salud, es decir el de la posibilidad de acceder, existe un extremo poco o nada deseable que serían las “barreras”. No se ha encontrado literatura sobre el tema que plantee algún otro gradiente, en general se define la accesibilidad y se pasa directamente a definir barreras. Se entiende por tales a los obstáculos que se producen en el vínculo entre los sujetos y los servicios ofertados.

Consideramos necesario situar el Sistema de Salud en la Argentina el que está conformado por diferentes sub-sectores, (estatal, privado, seguridad social, así como también las diferentes asociaciones civiles que constituyen el llamado "Tercer Sector"), De acuerdo con los resultados la población de niñas/ os y adolescentes utiliza con más frecuencia la prestación estatal (hospitales y/o centros de salud y acción comunitaria CESAC) o la asistencia de las organizaciones civiles: el móvil sanitario¹³.

El Móvil Sanitario de atención que aparece en el material, básicamente es un micro-ómnibus que va recorriendo diferentes zonas geográficas de la capital, y que es un medio para que los niños/as que por distintas razones no acceden a efectores estatales puedan recibir atención sanitaria gratuita, está armado con algunos recursos materiales para que diferentes profesionales de

¹⁰ Comes, Y. “Accesibilidad :una revisión conceptual” en Documento de Trabajo del Equipo de Investigación UBACYT “Accesibilidad y dignidad en la atención en Servicios de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires :sujetos y derecho a la atención en salud” Buenos Aires. 2003.

¹¹ Idem

¹² Idem

¹³ **Programa de Salud para Niños y Adolescentes en situación de calle.** El objetivo de este programa de gestión conjunta con la Secretaría de Salud del GCBA, es garantizar el **derecho a la salud** de niñas, niños y adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires en situación de pobreza y marginalidad.

Un “**Consultorio Móvil**” recorre las calles de la ciudad deteniéndose especialmente en aquellas zonas donde se encuentran frecuentemente los chicos y chicas que están en la calle, como las estaciones de trenes y subtes, los barrios de Recoleta y Constitución y el microcentro, entre otras. El vehículo, convenido con la Asociación Civil Amanecer, está equipado como consultorio médico, cuenta con médico/as pediatras, personal de enfermería, operadores sociales del Consejo y de la Secretaría de Desarrollo Social capacitados para la atención de los chicos.

http://www.infanciayderechos.gov.ar/files/docs_actividades/19_Informeprogramaschicosensituaciondecalle.doc

salud como ser médicos clínicos, odontólogos, operadores /as etc., puedan realizar su tarea

De las entrevistas analizadas en referencia al Móvil Sanitario aparecen significados diversos de este dispositivo montado en torno a la atención de la población de niño/as y adolescentes, que van perfilando una tensión que oscila entre la inclusión/ exclusión y aproximación/ alejamiento

En relación al primer sentido propuesto, en las unidades seleccionadas, inclusión/ aproximación, diferentes significados definen al móvil sanitario en términos de:

-Un alivio: (*Ya que no sea en el hospital, **ya eso te alivia un montón porque el pibe lo ve de otro manera...***)

-Una entrada: "**...Intenta al ser una entrada sistema de salud...**"

Una atención primaria: "**...es una atención primaria de salud que se hace, se realiza para ir derivando posteriormente al sistema de salud diríamos, no? (...)**".

-Una atención informal: "**...en el móvil es como que todo eso se da de otra manera, es una cosa más informal..**"

En cuanto al segundo sentido planteado, exclusión/ alejamiento, el móvil sanitario aparece como:

-Una forma de exclusión: "**...lo veo también como una forma de excluir a los pibes del sistema de salud...**"

-El sostenimiento de una marginación previa: "**...los seguís manteniendo al margen...**" *Yo creo que quedarme con esto del móvil en calle, **seguís marginando al pibe. Es un chico de la calle entonces lo mandamos a la calle...***"

-El sostenimiento de una desigualdad existente: "**...No pueden acceder a donde acceden los demás chicos...**" "**...Es un chico de la calle entonces lo mandamos a la calle...**"

De acuerdo a las consideraciones antes desarrolladas, se puede concebir al **Móvil Sanitario** como un dispositivo de inclusión social que garantiza y acerca la atención a la salud de las/los niñas/os o pensarlo como un dispositivo de reproducción de procesos de exclusión social a los cuales las/los niñas/os ya se encontraban sometidos.

*"... 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...*****

*"... Intenta ser **una entrada al sistema de salud**, es decir que el pibe se vaya aproximando..no? (...) **es una atención primaria de salud que se hace, se realiza para ir derivando posteriormente al sistema de salud diríamos, no? (...)**"*

*"...El móvil pertenece a una ONG(...). Y bueno, como nosotros teníamos un acercamiento con los pibes, ya sabíamos que había **un día determinado que el estaba 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.

“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. 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. Es un chico de la calle entonces lo mandamos a la calle...”

En referencia a los **Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC)**, aparecen como un lugar de acceso al sistema de salud y haciendo una cierta diferenciación con el hospital mismo con la que las/los operadores/as pueden contar al momento de atender a los/as niñas/os y adolescentes.

“...Nosotros estamos trabajando con la gente de los CGP (Centro de Gestión y Participación de la CABA).. **del CESAC (Centro de Salud y Acción Comunitaria), 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”.**

“...bueno ya ve que es algo grosso 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**

Por último, los **Hospitales**, que merecen la siguiente consideración, fundamentalmente en lo que hace tanto al acceso dificultoso o bien en el significado que remite a las instituciones totales. También surge que hay una fuerte asociación entre hospitales y el encierro, la institucionalización/judicialización

“... 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 pedo 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 “No está jalado”. Y ya fue. De un hospital del sector sur... no del sudeste vino y dijo : “No está jalado”, y agarró y se fue. Y es como que hay un límite. (...) **Existe una barrera entre el chico y el médico**

“... 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, si van con nosotros sí los atienden ...” .

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. Y que en algunos casos coincide con situaciones de trabajo y explotación infantil.

Esto trae múltiples efectos y consecuencias de gran complejidad: la situación estructural de pobreza que conlleva a la ruptura de los vínculos familiares y genera un proceso paradójico de reproducción social ya que determina y es determinada a la vez.

Estas consecuencias que recaen en poblaciones vulnerables y vulneradas que tendrían como efectos la exposición a diferentes problemáticas siendo la salud una de las más predominantes. Al estar cualquier derecho vulnerado, esto incide en la salud, ya que se trata literalmente de la vida de niños/as y adolescentes. Al estar en situación de trabajo, hay mayor propensión a accidentes callejeros, exposición a contraer enfermedades por falta de controles y de prevención. Al tratarse de una población mayormente en situación de calle, es mayor aun el grado de exposición y vulnerabilidad.

Si bien los marcos legislativos en la Argentina se apoyan en el Paradigma de la Protección Integral, las políticas públicas implementadas tienden a generar programas para la erradicación del trabajo infantil y las diversas formas de explotación con el objetivo de restituir los derechos vulnerados. Paradójicamente parecería ser que las mismas políticas estatales a través de las instituciones intervinientes no acompañarían en su implementación dicho marco referencial por lo cual se observa que la dificultad en la accesibilidad a los servicios de salud repercute en el proceso de restitución del derecho a la salud del niños/as y adolescentes en situación de desamparo y desafiliación social en el ámbito de la ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Retomando el proceso de restitución de derechos a la salud y en tanto ello la categoría accesibilidad al sistema de salud, surgieron diversas líneas argumentales que tienden en general a poner de manifiesto a través de diferentes construcciones de sentido la relación entre las/los niñas/os y los servicios de atención de salud.

Aparecen los Centros de Atención y Acción Comunitaria CESAC y el Móvil Sanitario como facilitadores en el acceso de las/los niñas/os al sistema de salud significando un lugar de acercamiento a éste. Específicamente el Móvil Sanitario presenta una tensión que oscila entre la inclusión/exclusión. Como inclusión diferentes significados lo definen como un alivio, una entrada; como exclusión aparece como el sostenimiento de una marginación previa y de una desigualdad existente. Podemos plantear a modo de supuesto emergente que esta tensión discursiva da cuenta de contradicciones que operan al nivel de las prácticas de estos trabajadores del programa analizado y de las políticas sociales implementada. Contradicciones que intervienen determinando sus prácticas y vehiculizando el éxito o fracaso de las estrategias de intervención implementadas por el programa. Aspectos estos que aparecen

como línea de indagación a seguir siendo trabajada y profundizada por la investigación.

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

Por lo antes expuesto es oportuno preguntarse acerca de la posibilidad concreta del acceso a la salud para estos niñas/os y adolescentes en situación de calle. Cuestión a seguir ahondando en el devenir de la investigación.

Siendo complejo el proceso de restitución de derechos de niños/as y adolescentes, atravesado por la legitimidad y por la coexistencia de legalidades a veces encontradas y/ o contradictorias, y en la medida que estas cuestiones se trasladan a la práctica; nos encontraríamos con acciones institucionales desarticuladas, que no alcanzan a cumplir en muchas ocasiones con el marco legal habilitado por la Ley 26.061 de Protección Integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes.

Repercutiendo la situación descripta en el proceso concreto de restitución de derechos a la salud.

BIBLIOGRAFIA

-Castel, Robert. "Las metamorfosis de la cuestión social." Ed.Paidós Estado y Sociedad. Buenos Aires. 2004.

-Código Civil AZ Editora Buenos Aires. 1992.

-CONAETI. Actualización Diagnóstica del Trabajo Infantil en la Argentina." En [-http://www.trabajo.gov.ar/conaeti/que_es/estadisticas.htm](http://www.trabajo.gov.ar/conaeti/que_es/estadisticas.htm). 2002.

-CONAETI. "contextualización de las condiciones sociales asociadas a la problemática del Trabajo Infantil" En http://www.trabajo.gov.ar/conaeti/que_es/estadisticas.htm. 2002.

-Comes,Y. "Accesibilidad: una revisión conceptual" En documento de trabajo del Equipo de Investigación UBACYT "Accesibilidad y dignidad en la atención en Servicios de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires: sujetos y derecho a la atención en salud" Buenos Aires 2003.

-CDNNyA. 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

-CDNNyA, Programa de atención de la salud de chicos en situación de calle. Móvil Sanitario, Buenos Aires, GCBA, 2001.

-Fazzio,A-Sokolovsky,J. "Cuestiones de la niñez. Aportes para la formulación de Políticas Públicas" Ed.Espacio. Buenos Aires. 2005

-Luciani Conde-Barcala y Otros. De la infancia en los márgenes a la ampliación de los márgenes de la infancia:¿es posible la efectivización del derecho a la salud de niñas/os en situación de calle?" En Diagnósticos en la Infancia NOVEDUC Colección Ensayos y experiencias N°60 Buenos Aires. 2005.

Ley N° 114 "Ley de Protección Integral de los Derechos de Niñas/os y Adolescentes" de la Ciudad de Buenos Aires"

Ley 26061."Ley de Protección Integral de los Derechos de Niñas/os y adolescentes" Nacional

Ley 937 "Ley de Erradicación del Trabajo Infantil"

-SIEMPRO/INDEC - *El Trabajo Infantil en la Argentina".Primer informe de avance. Procesamiento y análisis de los datos aportados por ECV/2001.Cuadernillo 1*Dirección Nacional de Políticas de Seguridad SocialSecretario de Seguridad Social del MTEySS: Alfredo Conte Grand.Director Nacional de Políticas de Seguridad Social: Walter Arrighi.Equipo de Investigación: Nora Santolaria, Silvia Perelman y María Otheguy.Enero 2004