

**MAESTRIA EN CIENCIAS SOCIALES CON MENCION EN
SALUD.**

CEDES-FLACSO

**Tesis para la obtención del Título de Maestría en Ciencias
Sociales con Mención en Salud.**

Titulo: "Condiciones de salud, percepciones y significaciones del proceso de salud/enfermedad/atención de los niños/as que trabajan, de 8 a 14 años. Un estudio de caso, en el barrio IAPI, de Quilmes, en el año 2009".

Directora de Tesis: Dipl. Alicia Stolkiner

Co-Directora: Mg. Silvina Czerniecki

Autora: Lic. Mariana Abadía

Agradecimientos

A Mariana Gabrinetti y Ernesto Zambrini, ambos compañeros indispensables en mi camino de formación.

A Laura Cuevas, por ser otro ojo e implicarse con las historias de cada niño y niña y con el sentido de este trabajo.

A Laura Gargiulo y Mariana Martín, por disponer y brindar su tiempo para hacer más aliviado el artesano trabajo de desgrabación.

A Alicia Stolkiner, por la posibilidad y el estímulo para retomar este proyecto y saber escuchar en momentos difíciles, lo que hizo que el proyecto siguiera en pie. Por el valor de sus aportes y sus señalamientos finitos; por su agudeza a la vez que por su calidez y generosidad con la que brinda su conocimiento, su experiencia y su tiempo.

A Silvina Czerniecki, por pensar juntas, por esa otra mirada dispuesta a acompañar, por su tiempo.

A mis hijos, Juana y Fermín, personitas que crecieron en el devenir de la tesis, con todo lo dado y lo resignado a ellos.

A mi mamá, por haberme dejado el compromiso con el trabajo y la fuerza para enfrentar adversidades, entre tantas cosas que me dejó.

A Liliana Guido, por su compañía para seguir siempre adelante, aunque a veces haya sido volviendo.

A los niños y niñas y sus familias, con quienes viví momentos que no olvidaré, por exponer sus vidas signadas de dolor pero también de esperanza.

A los trabajadores del Centro de Salud María Eva, Marcela Amespil y Alba Guillermo, verdaderos protagonistas de los procesos de resistencia y de trabajo cotidiano; escucharlos/as significa visualizar lo posible como así también los desafíos para que los/as niños y niñas puedan vivir una vida donde se garanticen sus derechos.

Resumen

Este trabajo es resultado de mi tesis de investigación en el marco de la Maestría en Ciencias Sociales con mención en Salud de CEDES-FLACSO, en el cual se procuró conocer las *condiciones de salud y las percepciones y significaciones sobre el proceso salud/enfermedad/atención que tienen los niños y niñas que trabajan, de 8 a 14 años, del Barrio IAPI en Quilmes, en el año 2009*. La inquietud por indagar sobre este campo problemático surge de la experiencia de trabajo en un Equipo de Salud en el Primer Nivel de Atención desde donde se visualizan de manera directa un conjunto de problemáticas, siendo las condiciones de salud de los niños y niñas que trabajan una cuestión *pendiente y prioritaria* para ocuparse. Indagar *percepciones y significaciones sobre el proceso salud/enfermedad/atención* que tienen estos niños y niñas, permitirá avanzar en la identificación de las *condiciones de salud* con el propósito de generar prácticas que propicien el *acceso* a la atención. La metodología elegida se enmarca en una Estrategia Cualitativa combinando técnicas de producción de datos cualitativos y cuantitativos. El tipo de diseño es descriptivo, a través de un Estudio de Caso. Las técnicas consisten en la aplicación de un cuestionario para la construcción de la muestra intencional; encuesta dirigida a las madres; entrevistas semidirigidas a los niños y niñas; entrevistas a informantes clave. En el marco de cierre del proceso se realizaron talleres de actividades plásticas con los niños y niñas entrevistados tomando la propuesta de Barcalá y Conde (UBACyT, 2008) que consiste en pensar la actividad de investigación acorde a los planteos de la Convención Internacional de Derechos del Niño. En función de los objetivos y del marco referencial de este estudio, resulta indispensable partir de la voz de los actores en la producción teórica. El período temporal en el que se realiza el estudio es 2004-2009.

INDICE

Agradecimientos	Pág. 2
Resumen	Pág. 3
1. Introducción	Pág. 6
2. Investigaciones previas/ Estado del arte	Pág. 12
3. Justificación y Planteo del problema	Pág. 28
3.1 Caracterización del contexto social	Pág. 28
3.2 Consideraciones acerca de Condiciones de salud en la infancia en la Argentina pos década del 90, imágenes de una sociedad excluyente	Pág. 33
3.3 Una aproximación a la relación entre condiciones de salud y trabajo infantil	Pág.38
3.4 Planteo del Problema	Pág. 40
4. Contexto local.	Pág. 44
4.1 Niños que trabajan en el Conurbano Bonaerense	Pág. 44
4.2 Ubicación geográfica y características demográficas	pág. 45
4.3 Contextualización del Centro de Salud “María Eva”	pág. 45
5. Análisis teórico de las categorías centrales de la investigación	pág. 50
5.1 Presentación de las categorías analíticas que guiaron la reflexión sobre el tema planteado	pág. 50
5.2 Presentación general del trabajo de campo	pág. 63
5.3 Metodología	pág.63

5.4	Presentación de las Características socio familiares de los niños y niñas.	Pág. 72
5.5	Una aproximación a la salud de los niños y niñas que trabajan, desde sus propias voces.	Pág. 96
5.5.1	Significaciones y percepciones salud/enfermedad/atención	Pág. 96
5.5.2	Percepción y autopercepción del padecimiento	Pág. 99
5.5.3	Prácticas y estrategias de salud/enfermedad	Pág. 108
5.5.4	Condiciones de salud	Pág. 119
5.6.	El trabajo como estrategia de supervivencia familiar. Vivencias en torno al trabajo, cómo se “interpone” con el derecho a la salud y a la educación. Tensiones, “¿qué está primero?”	Pág. 129
5.6.1	El trabajo infantil como estrategia de supervivencia familiar.	Pág. 129
5.6.2	Vivencias en relación a la salud/enfermedad y a la situación de trabajo	Pág. 131
5.6.3	Vivencias en relación a la inserción en la escuela y la situación de trabajo	Pág. 136
5.7	El trabajo doméstico y el trabajo callejero. Similitudes y diferencias	Pág. 142
5.8	Articulación real y posible con el centro de salud	Pág. 148
6.	Conclusiones finales de la investigación	Pág. 167
7.	Bibliografía	Pág. 185
ANEXO		Pág. 195

1. Introducción

“Construir una sociedad de semejantes no admite espera, porque la única materia prima no renovable son nuestros hijos: texturas del futuro. En la pizarra de los caminos los niños nos dejaron un legado: Los pibes no marchan porque son felices. Marchan por la felicidad”¹.

El presente trabajo es el resultado de mi tesis de investigación en el marco de la Maestría en Ciencias Sociales con mención en Salud de CEDES-FLACSO, en el cual se procuró conocer las condiciones de salud y las percepciones y significaciones sobre el proceso salud/enfermedad/atención que tienen los niños y niñas que trabajan, de 8 a 14 años, del Barrio IAPI en Quilmes.

Esta inquietud surge de la experiencia profesional en ese contexto, fui parte de un Equipo de Salud que trabajó en la construcción de estrategias de promoción y prevención de la salud, intentando revalorizar el Centro de Salud como *parte de* una comunidad, más que como un efector de salud que “*responde a*” las demandas de una Comunidad. En ese proceso de “trabajar con” los usuarios de los servicios de salud, se fueron planteando interrogantes relacionados con los determinantes sociales de los procesos salud/enfermedad/atención; siendo la problemática de las condiciones de salud de los niños y niñas que trabajan una cuestión *pendiente y prioritaria* en el campo de la salud.

¹ Discurso de Alberto Morlchetti en Plaza de Mayo, Coordinador del Movimiento Nacional de los Chicos del Pueblo, 17 de mayo de 2007

En ese proceso se pudo constatar que los niños y niñas que trabajan viven una cotidianeidad caracterizada por *prioridades* relacionadas con estrategias de sobrevivencia y permanecen aún en situación de cuasi invisibilización a pesar de los aportes que las Ciencias Sociales vienen produciendo en relación a esta temática desde distintos enfoques y recortes (vulneración de derechos, tensión con la escolaridad, etc.). Se tomó en cuenta también como información relevante la brindada en forma verbal por el Área de Enfermería sobre reiterados casos de niños que concurren para una curación, y al preguntarse en qué circunstancia se produjo la lesión, relatan sobre situaciones como revisar las bolsas de residuos, haberse caído del carro en el que estaba juntando cartones, cortarse con un chapa en la recolección de materiales en desuso, etc. Respecto al tiempo que transcurre entre el accidente y la consulta, se refieren 1 semana y más.

Partimos del supuesto de que el trabajo infantil *constituye* la vida cotidiana de estos niños y que, por ende, debe relacionarse de manera compleja con el proceso de *salud/enfermedad/atención*.

En este sentido se pensó el aporte que la investigación cualitativa podría otorgar a los niños y niñas que trabajan y a sus familias. El conocimiento de las percepciones y significaciones sobre el proceso salud/enfermedad/ atención que tienen éstos/as, desde sus propias voces y vivencias, permite avanzar en la identificación de las condiciones de salud y contribuye a generar prácticas que propicien el *acceso* a la atención de la salud como derecho humano esencial. En virtud de esto, la producción de conocimiento debe estar profundamente ligada a generar nuevos aportes que posibiliten la efectivización de este derecho.

Teniendo en cuenta que “la percepción de la enfermedad se configura sobre la base de un sistema de representaciones y comportamientos de la población acerca de la salud y

la enfermedad, que está estrechamente vinculado con la ubicación socioeconómica de los individuos” (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, 1990:73) pretendo poner la mirada en el conocimiento y análisis de las percepciones conformadas sobre los procesos salud/enfermedad/atención, en el marco de las condiciones de pobreza en la que viven los niños y niñas que trabajan en trabajo callejero y doméstico del barrio IAPI.

Este camino de indagación se ve “estimulado” por datos que arrojan otros estudios² respecto del trabajo doméstico y la escasa visibilidad que lo caracteriza, los cuales señalan que muchos niños “tienen también con frecuencia tareas y responsabilidades muy considerables en la atención de las actividades domésticas en sus hogares y en otros hogares. En particular, en el cuidado y atención de familiares o allegados (hermanos menores, familiares enfermos o mayores con capacidad limitada de auto valerse) y en la realización de diversas tareas de limpieza y cuidado del hogar como el lavado de ropa, la vajilla y preparación de comida. Actividades que por lo general se

² Entre otros, se destacan **Oyhandy, M.** (2005) Tesis de Maestría: “*Mano de obra bajita. Un estudio sobre el trabajo infantil y su relación con la sobrevivencia familiar en contextos de pobreza urbana en la ciudad de La Plata, período 2005*”. UNLP. **CONAETI (2002):** “*Contextualización de las condiciones sociales asociadas a la problemática del Trabajo Infantil*”. Propuesta de Plan Nacional para la Erradicación y Prevención del Trabajo Infantil. Buenos Aires. **CONAETI – OIT**, Junio / 2001:3). **INDEC, EPH** (1996) p. 160-162. **Kayongo-Male**, (1985) Un estudio patrocinado por la **OMS** sobre *los problemas psicológicos y sociales de los menores en el trabajo*, en el que se consideraron cuatro grupos de menores El primero constituido por menores que *cuidan niños o se encargan de la limpieza en los hogares ajenos* en Kenya.

desarrollan en el espacio doméstico y no cobran la **visibilidad** del trabajo en la vía pública” (Oyhandi, M; 2005: 48)

A partir de estas referencias se pretende abarcar el trabajo infantil desde el sentido amplio del concepto, por lo cual se incluyen en este estudio niños y niñas que realicen trabajo callejero y/o doméstico. Se adhiere a la perspectiva de Lezcano y cols, (2002) quienes incorporan dimensiones de análisis que posibilitan una mejor aproximación a la concepción de trabajo desde la perspectiva del actor. Se entiende por trabajo infantil “toda actividad que desarrolla un niño o adolescente a fin de obtener una retribución material o *simbólica*. *El trabajo infantil abarca un amplio campo de actividades, que pueden ir desde la mendicidad, la venta ambulante, el trabajo rural, el trabajo doméstico, hasta la prostitución y el robo. (...) el trabajo infantil es el exponente más franco de un proceso de informalización, que trasciende lo económico*”. (Lezcano y cols, 2002:24).

Desde este marco se abordará esta investigación, por lo cual se considerará trabajo a la gama existente entre atender un comercio-trabajar en un taller-cuidar hermanitos-abrir puertas de taxis-recolectar cartón-robo-prostitución.

El objetivo de esta investigación es conocer las percepciones y significaciones que tienen los niños y niñas que trabajan, de 8 a 14 años, sobre el proceso salud/enfermedad/atención y las condiciones de salud de estos/as, cuya subjetividad y valoraciones se constituyen en el proceso de trabajo callejero y doméstico.

La metodología elegida se enmarca en una Estrategia Cualitativa combinando técnicas de producción de datos cualitativos y cuantitativos. El tipo de diseño es descriptivo, a

través de un Estudio de Caso. Las técnicas consisten en la aplicación de un cuestionario para la construcción de la muestra intencional; encuesta con preguntas abiertas al final; entrevistas semidirigidas; entrevistas a informantes clave y talleres en los que se realizaron actividades plásticas con los niños y niñas entrevistados.

La técnica de taller tuvo como propósito hacer efectivo el derecho al juego, brindándose a los niños espacios que promuevan su expresión y sus capacidades imaginativas, dejando en el aprendizaje de una técnica de elaboración de papel machè la posibilidad de **crear** utilizando insumos familiares/cotidianos para estos niños.

En función de los objetivos de este estudio y del marco referencial del mismo, resulta indispensable partir de la voz de los actores en la producción teórica.

Los resultados obtenidos muestran que predomina, en los niños y niñas trabajadores que formaron parte de este estudio, una *fuerte representación de salud que incluye una visión totalizante, no reduccionista a lo biológico ni a la ausencia de la enfermedad*. A pesar de las privaciones cotidianas, las múltiples estrategias que éstos deben desplegar para subsistir y la violación a sus derechos (al trabajo digno para sus padres, a la salud, a la vivienda, a la educación, al alimento, a la recreación, etc.), estos niños y niñas sostienen para si mismos y para los demás concepciones y significaciones de la salud que contienen desde hábitos saludables diversos (no fumar, poder jugar) hasta aspectos relacionados con la afectividad (ser cuidados, bienestar en el grupo de pertenencia).

En el trabajo desarrollado se pudo visualizar que éstos/as realizan escasas prácticas que contribuyan a producir salud (escasas posibilidades de realizar deportes en forma sistemática, inaccesibilidad a alimentación rica en nutrientes, baja concurrencia a controles de salud, etc.) y se destaca de manera significativa la diversidad de estrategias

relacionadas con la atención de la enfermedad. Sin embargo, vivencian *el juego como una situación distinta a trabajar*, es decir, perciben la diferencia entre el juego como momento de disfrute y encuentran esa posibilidad, en gran parte de los casos analizados, en los momentos que el trabajo se los permite. Esa posibilidad está relacionada con el espacio físico placita-calle, es decir, con el espacio y el aire libre y con el juego compartido. ***La posibilidad de “tiempo de juego” diferenciada de “tiempo de trabajo” considero que constituye una práctica de salud.***

En la mayoría de los/as entrevistados/as se destaca una significativa **auto percepción de malestar** que convive con un **alto umbral de tolerancia al dolor**. En las madres es común la respuesta sobre **haber postergado la atención de su hijo/a por la situación de trabajo**.

En relación a la **tensión visibilidad-invisibilidad** de la situación de trabajo infantil se observa que la *naturalización* de esta situación *persiste* en un contexto de vigencia de Programas desde el ámbito del Estado que apuntan a la Restitución de derechos de Niños, Niñas y Adolescentes; a la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil y Programas específicos de salud; y de prácticas profesionales de contundente compromiso con hacer efectivo el derecho a la salud. “... *estamos **naturalizando** algo que no corresponde porque el chico tendría que estar estudiando o jugando, ya cuando sea adulto tiene que hacer cosas de adulto; es como se están salteando etapas, no se están atravesando bien; encima mal, porque no bien, **mal**, no por desarrollo o evolutivo*” (informante clave de centro de salud, pediatra)

En este estudio, si bien se trata de un estudio de caso y sus resultados no son generalizables para el Universo del estudio, la relación entre el trabajo infantil y las

condiciones de salud constituyen el proceso salud enfermedad atención; *por trabajar los niños y niñas reciben menos cuidados del sistema formal de atención de la salud (en varios relatos los niños comentan que se cortan, se vendan y siguen trabajando), tienen menos posibilidades de acceso a promoción de la salud y cuando la enfermedad se hace presente a raíz del trabajo la consulta tampoco se efectiviza o se realiza tardíamente.*

La significación respecto de que alguien está sano cuando “*puede seguir más adelante*”, da cuenta de una realidad concreta en la cotidianeidad de los/as niños y niñas entrevistados/as y es la que tiene que ver con la *capacidad para sobreponerse*. En este sentido, retomando lo que Llobet (2003) define como *procesos resilientes*, se visualiza un potencial en el proceso de encuentro entre el personal sanitario del centro de salud, los referentes comunitarios comprometidos con la contención y acompañamiento a los/as niños/as para construir proyectos de vida y los/as niños y niñas, donde es posible una intersubjetividad que efectivamente condicionará las posibilidades para que cada sujeto escriba su historia.

2. Investigaciones previas/estado del arte:

De la revisión bibliográfica realizada hasta el momento, he hallado una importante cantidad de trabajos que incluyen dentro de sus desarrollos conceptuales la problemática de la salud infantil y entre otros, el trabajo infantil.

A nivel local, un estudio realizado por Pojomovsky y col. (2007) analiza la situación de salud de 1666 chicos/as en situación de calle que asistieron al CAINA (Centro de

atención Integral a la Niñez y la adolescencia, dependiente de la Dirección General de Niñez y Adolescencia del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) entre Agosto de 1991 y diciembre de 2003. El objetivo de dicho estudio fue: caracterizar y analizar los datos obtenidos (sobre una base de datos de 1.666 niños de 8 a 14 años) acerca de la población particular que se atiende en el CAINA: sobre los niños, niñas y adolescentes en situación de calle de la Ciudad de Buenos Aires. La metodología utilizada consistió en la utilización de fuentes primarias y fuentes secundarias. Como fuentes primarias se utilizó un cuestionario semiestructurado que recoge información referida a la mayor parte de los objetivos que guiaron la investigación; una Base de datos que contempla la cantidad y algunas variables descriptivas socio-demográficas, propia del Caina; otra base de datos donde se especificaban diariamente las acciones de salud. La información sistematizada en estas tres bases fue tratada estadísticamente a fin de obtener datos cuantificables. Se tomaron entrevistas en profundidad para conformar una fuente de datos cualitativa. Como fuentes secundarias se tomó EPH; Censo Nacional 2001, y documentos de INDEC. Los resultados del estudio muestran que tanto las chicas como los chicos en situación de calle concurren a la consulta médica por los mismos motivos, no encontrándose diferencias significativas entre ambos sexos. Tanto unos como otros someten su cuerpo a peligros constantes. “El cuerpo para ellos y ellas constituye la ‘herramienta de trabajo’ en cualquier actividad callejera que realicen; funciona como una armadura o coraza, debe ser operativo y eficaz. (...) El niño/a que consulta en el sistema de salud carga con un cuerpo que duele o está enfermo y busca a curación o el alivio inmediato. ” (Pojomovsky y col., 2007:140). Este estudio concluye con datos muy significativos: los problemas de salud prevalentes en los niños menores de 12 años están relacionados con patologías respiratorias que , si bien afectan a los niños cualquiera sea el sector social al que pertenecen, se *potencian entre los pequeños*

recientemente ingresados a la vida callejera, por las condiciones de vida y la vulnerabilidad inmunológica.

Rausky, en Eguía y Ortale (2007:65-84) llevó adelante un estudio del trabajo infantil desde la perspectiva de estrategias de reproducción social, a través de la aplicación de entrevistas semiestructuradas tanto a niños trabajadores como a adultos responsables de la unidad doméstica, la cual se toma como unidad de análisis. La publicación se basa en el análisis de las entrevistas tomadas a los adultos del barrio en el cual se realizó la investigación. Se realizaron un conjunto de treinta seis entrevistas a miembros de unidades domésticas de barrio Esperanza, La Plata. Se elaboró un guión de entrevista que permitió relevar los recursos con que contaban esas unidades domésticas para su reproducción y de este modo poder evaluar como construyen sus estrategias. En cuanto al trabajo infantil, el modo en que se empleó para captar si había niños en el hogar que realizaran alguna actividad laboral fue preguntar a los entrevistados si podían detallar que hacían los niños a lo largo de un día. El estudio se propone indagar sobre los significados sobre la pobreza, desde la perspectiva del sujeto; se relevaron aspectos de salud de los niños y niñas que trabajan en entrevistas a adultos miembros de unidades domésticas, donde se rescatan comentarios como *“claro, se puede enfermar pero, bueno, ella quiere ir”*. En este estudio, no se abordan las perspectivas desde los niños y niñas.

Se halló un trabajo de indagación cualitativa realizado por Ana C. Corradini, Antonio Galarza, Christian Gauna, Leandro Luciani Conde y Lucila Miramontes (2008) denominado Taller *“Radio Ranchada”, con niños y niñas en situación de calle*. Este trabajo se argumenta en la necesidad de pensar los procesos de investigación relacionados con la niñez desde un ámbito académico, desde una indagación sobre los

modos de investigación adecuados en el marco del compromiso con la Convención de los Derechos del Niño. Se describe la experiencia de *taller de radio* realizada, desarrollada conjuntamente por niñas y niños usuarios del “*Programa contra la explotación Sexual y el Trabajo Infantil*” del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (CDNNyA-GCABA), operadores del mismo e investigadores del proyecto (UBACyT). Esta actividad se diseñó como estrategia de indagación para *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. La misma se desarrolló en el año 2005 y tuvo siete meses de duración. Los resultados fueron organizados a partir de dos de las categorías empírico analíticas construidas en el proceso de interpretación de sentido: 1.- “*proceso de vulneración de derechos*”, y 2.- “*derecho a la salud*”. Estos resultados expresan exclusivamente las opiniones y/o valoraciones de los niños, niñas y adolescentes en situación de calle que participaron de la actividad.

El colectivo de niños/as estaba formado por dos mujeres y cuatro varones en forma estable; en forma discontinua en cada encuentro había entre ocho y doce niñas y/o niños. Las edades iban de diez a dieciséis años. *Las/los niñas/os y adolescentes en situación de desamparo y desafiliación social que participaron del taller otorgan una diversidad de sentidos a qué es estar sano y qué es estar enfermo, que se entranan en el par situaciones de bienestar/situaciones de malestar por el que se desliza una concepción sobre el proceso cuidado-salud- enfermedad- atención como problemática compleja y no sólo como un ámbito referente a lo biológico/orgánico*. La salud (desde el punto de vista de la atención y de la percepción de su bienestar) aparece en el discurso de los/las participantes como el resultado individual de sus propias acciones

(“*ir*” a atenderse al médico o al hospital, “*no drogarme*”, “*hacer*” deporte, “mantenerse” sano). Es decir, no se encuentran líneas argumentales referidas a la consideración del derecho a recibir atención, ayuda, etc., dando cuenta de una perspectiva del acceso a la salud basada en la responsabilidad individual. De igual manera, el cuidado de la salud, también corre por cuenta y riesgo individual, dando cuenta de la falta efectivización del derecho a la salud a la que ha sido expuesto este colectivo de niños y niñas.

Este estudio implica una referencia significativa para la presente investigación ya que aporta antecedentes de indagación sobre valoraciones desde la voz de niños y niñas respecto de vulneración de sus derechos y se recuperan los sentidos sobre estar sano y estar enfermo, desde una metodología que garantiza los derechos en los niños respecto de la relación entre investigación y la efectivización de la Convención Internacional de los Derechos del Niño.

Otra investigación realizada por Oyhandi, Marcela (2005) en el marco de tesis de Maestría, analiza el trabajo infantil y su relación con estrategias de supervivencia familiar. La metodología fue cualitativa, y el objetivo fue conocer y analizar las estrategias laborales de las niñas y los niños trabajadores en situación de calle. El trabajo de campo fue llevado a cabo por medio de **entrevistas** realizadas entre agosto y noviembre (2005) en la ciudad de la Plata. Las mismas fueron hechas a 15 niños y niñas después de un trabajo de **relevamiento** y **observación** de aproximadamente 60 niños y niñas entre 6 y 14 años que realizaban alguna actividad laboral en situación de calle en el ámbito urbano.

En este estudio considero importante la vinculación con la salud de las niñas que realizan trabajo doméstico; otorgando visibilidad a “la constante referencia de los

entrevistados a las “**tareas domésticas**”, por ejemplo: “... vine tarde a trabajar porque tuve que limpiar... También hago la comida, prendo el fuego y cocino” (Rocío, 11 años); “Mi mamá se fue al hospital temprano me quede con todos mis hermanitos” (Romina, 13 años). Otro aspecto a destacar en el sentido de implicancias en la salud es “la visualización de diversos efectos negativos que genera la inserción temprana al trabajo, comprometiendo la salud psicofísica, la posibilidad de acceso a la educación y deteriorando de las relaciones familiares. Es decir, el inicio de la vida laboral “precoz” o “temprana” resulta ser una marca en sus vidas que dejará huellas”.

Macri, Mariela y cols. (2005) realizó una sistematización de investigaciones académicas sobre los niños y adolescentes que trabajan en la Argentina (1990-2004) desde enfoques cualitativos. La información que presentan corresponde a las dimensiones culturales de este fenómeno: estas refieren tanto al ámbito subjetivo como a las representaciones colectivas. Se analizan las condiciones específicas en que se constituye la subjetividad de la infancia trabajadora, tomando en cuenta las percepciones sociales, escolares y familiares en tanto referentes sustanciales a partir de los cuales el niño elabora una imagen de si mismo y de su actividad laboral. En este relevamiento se destaca un estudio que aborda los “riesgos ocupacionales y consecuencias del trabajo infanto-adolescente para la salud de los niños trabajadores”. De los resultados obtenidos se resalta un estudio llevado a cabo por Grima y Le Fur (1999) en el cual se considera un aspecto predominante la “ignorancia sobre los peligros a los que se hallan expuestos, debido fundamentalmente a la carencia de recursos simbólicos que les permitirían evaluar los riesgos que corren”. Se destaca el cirujeo como actividad riesgosa por el contacto directo con desperdicios. Esta actividad expone a los niños a infecciones, lastimaduras y al contacto con elementos contaminantes” (Macri, 2005:243)

Una investigación en el marco de una Tesis de Maestría en Salud Mental Comunitaria por Czerniecki, Silvina (2003) tuvo como objetivo evaluar la repercusión de la crisis socioeconómica (2001-2003) en las estrategias y prácticas de salud y en la utilización de los servicios de los niños en situación de calle. La metodología utilizada consistió en combinar técnicas cuantitativas y cualitativas dentro de una estrategia general cualitativa. Se trabajó sobre una muestra conformada por niños y niñas en situación de calle entre 5 y 14 años que viven y/o trabajan en la ciudad de Buenos Aires, en la zona de Constitución. Las técnicas utilizadas fueron estudios documentales, una encuesta, entrevistas semidirigidas y entrevistas a informantes clave.

Los problemas de salud que se detectaron en este estudio fueron: tos y resfrío (82,3%), golpes y caídas que requirió atención médica (35,4%) quemaduras (23%). El 22% estuvo internado por los siguientes motivos: problemas respiratorios (32%), accidentes (2,7%) e intoxicación y apuñalamiento (2,7%).

Un Equipo de Investigación a instancias de la Dirección General de Niñez y Adolescencia del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, (Lezcano y cols, 2002) realizó un relevamiento para determinar las condiciones de vida y laborales de todos los niños y adolescentes menores de 18 años que se encontraban en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La estrategia metodológica se basó en un diseño cualitativo que consistió en la utilización de técnicas de observación, observación participante y entrevistas a "chicos en situación de calle". Dada la extensión territorial de la Ciudad se dividió a la misma en 73 zonas y se entrenó a un grupo de personas con capacidades técnicas previas para realizar el relevamiento, se llevó a cabo un registro previo de tipo etnográfico de zonas, horarios y actividades desarrolladas por los chicos en el ámbito de la ciudad y se probó y corrigió el

instrumento que se utilizaría en el relevamiento. Los resultados hallados respecto de las condiciones de vida de los cuales se desagregan aquellos que refieren a **las condiciones de salud** dan cuenta de una población que, en general, no consume alimentos proteicos durante su jornada laboral. Algunos otros acceden a comer sobras que les dan en las casas de comidas, fast-food, mozos y clientes. Tienen escaso acceso a servicios sanitarios para satisfacer necesidades mínimas vitales. Existe entre ellos una tendencia a sobreadaptar sus cuerpos a estas y otras situaciones adversas, estereotipan movimientos, actitudes y palabras para trabajar. En relación al grado de deterioro, los autores señalan que está estrechamente ligado a las condiciones de vida, más que al efecto del trabajo. *Pero consideran necesario resaltar que las deprivaciones constantes - alimentarias, educativas, recreativas, sociales, afectivas, etc.- son producto de la condición de pobreza y esto es anterior a la incorporación al mercado de trabajo callejero, pero que lo cierto es que esta situación se irá agravando a medida que el niño adquiere una mayor antigüedad en el trabajo callejero.*

Otro estudio realizado en la Universidad Nacional de Rosario (Cohen y Brufman, 1998) en el marco de un diseño exploratorio de carácter cuali-cuantitativo, se realizaron 150 encuestas en cuatro zonas diferentes, en horarios diferentes, a partir de los datos que arrojaba una investigación sobre el mundo del trabajo y las nuevas vulnerabilidades realizada por el mismo equipo con anterioridad. Entre otros objetivos del estudio se buscaba identificar un *perfil epidemiológico de los niños que trabajan*. Los datos obtenidos arrojaron que el promedio de edad de los chicos abordados en la calle fue de 12 años. El 25% de esa muestra son menores de 11 años, pero entre los chicos que venden distintos tipos de productos o realizan diversas actividades en la Zona Centro, la edad tope es de 12 y el promedio de edad es de 9 años. El 52% de los chicos encuestados ha repetido grado en la escuela, y un 69,7% ha permanecido un período

superior a un mes sin concurrir. Entre las causas por las cuales han tenido que dejar de ir a la escuela la respuesta "por enfermedad" (15,6%) se ubica en segundo lugar después de "por problemas económicos" (19,5%). **El 30% se ha enfermado más de tres veces al año, pero menos de la mitad (el 43%) concurren al médico cuando se enfermaron.** El perfil general de cargas laborales sufre variaciones de acuerdo al grupo de chicos que se trate. Mientras en las encuestas realizadas en las escuelas se observa que entre los chicos que trabajan predomina el esfuerzo físico, la exposición a contaminantes químicos y biológicos (criado de animales) y los cortes y lesiones; en los chicos que realizan actividades en la calle predominan en primer lugar la exposición a las inclemencias del tiempo, los gases tóxicos que emanan de los vehículos en tránsito y los accidentes (fundamentalmente los chicos que limpian parabrisas). A los fines de valorar el desgaste que significa el trabajo para los chicos es necesario considerar que el 27,6% duerme menos de 8 horas diarias. Las cargas laborales referidas, las exigencias y los eventos peligrosos a los cuales se encuentran expuestos los chicos que trabajan son altamente desgastantes y perjudiciales para la salud, considerándose que han comenzado a trabajar a los 9 años encontrándose el 25% de los encuestados por debajo de esa edad. En cuanto al perfil epidemiológico se halla que después de la cefalea que afecta a un porcentaje muy alto de chicos (35,8%), en el segundo y tercer lugar del perfil hay manifestaciones de un importante y prematuro desgaste osteoarticular que se asemeja al de los adultos que realizan trabajos similares, como es el caso de los trabajadores de las ladrilleras y construcción entre otros. El decaimiento y nerviosismo son manifestaciones del impacto en la esfera psíquica que tiene el trabajo en la infancia. Estos chicos se enferman en una proporción superior a los chicos que no trabajan y la mayoría no concurre a hacerse asistir en caso de enfermedad.

En otra línea de análisis, se rescata una investigación llevada a cabo por Llobet, Valeria (2003) sobre “Chicos de la calle: prácticas y representaciones de la carencia”. El objetivo de la misma fue relevar las representaciones que los trabajadores de 3 instituciones dedicadas al trabajo con niños y niñas en situación de calle (Hogar de día, Hogar Transitorio y un Programa de asistencia psicológica de menores en conflicto con la ley) tienen respecto de las condiciones de producción del problema, las características de chicos/as y sus familias; y las prácticas que aquellos desarrollan. Esta investigación me permitió pensar uno de los objetivos específicos de mi investigación “conocer la articulación real y posible con el centro de salud”, ya que abordan la vida institución-chicos de la calle para indagar sobre procesos resilientes³. Si bien este concepto no será tomado como categoría teórica central ya que se considera que requiere de mayor indagación, y escapa al objetivo de este trabajo, se lo considera importante en tanto que, como señala Llobet, involucra “aspectos procesales-históricos en su desarrollo y determinación, lo que nos permite recuperar aquellas dimensiones culturales, simbólicas, asociadas a la calidad de vida, relativas a la intersubjetividad que efectivamente condicionarán las posibilidades para que cada sujeto escriba su historia, construya su identidad, elija su modo de andar la vida”. En dicho estudio, se incorpora el análisis sobre el peso que adoptan las relaciones con adultos significativos, y se incluyen “otros adultos”, además de las figuras parentales o sustitutos, como “representantes” de otras instituciones sociales – ya no solo la familia- cuyas construcciones simbólicas respecto de niños y niñas determinarán algunos aspectos concretos de sus condiciones de vida, por ej, los/as maestros, el personal del sistema sanitario, los/as vecinos y familiares, etc. El tipo de muestreo fue por bola de nieve, para el caso de los trabajadores, y para el caso de los niños/as y adolescentes el criterio fue:

³ Llobet plantea una redefinición del concepto “resiliencia” como “procesos resilientes”, entendidos como posibilidad/potencia de subjetivación y protección frente a situaciones de adversidad, con potenciales efectos negativos.

niños/as y adolescentes de entre 11 y 16 años que se encontraran concurriendo al Hogar de tránsito, accedieran a la entrevista previo consentimiento informado, y permitieran una serie de entrevistas suficientes para abordar temas histórico personales. Las estrategias de recolección de datos fueron: entrevistas en profundidad tanto a trabajadores como a niños, niñas y adolescentes; observación participante; relevamiento documental y encuesta. Se incluyeron legajos institucionales y producciones del taller de historieta como fuentes secundarias sobre la población asistida. Como técnicas de análisis, para los datos cuantitativos trabajaron con distribución de frecuencias y construcción de índices; y respecto de las entrevistas y las historietas con análisis cualitativo y análisis del discurso. En este estudio, no se aborda específicamente aspectos relacionados con el proceso salud/enfermedad/atención.

Otra investigación sobre “El derecho a la salud de niñas, niños y adolescentes en situación de desamparo y desafiliación social en el contexto de la protección integral” realizada por Luciani Conde, L; Barcalá, A y cols. (2008) se propuso 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 de fortalecimiento del circuito de protección contra toda forma de explotación, visible o no, remunerada o no, de niños y niñas menores de 15 años”. La experiencia de trabajo fue llevada adelante por un colectivo de docentes investigadores de la II° Cátedra de Salud Pública y Salud Mental de la Facultad de Psicología – UBA, conjuntamente con profesionales del Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires. Se trató de un Proyecto exploratorio-descriptivo que se sirvió de la encuesta y el estudio de caso como estrategias de investigación. El mismo tomó herramientas de la Investigación en Sistemas y Servicios de Salud, lo cual permitió generar un proceso que

privilegió la vinculación con la acción concreta y posibilitó la transferencia inmediata de los conocimientos producidos 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 involucrados. Consejo de los Derechos se incluyó en tanto actor público estatal clave encargado del diseño, coordinación y aprobación de las políticas públicas destinadas a niños/as y adolescentes en la Ciudad. Como estrategias de integración metodológica se implementaron procedimientos de triangulación en tres de sus vertientes: de datos (cuali-cuanti), de disciplinas (psicología, sociología, abogacía, antropología, trabajo social), y de investigadores (del Consejo y de la Cátedra). 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, 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 a trabajadores del Programa en estudio, talleres de radio con operadores/as y niñas y niños usuarias/os del mismo.

En cuanto a los resultados obtenidos, se estableció una razón de 1.2 Organizaciones de la Sociedad Civil por cada organización pública estatal identificada. Esto da cuenta de un mayor grado de posibilidad por parte de las organizaciones no estatales de identificar problemas y necesidades en salud ligados a la niñez / adolescencia, y de ofrecer servicios público sociales como respuestas a ellos. Un importante porcentaje de las organizaciones identificadas reconocen la existencia de algún tipo de requisito para acceder a los servicios que ofrecen, y la mitad de ellas refiere *no conocer a la Defensoría de Derechos del barrio en el cual desarrollan su accionar*. En cuanto a las que refieren conocerla, se ha identificado un considerable nivel de vinculación con ella.

En relación al vínculo entre los dos tipos de organizaciones con las que se trabajó, se ha identificado un bajo nivel de relacionamiento entre las organizaciones estatales y las pertenecientes a la sociedad civil; en tanto que el nivel de relacionamiento de estas últimas con profesionales pertenecientes al sistema de salud estatal es elevado. *Indicando un predominio de las redes informales a la hora de realizar tareas conjuntas, por sobre los intercambios interinstitucionales.* Por último, la organizaciones analizadas reconocen en su gran mayoría la existencia de modificaciones en las características de la población que requiere sus servicios, en las demandas recibidas; así como cambios en los problemas de salud de los / las niños / as y adolescentes con los / las cuales trabajan. *Respecto de esto último, se mencionan con muy alta recurrencia los problemas alimentarios como: desnutrición, raquitismo, anorexia, y obesidad. En menor medida, se mencionan: embarazos adolescentes, problemas emocionales, tuberculosis, aumento de la drogadicción, más alergias, problemas de vista y el no cumplimiento de las vacunas.*

Este estudio, presenta resultados elocuentes desde la perspectiva de las organizaciones estatales como de las no estatales respecto a la vulneración del derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes, a pesar de la vigencia de la Ley de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (ley 26.061, sancionada en el año 2005 por el Congreso Nacional)⁴.

A nivel mundial, un estudio realizado en Filipinas (Gatchalian y col, s/f) sobre el trabajo infantil en la industria de la madera, procuró evaluar el estado de salud física y

⁴ La ley 26.061 obliga a cambios en el diseño de la organización administrativa y judicial del Estado, en las relaciones de éste con los chicos y con la sociedad civil. Ello implica un importante reacomodamiento de todos los actores que se desempeñan en el campo de las políticas públicas para la niñez y la adolescencia. Nuevas reglas de juego y nuevas formas de pensar y hacer deberán plasmarse en las modalidades de trabajo de todas las áreas de infancia provinciales, municipales, la justicia y también a las organizaciones de la sociedad civil sean éstas sin fines de lucro o no. <http://www.casacidn.org.ar/leer.php/148>. acceso 5/5/09

mental de los niños trabajadores participantes en la muestra, comparándolo con el de los escolares. Para evaluar la salud física se recurrió a observaciones y medidas antropométricas y se interrogó a los niños acerca de su estado de salud durante dos semanas anteriores a la entrevista. Los niños trabajadores presentaron, con mayor frecuencia que los escolares, diferentes indicios y síntomas de anormalidad en diversos grados. Los dolores musculares, pectorales, y abdominales, la fiebre, dolores de cabeza y mareos fueron más comunes entre los niños trabajadores que entre los escolares. Hubo también entre los primeros mayor número de síntomas respiratorios, tales como tos, resfríos, dificultades para respirar e influenza, al igual que otros de índole gastrointestinal, como diarreas, constipación, indigestión, náuseas, vómitos y falta de apetito. Respecto al nivel de nutrición, 75% de los niños trabajadores padecen de malnutrición, en comparación el 53% de los escolares. En relación al análisis de los factores psicosociales que forman parte del ambiente en el cual viven los niños, se comprobó que los menores trabajadores tenían menos tiempo para jugar y descansar que los escolares, y menos relaciones con otros integrantes de sus respectivos grupos de edades.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó en 1987 el informe Trabajo de los niños: riesgos especiales para la salud. Este informe es el resultado de varios estudios *in situ* sobre el tema específico de la salud de los menores en el mundo laboral. En Malasia, se examinaron los expedientes de 210 menores empleados en la parte peninsular del país. Las fuentes consultadas fueron: organismos de ayuda social, policía, autoridades sanitarias y asistentes sociales (R. Mahathevan, 1985). El grupo de edad considerado fue el de los 7 a los 15 años; 155 eran niños y 55 niñas. Cada menor fue enviado al dispensario más cercano con el fin de establecer su historial y someterlo a un examen clínico. Se comparó el estado de salud de los integrantes del grupo examinado

con el de escolares de edad, sexo, grupo étnico y situación socioeconómica similares. Profesionales de la salud llenaron un cuestionario para cada menor en el que se hacían preguntas acerca de señales y síntomas de enfermedades de diversos sistemas fisiológicos. Los resultados sugirieron que los integrantes del grupo examinado tenían muchos más problemas de salud que los niños del grupo testigo.

En la República de Corea se adoptó un enfoque distinto en el estudio *in situ*. La edad mínima de empleo estipulada por la normativa laboral del país era de 13 años y se llevó a cabo una encuesta en salud entre las obreras menores de 18 años en 9 factorías textiles, electrónicas y una fábrica de calzado de goma. Se trabajó con un grupo control compuesto por 109 chicas de la misma edad que buscaban trabajo en las 9 empresas. Respecto de los datos sobre la salud de las integrantes de los dos grupos surge una elevada prevalencia de problemas de audición, en particular en la industria textil (4,4%) entre jóvenes obreras que llevaban un promedio de 1,7 años trabajando y una elevada prevalencia de tuberculosis. (S.H.Lee, 1985)

En Nigeria, se examinaron los factores de riesgo en vendedores callejeros y empleados de una fábrica de jabón. (Asogwa, 1984). En el primer grupo, el 33% además de trabajar iba a la escuela, en el segundo, todos trabajaban y estudiaban paralelamente. En ambos grupos, se intentó comparar el estado físico general, la piel y la concentración de hemoglobina. En cada caso indicaban que los menores que trabajaban se encontraban en desventaja con respecto a los estudiantes. Los primeros provenían de clases sociales inferiores y de familias más numerosas.

La OMS patrocinó un estudio sobre los problemas psicológicos y sociales de los menores en el trabajo, en el que se consideraron cuatro grupos de menores (Kayongo-Male, 1985). El primero constituido por menores que cuidan niños o se encargan de la

limpieza en los hogares ajenos en Kenya. El estudio señala reacciones y problemas comunes en ese grupo como retraimiento, comportamiento agresivo, envejecimiento prematuro, depresión, sentimiento de pertenencia a una clase inferior, resistencia. El segundo grupo lo constituyen menores que trabajan en plantaciones o fincas. No se han realizado estudios científicos sobre los problemas sanitarios de dicho grupo y se dispone solo de relatos descriptivos. El tercer grupo está constituido por los menores que trabaja en las calles. Los efectos del trabajo sobre los niños son: rechazo de los trabajos de horario fijo, cansancio excesivo, consumo de café, cigarrillos y bebidas alcohólicas, enfermedades venéreas, resistencia a la autoridad de los padres, participación en actividades delictivas y deformidad y atrofia del cuerpo. El cuarto grupo lo constituyeron los menores empleados en fábricas. En este contexto, resulta significativo el alto grado de tensión dado que de no ser responsables, actuar con exactitud o estar alertas, corren el riesgo de ser despedidos o sufrir alguna lesión que podría incapacitarlos para siempre. Al trabajar de forma continua y rutinaria el niño ve limitados sus horizontes, se afecta su desarrollo afectivo, queda coartada su creatividad y sus fantasías en relación a las posibilidades de los niños en general.

En Brasil (Myers, s/f) un equipo mixto del Gobierno, representado por Secretaria de Asistencia Social, y UNICEF, llevaron adelante un estudio sobre el terreno de los niños trabajadores callejeros con el objetivo de deconstruir aquellos discursos que circulaban en el imaginario social que los definía como "abandonados" y "delincuentes". El equipo llegó a la conclusión de que el problema debía formularse en términos de niños trabajadores frecuentemente explotados y que trabajaban en condiciones abominables por muy bajas remuneraciones. Dada la precariedad de la vida en la calle, presentaban índices de malnutrición y otros problemas de salud particularmente graves. Muchos dormían en las calles, expuestos a la intemperie y a la violencia, sin los recursos

indispensables para mantener su higiene elemental. Mediante una encuesta (De Andrade Gonclaves, Z, 1985) que comprendió a más de 1000 de ellos resultó que la situación de amenaza de la violencia era el factor que más temían. Semejante situación afectaba en forma negativa a su desarrollo psicológico, y las personas que se ocupaban de ellos pudieron observar los efectos perjudiciales de la baja autoestima en que se tenían a si mismos. Muchos de ellos estaban escasamente socializados e ignoraban hasta los elementos más rudimentarios de la cooperación y de la solución pacífica de los conflictos con sus pares.

Existen también vastos estudios que se proponen analizar los modos en que se entrecruza el trabajo con el desarrollo del niño. Los objetivos de estos trabajos giran en torno a conocer la magnitud del trabajo infantil y las subjetividades de los niños que trabajan (Macri, 2005; Konterllnik y col., 1999;), la relación trabajo-escuela (Macri, 2005; Feldman, 1997; Krichesky, 1993; Galeana, 1990; Cariola y Cerra, 1986) y el trabajo infantil como emergente de los procesos de fragilización de las familias de los sectores populares y en el marco de las estrategias de supervivencia de éstas. (Ruiz, 2000; Pratesi, 1999; Bianchi, 1998; Feldman 1997; Krichesky, 1993)

Sin embargo, no se han encontrado hasta ahora investigaciones que se propongan el estudio de las percepciones, concepciones y significaciones sobre el proceso salud/enfermedad/atención en niños y niñas que realicen trabajo callejero y/o doméstico.

3. Justificación y Planteo del problema

3. 1 Caracterización del contexto social.

En la Argentina, desde 1998, la economía se encontraba en una situación de profundo estancamiento y recesión. En los últimos meses de 2001 y la primera mitad de 2002, la situación derivó en una aguda crisis política, institucional y socioeconómica considerada sin precedentes en la historia del país, como producto de una década de políticas neoliberales; acumulando una deuda externa estimada al 2004 en 181.200 millones de dólares⁵. Como resultado de este proceso, se registró una formidable caída de los ingresos reales y un aumento considerable de la desocupación y la pobreza. La incidencia de la pobreza en la población total del país aumentó del 26% al 47,8% desde octubre de 1998 a octubre de 2003. El incremento de la indigencia fue aún mayor: del 6,9% de la población en octubre de 1998 al 27,7% en Octubre de 2003. Si observamos el problema por regiones, la región del Noreste presentó las tasas más altas de pobreza e indigencia y las provincias de Corrientes y Chaco son las que presentaron los índices más elevados de todo el país (68,7% y 65,5% respectivamente). De este modo, 17 de las 24 provincias argentinas presentaban tasas de pobreza superiores al promedio nacional. Como existe una relación directa entre estas *circunstancias y la salud de la población*, la amenaza al patrimonio sanitario de los argentinos fue contundente y de difícil reparación en el corto y mediano plazo.

Aún cuando los índices de empleo y pobreza mostraron algunos índices de mejoría, continuaron siendo muy elevados.

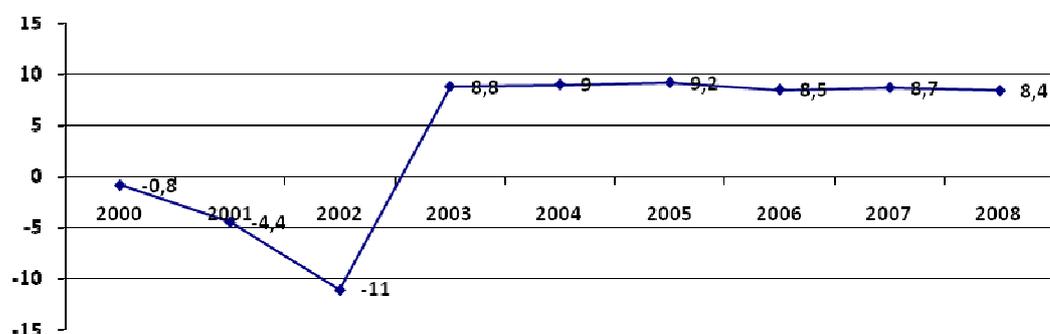
En cuanto a la cobertura de salud, un Informe de López, A (2001), señalaba que el 45% del tramo total de entre 0 y 14 años, unos 4.500.000 menores de 15 años - el 49,5 de los

⁵ (http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_032.htm) Acceso: 6/4/09

menores de 5 años y el 42% de los niños y jóvenes de entre 5 y 14 años- *no poseía cobertura de salud y encontraban en el hospital público su única protección.*

A partir de 2003 se inició un ciclo de crecimiento económico, con un incremento del PBI de alrededor del 8% anual, que descendió en 2008 y 2009 en el marco de la crisis internacional. ⁶ (Véase Gráfico 1)

Gráfico. Tasa de Crecimiento Económico Anual Real (PBI) (en %) – República Argentina - Años 2000 - 2008



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y censos (INDEC) de Argentina y Banco Central de la República Argentina (BCRA). Citado en Stolkiner, A y cols. (2011)

Stolkiner, Comes y Garbus (2010) con base en datos del Indec, analizan la Proporción de población bajo la línea nacional de indigencia / pobreza extrema comparando datos del año 2004 y del año 2008, siendo, en el año 2004, de 17% la línea de indigencia, y

⁶ Stolkiner, A. y cols. (2011) Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en la Argentina En *Revista Ciência & Saúde Coletiva* 16 (6). (referato aprobado, en prensa, Publicación en Junio/2011). Brasil.

15% la línea de pobreza extrema; y en el año 2008 estas tasas descienden a 5,1% y 4,4% respectivamente.

Respecto a la proporción desempleada de la fuerza de trabajo, en el año 2004 la tasa era de 12,1% descendiendo en el año 2008 a 8%.⁷ (Ver tabla)

Tabla. Algunos datos de contexto de la Población Argentina - Años 2004 - 2008

Demográficos	2004		2008	
Población [Miles]	38372		38976	
Tasa de crecimiento anual de la población	1		1	
Esperanza de vida al nacer	74,7		75,3	
Proporción de población bajo la línea nacional de indigencia / pobreza extrema	17	15	5,1	4,4
Proporción de población bajo la línea nacional de pobreza	44,3	40,2	17,8	15,3
Proporción desempleada de la fuerza de trabajo	12,1		8	
Mortalidad				
Tasa de mortalidad infantil (1000 nv)	14,4		12,5	
Mortalidad estimada en menores de 5 años	16,7		14,5	
Razón de mortalidad materna (por 10000nv)	4,1		4	

Fuentes: OPS - Situación de Salud de las Américas 2009 - Organización Panamericana de la Salud, Unidad de Análisis de Salud y Estadísticas. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Sistema de Información Técnica en Salud. Washington DC, 2007 - Indec EPH continua 2008-2009.). Citado en Stolkiner, A. y cols. (2011)

En la provincia de Buenos Aires, la población de 0 a 18 años bajo la línea de pobreza, según regiones del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (Informe SENNAF-ONU, 2008) mostró similar tendencia que lo referido anteriormente. En el Segundo semestre de 2003 la tasa era de 62,3% y comparado con el segundo semestre de 2006 los datos muestran un descenso de la línea de indigencia a 38,2%.

A pesar de la tendencia sostenida en los últimos años relacionados con el período de realización del estudio en el descenso de las tasas de pobreza e indigencia de la

⁷ Stolkiner, A. y cols. Op.cit

población en general y de la población infantil en particular, no obsta para que haya todavía población infantil con necesidades urgentes.

En cuanto a la incidencia de la pobreza y la indigencia en los Partidos del Conurbano Bonaerense, de acuerdo a los datos de la EPH⁸ sobre Población de menores de 14 años según, para el segundo semestre del 2006, se muestra que:

- *48,3% de los menores de 14 años son pobres*
- *29,4 % son pobres no indigentes*
- *18,9% son indigentes.*

En los Partidos del GBA, para el 1er. Semestre del 2009, la Pobreza representaba: el 8,2% de los Hogares y el 12,4% de las personas; mientras que la Indigencia alcanzaba al 2,6% de los Hogares y 3,5 % de las personas.

El total de Aglomerados urbanos muestra que se encuentran en situación de pobreza un 9,4% de los Hogares y 13,9% de las personas; y en situación de Indigencia el 3,1% de los Hogares y 4,0% de las personas.⁹ (EPH, 2009)

Adhiriendo a lo planteado por Moreyra (2007), el contexto social que atraviesa las condiciones de vida de la infancia representa “uno de los problemas sociopolíticos más importantes que debe enfrentar el nuevo sistema de protección integral de la niñez, es la pobreza de la población infantil.” (Moreyra, 2007:67)

⁸(http://www.indec.gov.ar/nuevaweb/cuadros/74/pobreza_menoresde14_sem_02_06.xls). Acceso 19/5/09

⁹ <http://es.scribd.com/doc/20610076/Incidencia-de-la-pobreza-e-indigencia-Primer-semester-2009>. Acceso: 4/12/09

Un reflejo de esta consideración lo muestran los datos relevados en el año 2004 por la Encuesta de Actividades de Niñas, Niños y Adolescentes (EANNA), los cuales señalan que en nuestro país el 6,5% de los niños de entre 5 y 13 años declaró haber trabajado alguna vez. Según esta encuesta oficial de trabajo infantil, que se realizó en cuatro regiones del país (Gran Buenos Aires, Mendoza, el Noroeste: Jujuy, Salta y Tucumán, y Nordeste: Formosa y Chaco), habría alrededor de un millón y medio de chicos/as de entre 5 y 17 años trabajando, y en el Gran Buenos Aires el 29,2 % de los chicos trabajan¹⁰.

Respecto de la incidencia del trabajo infantil, según Unicef; de los 250.000 niños que trabajaban en 1995 se pasó, en 2005, a casi dos millones. De ese total, 800.000 están en la provincia de Buenos Aires y 400.000 en zonas rurales del norte y el nordeste de la Argentina.¹¹

En el año 2004, según datos oficiales (CASACIDN, 2004, citado en Moreyra, op.cit, p.80), 300 chicos/as vivían en la calle y unos 3500 deambulaban y realizaban diversas tareas (de mendicidad, cartoneo o limpiavidrios) durante el día y regresan a sus casas a la madrugada, en la ciudad de Buenos Aires.

¹⁰ La Encuesta de Actividades de Niñas, Niños y Adolescentes (EANNA) es la primera encuesta específica sobre trabajo infantil en el país. Considerando las limitaciones de la información existente en el país, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTEySS) asumió la responsabilidad de profundizar el estudio de este tema desde 2003 en el marco de las políticas tendientes a la erradicación del trabajo infantil. Para ello seleccionó con el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), organismo asociado en el marco del Programa IPEC/OIT, algunas regiones del país visualizadas como prioritarias por sus niveles de pobreza o por la extensión de economías y formas de contratación laboral de base familiar, condiciones que estimulan el uso de trabajo infantil y adolescente. Esta encuesta cubrió zonas urbanas y rurales y fue relevada durante el último cuatrimestre de 2004. <http://www.trabajo.gov.ar/left/biblioteca/files/estadisticas/02activ.economicas.pdf>. Acceso: 17-7-08

¹¹ INDEC, 2005.

Claudio Lozano, diputado nacional y Coordinador del Centro de Estudios y Participación, CTA, en un Informe denominado “La infantilización de la pobreza”¹² (2008) describe algunas de las problemáticas sociales que caracterizan al grupo poblacional más indefenso de nuestra sociedad, los chicos. Dicho informe destaca, entre otros, los siguientes indicadores:

- La cobertura sanitaria: El 47,2% de los menores de 18 años no posee cobertura sanitaria. Esto implica que 6,3 millones de chicos no cuenten con una obra social o un plan médico.

- Las condiciones de infraestructura: En la mayoría de los hogares que cuentan con la presencia de menores de 18 años se verifican situaciones de insuficiencia de espacio habitacional. Cerca de 1,2 millón de menores (el 19,4% de los chicos pobres) viven en viviendas ubicadas en zonas inundables y otro millón de chicos (el 16% de los menores pobres) no tienen agua corriente.

- La escolaridad: El 14,2% del total de menores de 18 años (que equivale a nada menos que 1,9 millón de menores) no asisten o nunca asistieron a un establecimiento educativo.

3.2 Consideraciones acerca de Condiciones de salud en la infancia en la Argentina pos década del 90, imágenes de una sociedad excluyente¹³

¹² http://www.cta.org.ar/base/IMG/pdf/Pobreza_e_indigencia_y_asignaciones_familiares_227nov08.pdf (acceso: 6/3/ 2010)

¹³ Maristella Svampa refiriéndose a la década del '90 plantea que “en la Argentina, en el contexto de la nueva dependencia, la salida neoliberal se tradujo en la implementación de un programa drástico de reformas estructurales que, acompañado y facilitado por la instalación de un nuevo modelo de dominación política, terminó produciendo una fuerte mutación y reconfiguración de la sociedad. (...)la doble dinámica de polarización y fragmentación fue moldeando los contornos más duraderos de un nuevo país, de una **sociedad excluyente**, estructurada sobre la base de la cristalización de las desigualdades tanto económicas como sociales y culturales” (Svampa, M, 2005, pp:10-12)

En el campo de las Ciencias Sociales existe vasto desarrollo sobre la instalación del modelo neoliberal en la Argentina y las implicancias en los cambios en la morfología social. (Svampa, 2005)

Luciani Conde y Barcalá (2008) plantean que el proceso de re-estructuración económica que comienza en la Argentina con las dictaduras militares, 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 caracterizada 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. (Stolkiner, A; 1994) ¹⁴

El mercado de trabajo se comportó en forma diferente a lo largo de los noventa, resultando el panorama global de un mercado deterioro en el comportamiento de las variables laborales. (Gabinetti, M; 2009)

La evolución de la tasa de desocupación (INDEC, Citado en Gabinetti, M; op.cit) a lo largo de la década del '90 fue:

Evolución de la Tasa de desocupación, Argentina 1989-2001

1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

¹⁴ Si bien el texto de referencia es del año 1994, se puede considerar que desde el período mencionado en adelante se presenta la situación referida.

7,1%	6,3%	6,0%	7,0%	9,3%	12,1%	16,6%	17,3%	13,7%	12,4%	13,8%	14,7%	18,3%
------	------	------	------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Estas transformaciones 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 y afectados en el acceso a estos servicios. (Minujin y cols.; 2007, citado en Luciani Conde, L; Barcalá, A; 2008)

Los niños y las niñas de ahora ya no son los niños y niñas de la década del 90; pero continúan siendo una población especialmente afectada por las transformaciones profundas acontecidas durante ese período, que “impactaron fuertemente sobre el conjunto de la población y en especial sobre los niños menores de 15 años modificando su situación de indigencia, pobreza, tipo y extensión de su cobertura en salud” (López, A; 2001:2).

Según las cifras más recientes difundidas por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, la tasa provincial de mortalidad infantil creció en la última medición 1 punto: pasó de 12,5 en 2006 a 13,5 – tasa que supera la media nacional – en 2007. En la Región Sanitaria VI (en la cual se ubica el Municipio de Quilmes) la tasa de mortalidad infantil pasó de 16,0% en 2001 a 17,0% en 2003; descendiendo a 14,3% en el año 2007, pero superando la media provincial de 13,5%.¹⁵

¹⁵ <http://www.ms.gba.gov.ar/EstadodeSalud/vitales/Menor01-02-03-04-05.pdf>. Acceso 28/7/08

Respecto a la relación con la atención de los niños y niñas en situación de calle, las conclusiones de Pojomovsky, J, y cols. (2008) en un estudio acerca de la población particular que se atiende en el CAINA (Centro de Atención Integral de la Niñez y Adolescencia) sobre los niños, niñas y adolescentes en situación de calle de la Ciudad de Buenos Aires; afirman que “la mayoría de los chicos y chicas que están en la calle solo accede al sistema de salud cuando las dolencias son graves o el dolor se hace insoportable.(...) Vivir, trabajar o simplemente deambular en las calles de la ciudad connota innumerables peligros de morbi mortalidad para los niños, niñas y adolescentes que están en esa situación” (Pojomovsky, op.cit:115).

Pojomovsky (op.cit) destaca como principales motivos de consulta los relacionados con heridas cortantes, traumatismos diversos, descompensaciones por abuso de drogas, fuertes cefaleas derivadas del consumo de pegamento, dolores dentarios, afecciones dermatológicas o parasitarias, patologías respiratorias, afecciones derivadas de ETS, infecciones del aparato genito-urinario.

Los padecimientos¹⁶ que se constatan respecto de las consultas realizadas por niños y niñas en situación de calle, no implican “per se” padecimientos solo adjudicables a quienes viven en situación de calle. Se parte del supuesto de que la situación de calle expone a los niños y niñas a mayores peligros pero a la vez pone de manifiesto las condiciones de pobreza en las que viven estos y sus familias; por lo que los padecimientos relevados en estudios con niños en situación de calle se los considera aproximaciones a la realidad de otros niños y niñas que aunque no vivan en situación de

¹⁶ Se toma como referencia la perspectiva de padecimientos entendida como “conjunto de significados y prácticas para entender, enfrentar y de ser posible solucionar o reparar los daños a la salud y sus consecuencias” utilizada por Pagnamento y Weingast en “Pobres, enfermedades y padecimientos: estrategias en el campo de la salud” (en Eguía y Ortale, 2007); articulando esta perspectiva con lo planteado por E. Menéndez (1994) al referirse a los padecimientos como “uno de los principales ejes de construcción de significados colectivos que pueden ser referidos al proceso específico, o a otros procesos respecto de los cuales los padecimientos son expresión significativa”.

calle mantienen con ese espacio una cotidianeidad donde desarrollan estrategias de sobrevivencia. “La calle es sinónimo de movimiento y dinámica colectiva, además de ser un espacio de interacción abierta y lugar de visibilidad social. En ella los acontecimientos cambian permanentemente, allí la gente se mira, se ignora, se pelea, se comunica e intercambia bienes y servicios.”(Czerniecki, S; op.cit: 51).

Los datos expuestos justifican la relevancia para que el equipo de salud problematice sobre otras dimensiones que podrían estar interviniendo en la continuidad de la atención como así también sobre alternativas al modelo médico tradicional que pudieran ponerse en práctica para la auto atención. Estas últimas resulta ineludible incluirlas a partir de comprender que “la medicina denominada científica constituye una de las formas institucionalizadas de atención de la enfermedad (...), pero tanto ésta como las otras formas académicas y/o academizadas (homeopatía, quiropracia, etc.) o populares (herbolaria, espiritualismo, entre otros) de atender a los padecimientos, tienen el carácter de “instituciones”, es decir instituyen una determinada manera de “pensar” e intervenir sobre las enfermedades, y por supuesto, sobre los enfermos”. (Galende, 1994:72). El objetivo general de este estudio se sustenta en esta consideración.

3.3 Una aproximación a la relación entre condiciones de salud y trabajo infantil

El fenómeno del trabajo infantil creció paralelamente con el empobrecimiento, la creciente expansión de la pobreza y la desigualdad en vastos sectores sociales.

Los procesos de urbanización de las últimas décadas han elevado de forma substancial el volumen de *niños y niñas trabajadores en las grandes urbes*.

*Los trabajadores infantiles urbanos, se hallan mayoritariamente en el sector informal y constituyen un núcleo considerable de quienes realizan trabajos en forma dependiente o independiente en condiciones de gran precariedad, de riesgo y sin cobertura. Estas condiciones de vida dificultan el acceso a la educación y a la atención de salud adecuada.*¹⁷

Un informe de la Comisión Nacional sobre el trabajo infantil¹⁸ advierte que la mayoría de los niños, niñas y adolescente entre 4 y 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.

En cuanto a las políticas públicas implementadas en este campo, cabe mencionar el Plan Nacional para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil, creado en Octubre de 2002 y aprobado por la CONAETI (Comisión Nacional para la Erradicación del Trabajo Infantil), siendo el Ministerio de Salud¹⁹, junto a otros Ministerios, un Organismo integrante de dicha Comisión. Este Plan se constituyó en la referencia para el funcionamiento de las distintas Comisiones Provinciales (COPRETI). No se puede perder de vista que las acciones que se desarrollan desde estos Organismos se inscriben en un sistema de salud argentino caracterizado por su fragmentación (servicios estatales

¹⁷ http://www.trabajo.gov.ar/conaeti/que_es/urbano.htm Acceso: 5/4/09

¹⁸ http://www.trabajo.gov.ar/conaeti/que_es/estadisticas.htm. 2002 . Acceso 5/4/09

¹⁹ <http://www.trabajo.gov.ar/conaeti/institucional/organismos.html> Acceso 5/4/09.

en el nivel nacional, provincial y municipal, más obras sociales y sector privado) y por su deficiente articulación intersectorial.

Dentro del análisis de Problemas Específicos de Salud en la Argentina²⁰, la OMS (2009) incorpora la *situación del trabajo infantil* y señala que “*Dada la recesión de más de tres años que experimenta el país, junto a la precaria situación del mercado de trabajo, la magnitud del trabajo infantil se ha incrementado en una proporción muy elevada. Considerando la definición más restringida del trabajo infantil que considera a los niños que tienen entre 5 y 14 años, en áreas rurales y urbanas, que trabajan fuera o ganan propinas o ayudan habitualmente en el trabajo a familiares o vecinos, se tienen datos que indican que de un registro de 252.000 niños en 1995 se pasó a 482.803 en el 2000, por tanto ha habido una tasa de crecimiento en el período del orden del 91,6%. Si consideramos la actividad "atender la casa cuando los mayores no están" como trabajo infantil, los niños que se considerarían trabajando, casi que multiplican por tres el resultado hallado para la definición restringida. En efecto, si consideramos esa actividad como trabajo infantil, los niños entre 5 y 14 años incluidos la definición amplia, ascienden a 1.503.925.*”

3.4 Planteo del Problema

Las condiciones de vida descritas en los apartados que preceden se asocian ya, de por sí, a un incremento del riesgo de enfermar definiendo a su población infantil como un grupo que requiere de especial cuidado preventivo desde la lógica de la salud pública.

²⁰ (http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_032.htm) Acceso 17/6/09

Los niños, niñas y adolescentes afectados por las situaciones descritas tienen más dificultades relacionadas con la desigualdad de condiciones para el acceso a posibilidades educativas y a servicios de salud, que otros niños/as. Además, por las particularidades antes mencionadas, están expuestos a una situación de mayor vulnerabilidad que afecta a su salud, ya sea por accidentes o por las posibilidades de contraer enfermedades diversas. El derecho *al acceso al sistema de salud* es uno de los derechos sociales más afectados, partiendo de la consideración de que a menos posibilidades de acceso hay más posibilidades de enfermar.

La *necesidad de conocer las percepciones y significaciones* sobre el proceso salud/enfermedad/atención de niños y niñas trabajadores radica en considerar que a la situación de alta vulnerabilidad de niños y niñas se suma que la cotidianidad de muchos/as de ellos/as está ligada a la *vivencia de trabajar*; por tal motivo es importante que desde el ámbito de la salud pública, y particularmente desde el Primer Nivel de Atención, se produzcan prácticas que propicien el acceso a la atención de la salud. En virtud de esto, la producción de conocimiento debe estar profundamente ligada a esta necesidad.

El Informe anual de UNICEF sobre el Estado Mundial de la Infancia 2008²¹ - *el cual* presenta una amplia evaluación de la situación actual de la supervivencia infantil y la atención primaria de la salud para las madres, los recién nacidos y los niños y niñas - advierte en el capítulo sobre Argentina que **pese a los avances, 25 menores de un año mueren por día en el país la mayoría de ellos por causas evitables, como infecciones respiratorias y bajo peso.**

²¹ www.unicef.org/spanish/sowc08/docs/sowc08-sp.pdf. Acceso 30/6/09

Las condiciones de desigualdad en el acceso a la atención de la salud de los/as niños y niñas es un elemento que configura el problema sobre el que me propongo indagar. En relación a esto, Eduardo Pavlovsky²² rescata un análisis de Silvina Gvartz, quien señala algunas de las consecuencias ocasionadas por el retiro del Estado en políticas sociales en la etapa neoliberal, y entre ellas, sostiene que *“la salud de los niños en edad escolar pasó a depender de la capacidad de demanda de las familias. La capacidad de demandar está desigualmente distribuida. Hay familias que carecen de dinero para acercarse a los centros de salud, como también familias que no saben detectar síntomas prevenibles. De modo que los centros de atención primaria y los hospitales no reciben a todos los niños que necesitan cuidado, sino sólo a los que pueden acercarse. Esto es un síntoma de la desigual distribución de la riqueza, que deja marcas desde la infancia”*. (Gvartz, citado en Pavlovsky, 2008)

“La familia-grupo doméstico es la unidad donde se da la mayor frecuencia y recurrencia de padecimientos y de enfermedades, es donde se da el mayor número de detecciones, diagnóstico, actividades de atención y tal vez de curación. La familia-grupo doméstico constituye la micro estructura que más peso tendría en la formación de las representaciones y práctica de los sujetos respecto del proceso salud-enfermedad-atención. Es la mujer la que desempeña el papel esposa/madre la encargada de realizar la mayoría de las actividades del proceso salud-enfermedad-atención” (Menéndez, s/f, en Czerniecki, op.cit).

Este estudio pretende abordar especialmente las concepciones de salud y enfermedad presentes en los niños y niñas, incluyendo a sus padres y/o tutores, partiendo del supuesto que *“la percepción de la enfermedad se configura sobre la base de un sistema*

²² Pavlovsky, Eduardo. “Causas y soluciones de los “problemas de seguridad”, el hambre no tiene tácticas moderadas”. Pàgina/12. 21/2/2008.

de representaciones y comportamientos de la población acerca de la salud y la enfermedad, que está estrechamente vinculado con la ubicación socioeconómica de los individuos. La distinta inserción social implica un uso y una intensidad de exigencia diferencial del cuerpo, lo que conduce a una estructuración sobre patrones socioculturales consecuentes con esa ubicación" (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, 1990:73).

El conjunto de estas consideraciones y entendiendo que "ningún niño por el solo hecho de ser niño concurre solo al sistema de salud, siempre por su condición de infante necesita de otro que codifique que su dolor tiene que ser resuelto en el ámbito hospitalario" (Czerniecki, 2003:75), son las que fundamentan la inclusión de un miembro de la familia de los niños/as incluidos en el estudio como unidad de información.

A los fines de este estudio, se consideró como criterio para el recorte del grupo etáreo de 8 a 14 años, ya que es el que menos concurre al Centro de Salud excepto condicionados por situaciones de emergencia; "estos niños concurren a la consulta urgidos por el síntoma, el dolor agudo y en términos generales, por cualquier situación de urgencia buscando una respuesta inmediata" (Czerniecki, op cit: 74).

Constituye también el problema la exigencia diferencial del cuerpo y las implicancias que esto tiene en la estructuración de patrones socio culturales que están en juego en las concepciones y percepciones de salud y enfermedad. En otros estudios se ha mostrado que "... las condiciones desfavorables en la que los niños realizan sus trabajos en la calle, la falta de consumo alimentario, o de bajo nivel proteico, el escaso acceso a servicios sanitarios para satisfacer necesidades mínimas, hay una tendencia a sobreadaptar sus cuerpos a estas y otra situaciones adversas, etc. Este modo en que

disciplinan sus cuerpos, estereotipan movimientos, actitudes y palabras para trabajar, hacen del trabajo infantil en algunas regiones del país y bajo determinadas circunstancias desfavorables socio-ocupacionales y de vida, una situación de altas condiciones de vulnerabilidad social” (Lezcano, A,1994, en Czerniecki, op.cit:5)

A pesar de la visibilidad creciente de niños y niñas que realizan las actividades económicas más marginales en las calles de las grandes ciudades de nuestro país, aún acontece en los márgenes de visibilidad/invisibilidad. Por tal, en este estudio, y continuando en el proceso de ampliación del concepto, se adopta como referencia la definición de trabajo infantil como "el que efectúa en forma remunerada o no, *visible o no*, una persona de menos de 15 años".²³ Desde esta tensión visibilidad/invisibilidad, considero la importancia de incluir en este recorte a niños/as que realicen trabajo callejero y/o trabajo doméstico.

4. Contexto local.

4.1 Niños que trabajan en el Conurbano Bonaerense.

La Encuesta Permanente de Hogares de mayo de 1999, mostró que en el Gran Buenos Aires sobre un total de 505.912 niños de entre 10 y 14 años que trabajan el 1;4% estaba ocupado, en tanto el 0,4% se declaró desocupado por lo que el 1,8% de los niños se encontraba incorporado a la población económicamente activa. Se trata de 9.612 niños entre 10 y 14 años, a los que se suman 1800 menores de 9 años de edad que se declaran trabajadores. (López, A; 1999).

²³ Art. 2, Ley 937 de la Ciudad de Buenos Aires, extraído de Czerniecki, S. (2003) *Prácticas de salud de los niños trabajadores callejeros de Constitución*. Tesis de Maestría en Salud Mental Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús.

A pesar de que el trabajo infantil es significativo en niños y niñas, en relación al género, del análisis de los datos de la EPH surgen dos órdenes de factores que hacen que tenga menor incidencia el trabajo infantil femenino: la orientación de las familias a darle prioridad a la incorporación de los niños antes que las niñas al trabajo y el hecho de que las niñas están a cargo, con mayor frecuencia que los varones, de tareas y responsabilidades domésticas. Las actividades domésticas están más difundidas en los hogares con NBI. Entre los 10 y los 13 años ayudan en el cuidado del hogar el 65,5% de los niños en hogares con NBI y el 57% de los pertenecientes a hogares sin NBI. (INDEC, 1996, p. 160-162).

En este estudio, al respecto de la variable "ayuda" en el cuidado del hogar, no se especifican las horas de trabajo en estos dos grupos (hogares con NBI y hogares sin NBI). Este dato es importante ya que podrían existir diferencias, por ejemplo, en cuanto al impacto y significado de ayudar en las tareas del hogar a cuidar un hermano todos los días determinada cantidad de horas.

"El Trabajo Doméstico constituye la forma de trabajo no remunerado más común, en el cual, mayoritariamente las niñas se encargan enteramente del hogar, a fin de liberar el tiempo de sus madres, padres o hermanos mayores, para que desempeñen trabajos remunerados. Estos niños realizan todas las tareas domésticas y el cuidado de menores, ancianos y enfermos." (Propuesta de Plan Nacional para la Erradicación y Prevención del Trabajo Infantil. Elaborado por el Equipo Técnico de la Presidencia de la CONAETI – OIT, Junio / 2001:3).

4.2 Ubicación geográfica y características demográficas.

El Municipio de Quilmes forma parte del denominado Segundo Cordón del Conurbano Bonaerense, ubicado en la zona sur. La población de Quilmes para el año 2000 es de 575.642 habitantes. La densidad de Población es 4.084,9/Km.2.

Quilmes es el tercer partido de la provincia de Buenos Aires con mayor cantidad de población con NBI., y si se lo compara con el promedio de los partidos que integran el sector sur del conurbano, se encuentra en un segundo lugar, luego de Lomas de Zamora. Un 21,2% de la población de Quilmes tiene sus NBI. (Ilari y Villar, 2000) y representa, junto a los distritos del mismo grupo, la tasa de empleo más baja de todo el conurbano. (López, E y Fassio, A, 1996)

El Barrio IAPI. (Instituto Argentino de Promoción e Intercambio)²⁴

Luego de un relevamiento realizado (a los fines de esta investigación) de las HC de los niños/as entre 8 y 14 años que concurren y/o concurren al Centro de Salud en los últimos dos años se pudo determinar que entre un 55% y un 60% provienen del Barrio Iapi, barrio que se encuentra ubicado dentro del Área Programática del Centro de Salud.

El barrio IAPI se encuentra, tomando el criterio censal del Indec, en la fracción censal 18. Esta fracción se ubica dentro de las que presentan mayor nivel de hacinamiento (16,3%, censo 1991) y mayor nivel de niños que no asisten a la escuela. (Ilari y Villar, 2000).

Presenta características de una villa de "emergencia" compuesta por 39 manzanas, 600 viviendas. (Fuente: Mapa Barrial cedido por referente barrial de un Comedor Comunitario).

²⁴ Cabe señalar la connotación histórica de la denominación del barrio, ya que representa una de las medidas relacionadas a la producción y a la industria tomadas en el año 1946, en el marco del Primer Gobierno Peronista, y que caracterizó el empuje productivo que tuvo la zona del conurbano bonaerense en el que se encuentra el Municipio de Quilmes.

4.3 Contextualización del Centro de Salud “María Eva”²⁵:

La Unidad Sanitaria María Eva forma parte del Centro de Integración Comunitaria CIC, que fue inaugurado el día 15 de noviembre de 2004, su construcción se vincula entre otras cosas con la solicitud y participación de una parte de los vecinos del barrio que reclamaban la construcción de un “Hospitalito”.

En la unidad sanitaria se desempeñan profesionales de distintas especialidades: Psicología, Trabajo Social, Enfermería, Odontología, Obstetricia, Medicina General, Pediatría, Clínica Médica, Ecografía y Ginecología. A partir del año en curso comienza a funcionar como sede de residencia.

El espacio cuenta con once consultorios en los cuales se realiza atención programada y demanda espontánea; el sector de Guardia cuenta con shock-room, enfermería, vacunatorio, cocina, habitaciones y baño; y un área central donde se encuentra el sector de administración, la farmacia, el sector de esterilización de material, oficina, baño para el personal, cocina y baños públicos.

Constituye una de las unidades cabecera del Partido de Quilmes. A ella derivan las unidades Sanitarias La Loma, Bernal Oeste y 25 de Mayo tanto para la realización de interconsultas, como para la realización de estudios complementarios

Además del área destinada a la atención de profesionales de la salud, existe otra zona en la cual funciona el Centro de Integración Comunitaria propiamente dicho, allí se realizan distintas actividades educativo-formativas, de recreación y de promoción de la salud

²⁵ Caracterización proporcionada por miembro del Equipo del Salud del Centro de Salud Maria Eva, realizada por dicho Equipo en base a datos secundarios y a elaboración propia.

Caracterización del área programática: La misma se encuentra en el barrio IAPI de Bernal Oeste, perteneciente al partido de Quilmes. El nivel socio económico y habitacional es muy heterogéneo ya que existen sectores donde se encuentran habitantes con un alto poder adquisitivo en barrios privados, otros de clase media y algunas zonas muy carenciadas con alto grado de NBI.

El área programática abarca aproximadamente 25 X 18 cuadras, las que se encuentran pobladas casi en su totalidad, del barrio IAPI , esta zona es una de las que presenta un alto porcentaje de personas con NBI de todo Quilmes.

De acuerdo al censo realizado en el año 2001, el 28,1% de la población del área programática de la U.S María Eva presenta Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI); al mismo tiempo al interior del barrio existen sectores que poseen un 36,36% y 40,32% de la población con NBI, correspondientes a la zona cercana a la calle Lynch (límite con la localidad de Wilde) y al área que limita con Camino General Belgrano.

De acuerdo a los datos aportados por el último censo realizado, la población total del *área programática* es de 22809 habitantes, con un 49,7% de mujeres y un 50,3% de hombres. La distribución por edades es la siguiente el 35% es menor de 14 años, 60% tiene entre 15 y 64 años y menos de 5% tiene 65 años.

En relación a la situación habitacional, infraestructura y servicios públicos del Barrio I.A.P.I. posee los servicios básicos distribuidos irregularmente según la distancia que separe las viviendas de las calles asfaltadas. El servicio de energía eléctrica, posee un alto índice de conexiones clandestinas, especialmente a medida que nos adentramos en las áreas más precarias del barrio. La recolección de residuos está limitada a las cuadras asfaltadas, siendo el horario impreciso, lo que promueve la formación y mantenimiento

de basurales a cielo abierto. Según datos del censo poblacional del año 2001, el 96,62% de la población del área programática no posee cloacas, aunque actualmente se están realizando obras para incorporar a los vecinos a dicha red. La obra en el barrio I.A.P.I. comprende 14.000 metros lineales, que significa que unas 1.500 familias serán incorporadas a la red de agua. Se calcula que esta obra abastecerá a unos 6.600 vecinos.

Cabe mencionar ciertas situaciones ambientales insalubres, como basurales a cielo abierto ubicados en las márgenes de los arroyos y en varias esquinas que, sumado al hecho de la casi inexistencia de cloacas, hace inferir la alta probabilidad de contaminación de las napas subterráneas acuíferas, de las cuales algunos vecinos extraen el agua para su consumo diario.

Con respecto a la situación habitacional, en general se visualizan viviendas precarias existiendo una heterogeneidad, en algunos casos, dependiendo del tiempo de residencia en el barrio. Existen algunos asentamientos nuevos como, por ejemplo, el predio conocido como pasillo 8, el cual cubre aproximadamente 2 manzanas. Dicho terreno fue tomado en enero de 2008 por 36 familias jóvenes con un promedio de 3 hijos, según publicación del Frente Popular Darío Santillán. Esta organización denuncia que “el único modo de conseguir una casa en la IAPI, es éste, acá no hay planes de viviendas...” Los datos del Censo realizado en 2001 indican que el área programática cuenta con un total de 4970 viviendas. En cuanto al tipo de construcciones cabe mencionar que las viviendas se diferencian en los materiales usados para su construcción, ubicándose sobre las Avenidas o calles principales viviendas construidas con ladrillo y otras zonas donde coexisten casas con mejores condiciones de habitabilidad y viviendas precarias construidas con maderas, chapas y cartones, las mas precarias son construidas con chapas o madreas muy deterioradas que son remendadas

con trapos o cartones, los pisos de estas viviendas son tierra. La mayoría de las calles son de tierra a excepción de 2 que están asfaltadas. Algunas familias comparten la vivienda con otros familiares dándose situaciones de hacinamiento, donde se comparte no solo la vivienda sino también la habitación y la cama donde los padres deben dormir con sus hijos por falta de espacio y/o de mobiliario.

En relación al aspecto laboral según las consultas realizadas en la US se puede estimar que un alto porcentaje no posee empleo formal, dedicándose al cartoneo, realizar changas y muchos perciben planes de empleo de \$150. Solo el 25,37% de la población del área programática de la U.S. María Eva cuenta con Obra social (censo poblacional de 2001).

Con respecto a la estructura familiar en su mayoría las personas que consultan tienen familias numerosas, existiendo un alto grado de embarazos adolescentes y madres que deben afrontar solas la crianza de sus hijos, en algunos casos son ayudadas por familiares y/o vecinos. Otras características que se evidencian en las consultas y/o espacios de intervención son, la violencia de género como así también se ha intervenido en situaciones vulneración de los derechos de los niños/as. (violencia física, sexual, emocional, negligencia, *trabajo infantil*, etc.)

5. Análisis teórico de las categorías centrales de la investigación

5.1 Presentación de las categorías analíticas que guiaron la reflexión sobre el tema planteado

Concepción de infancia. La concepción de infancia que se adopta como marco de referencia en este proyecto es aquella que alude a la infancia como un concepto heterogéneo, culturalmente definido.

Según Krichesky (1993) la concepción de infancia se construye social e históricamente en los inicios de la modernidad de los siglos XVII y XVIII.

En cuanto a la concepción de niño/a me basaré, como referencia principal, en la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (Naciones Unidas, 1989) en la que se entiende por niño a todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.

En virtud de que en esta investigación se entrecruzarán aspectos que requerirán ser pensados a la luz de la construcción social de la noción de infancia como también aspectos que remitirán a la idea de "niñez" creo conveniente advertir sobre la necesidad de despejar lo referido a la sinonimia existente entre niñez e infancia admitida como si fuera natural. Tomaré para esta idea a Eva Giberti (1997) quién al respecto plantea que la noción de infancia promete el comienzo de un ciclo, el inicio de algo que mostrándose abierto, sugiere una continuidad; su sentido se adhiere a orígenes; en cuanto a niñez, se describe como el momento que circunvala un período de otra índole, más abarcativo que infancia, y no remite necesariamente a inicio (aunque lo incluya) sino que ciñe un estadio histórico dentro del desarrollo evolutivos de los humanos. Una coincidencia entre niñez e infancia se recorta en su inevitable afiliación a la idea de futuro, según las premisas de cada época.

Partir de una mirada de la noción de infancia como construcción social implica señalar aquello que Costa, M y Galiano, R (2001,a) describen como *las infancias de la*

minoridad. Dichos autores analizan el impacto de los dispositivos legales e institucionales desplegados en la propia constitución del Estado moderno en la Argentina, en la constitución de *niños* propiamente dichos y *menores*. Los primeros son quienes están en posiciones de sujeto vinculadas a su condición de hijo de familia legítima y a su inscripción como alumno del sistema de educación pública nacional, mientras que los segundos son quienes se encuentran en posiciones de sujeto relacionadas con la carencia de familia, hogar, recursos o desamparo.

Esta categoría analítica cruzará de manera transversal este estudio, de manera tal que al explorar las vivencias (cotidianeidad) de los niños y niñas que trabajan se puedan establecer lazos con los procesos de construcción histórica, social y cultural del concepto Infancia.

Proceso salud/enfermedad/atención.

El análisis de este proceso es central en esta investigación. Implica destacar el carácter de "proceso" y no verlo como "estado"; pensarlo desde una lógica no individualista y no-biologista, reconocerlo en sus dimensiones colectivas institucionales e históricas, situarlo en el proceso de producción y reproducción social. (Stolkiner, 2001)

E. Menéndez (1994) plantea que el Proceso S/E/A se ha desarrollado dentro de un proceso histórico en el cual se construyen las causales específicas de los padecimientos, las formas de atención y los sistemas ideológicos (significados) respecto de los mismos. La enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud constituyen uno de los hechos más frecuentes, recurrentes, continuos e inevitables que afectan la vida cotidiana de los conjuntos sociales.

Desde la dimensión de construcción social, según Grimberg, Margulies y Wallace (s/f) refieren al Proceso S/E/A como constituyentes de una trama de relaciones y prácticas en las que se articulan no solo procesos económicos sociales, sino políticos e ideológicos. Estos autores entienden por Construcción social de los procesos de salud-enfermedad-atención al proceso de condicionamiento recíproco entre las representaciones y las prácticas, desarrolladas tanto por los especialistas del campo -incluidos los distintos niveles de atención institucional y no institucional- y los conjuntos sociales.

Explorar el proceso de salud/enfermedad/atención aportará a la descripción de **las articulaciones existentes** entre las concepciones de salud y enfermedad operantes en las prácticas de los sujetos y los aspectos vivenciales y subjetivos asociados a la condición de trabajador

Implica también conocer los establecimientos de atención de la salud, más específicamente las “formas particulares bajo las cuales las familias los imaginan, los usan y califican. Para poder contextualizar ese aspecto es necesario tener una idea de disponibilidad objetiva de servicios de salud en la zona donde habitan las familias estudiadas. (Bronfman, M 2001: 44)

Entiendo **la salud** desde una visión holística, de proceso tal como lo plantean Galende (2004), Stolkiner (2001), Menéndez (1994) y considero que esta visión puede ser enriquecida por el aporte teórico que realiza Ferrara, Floreal (1966) cuando plantea que la salud “surge del accionar del hombre frente a sus conflictos. No es el conflicto lo que define lo patológico, sino el bloqueo de lo conflictivo, y la imposibilidad de resolver ese conflicto en cualquiera de las tres áreas. La salud se expresa correctamente cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le imponen; y cuando de esa lucha logra resolver tales

conflictos, aunque para ello debe respetar la situación física, mental o social en la que vive, o modificarla de acuerdo a las necesidades y aspiraciones propias y del grupo. La salud es así una consecuencia de los niveles de vida de una comunidad, pero también resulta ser el agente productor de las energías básicas para elevar los demás niveles de vida. *La vivienda, la alimentación, la recreación, etc., están requiriendo mejores expresiones de su presencia en una comunidad, para que esta pueda alcanzar niveles óptimos de salud. Y alcanzados estos niveles óptimos de salud, este elemento constitutivo del nuevo nivel de vida, se transforma a su vez en un generador de potencia ilimitada, para que la comunidad lo ponga en juego a fin de lograr mejores niveles de alimentación, vivienda, educación, recreación, etc.* En este **juego dialéctico de la salud**, se empieza a comprender la significación transformadora que puede alcanzar.” (Ferrara, F; 1966: 155-162.)

Procesos resilientes. Se toma la propuesta conceptual de Llobet Valeria (2003) quien entiende los *procesos* resilientes como “posibilidad/potencia de subjetivación y protección frente a situaciones de adversidad, con potenciales efectos negativos”. Esta perspectiva aporta a la concepción de salud a la cual se adhiere y se explicita en el párrafo anterior.

Condiciones de salud. Para conocer y describir las condiciones de salud de los niños y niñas participantes del estudio se toman como referencia los indicadores de salud de UNICEF para determinar condiciones de salud en los niños, por lo que se indagó sobre tres indicadores básicos²⁶: Uso de fuentes mejoradas de agua potable, uso de instalaciones mejoradas de saneamiento e Inmunización. Se incluyeron además los

²⁶ http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/argentina_statistics.html (acceso: 6/6/07)

siguientes indicadores: alimentación (acceso y tipo de alimentación), prácticas deportivas/recreación, concurrencia a controles de salud y uso de drogas ilícitas.

Además se rescatarán las Vivencias, su significación, los relatos (Stolkiner, op.cit), recatando la perspectiva por parte de los actores (niños/as que trabajan) en relación recíproca y simultánea con el contexto en el que se produce la interacción social, por lo que mantiene relación recíproca con el denominado proceso de socialización según Berger y Luckman (1995). Comprende al objetivo general de esta investigación ya que posibilitará comprender la heterogeneidad de los microcontextos (por ej. familiares, sociales, etc.).

En virtud de problematizar respecto de la necesidad de recuperar las vivencias, rescato el análisis que realizan Telles y Abramo (1987:197) cuando sostienen que "... el drama vivido por los niños (que trabajan) no encuentra lugar ni códigos para ser elaborado positivamente como una identidad socialmente reconocida. De ahí se deduce una cierta incomunicación de las experiencias vividas que no encuentran medios para transitar el mundo compartimentado de experiencias a través del cual los trabajadores elaboran sus criterios de autoreconocimiento. Habitando el subsuelo de la sociedad, esos niños viven una experiencia en la cual sus deseos y sus aspiraciones, sus rebeliones e indignaciones no tienen nombre ni palabras fuera de los códigos y representaciones dominantes..."

Percepciones. Se parte de las percepciones sobre salud y enfermedad como categoría de análisis, se la incorpora como camino capaz de producir mediaciones para la identificación de concepciones respecto de las mismas y de su relación dialéctica con las prácticas de los sujetos, lo cual implicará también una aproximación a las representaciones sociales presentes en los mismos. Tal interrogante remite, más allá del dato empírico en sí, al "modelo global que determina tales percepciones, las que deben

ser relacionadas con el juego de procesos socioeconómicos, políticos y culturales que las constituyen. Permanecer en el nivel de la evidencia supone quedar atrapado en el dominio microsociedad y obturar el análisis que integre aquellas relaciones que darían la pauta de la intensidad negativa de los procesos que operan en las condiciones de vida de individuos y grupos” (Menéndez, 1997; en Eguía y Ortale, 2007:17)

El estudio de las percepciones como de las concepciones y significaciones no puede plantearse desvinculado del concepto de representación social. He tomado los aportes conceptuales de Moscovici (s/f) quien se refiere a representación social como “una manera de interpretar y pensar nuestra realidad cotidiana, una forma de conocimiento social y correlativamente la actividad mental desplegada por individuos y grupos a fin de fijar su posición en relación con situaciones, acontecimientos, objetos y comunicaciones que les conciernen. (...) este conocimiento se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social. De este modo, este conocimiento es, en muchos aspectos, un conocimiento socialmente elaborado y compartido” (Moscovici, s/f: 473)

Considero también de gran riqueza para este estudio los aportes conceptuales de Jodelet (1991) quien plantea que “las representaciones sociales forman un sistema, dando lugar a 'teorías espontáneas', visiones de la realidad que encarnan imágenes o condensan palabras, las unas y las otras cargadas de significado (...) a través de estas significaciones, las representaciones son expresión de los individuos o grupos que las forjan dando al objeto representado una definición específica. Estas definiciones compartidas por los miembros de un mismo grupo constituyen una visión consensuada

de la realidad. Esta visión, que puede entrar en conflicto con la de otros grupos, es una guía para las acciones y cambios cotidianos..." (Jodelet, 1991; en Luciani Conde, 1999)

Para el objetivo de *explorar la articulación real y posible con el Centro de Salud*, se parte de la perspectiva de Brofman (2001) respecto de la necesidad de conocer las formas particulares bajo las cuales las familias imaginan, usan y valoran a lo servicios de salud y se toma el concepto de Accesibilidad, como facilitador de la comprensión de los factores que intervienen en el proceso salud/enfermedad/atención. En esta línea que propone el autor, adhiero a la propuesta conceptual de concebir *la accesibilidad* como "el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. Este vínculo se construye a partir de la 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; en Comes y cols; 2007:202).

Comes (2007) señala que si se considera que la accesibilidad se trata de un problema de oferta, las representaciones, discursos y prácticas de la población no son necesariamente considerados por los servicios a la hora de dar respuestas para mejorar la accesibilidad. Al pensarlo como un problema de encuentro/desencuentro entre la población y los servicios de salud, es ineludible *la inclusión de las prácticas de vida y salud de la población en cada estrategia para mejorar el acceso*. La accesibilidad es comprendida como una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en si mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse.

Esto nos lleva a considerar el concepto en su complejidad, incluyendo en su análisis su dimensión relacional. Se hace necesario pensar en la población, en los servicios de salud y en la relación entre los servicios y la población en tanto los servicios son productores

de discursos que se entraman en representaciones y prácticas de la población dando como resultado distintos modos de acercamiento y utilización. Son los sujetos los que construyen la posibilidad de acceder o no a los servicios y que esto es producto de una multiplicidad de situaciones (Comes, op.cit: 203)

En este trabajo se priorizara los *saberes contruidos, sentires, percepciones, vivencias, de los niños trabajadores rescatando* la posibilidad y el modo que construyen los sujetos para acceder a los servicios de Salud.

Dicho esto, la accesibilidad poseería una dimensión subjetiva que sería necesario indagar. Entendiendo que la subjetividad se construye a lo largo de la vida de los sujetos y que la misma es producto de experiencias vinculares de la infancia, de la historia, de los mecanismos de poder que se ejercen en cada sociedad, de la clase de pertenencia, de la etnia, de modos de disciplinamiento, etc. O sea, se encuentra multideterminada por el contexto histórico y la propia historia del individuo.

Los Servicios de salud también son productores de subjetividad ya que sus acciones e inacciones producen efectos subjetivantes en la población y ofrecen indicios para construir ideas o creencias sobre ellos mismos. (Comes, p.6, 2003)

Trabajo infantil. De acuerdo a las publicaciones existentes se podría afirmar que el *trabajo infantil*, se enmarca en una estrategia de sobrevivencia, y se toma a la Convención Internacional de los Derechos del Niño como punto de partida y marco general del concepto, desde la cual se lo define como "toda interferencia circunstancial, de alguna forma remunerada, con el normal desarrollo del niño en el sistema educativo". Sin embargo, esta perspectiva requiere de reflexiones y conceptualizaciones que complejicen el enfoque que orienta este estudio, por lo que se explicitarán algunas consideraciones.

A partir del marco general que proporciona la Convención de los Derechos del Niño, en esta investigación sobre el trabajo infantil se producirá un recorte etéreo que estará dado por las características de la población que se va a estudiar (niños y niñas de 8 a 14 años) y por la construcción social y cultural en torno al concepto de infancia que caracteriza a nuestro país.

Me basaré en Oyhandy, M, (2005) quien realiza un estudio sobre el trabajo infantil y las estrategias de sobrevivencia familiares. Este estudio aporta en la línea de conocer la relación existente entre el trabajo infantil y dichas estrategias, por lo cual sostiene que “las estrategias van variando en función de los recursos con que cuentan dichas familias, y dentro de ellos contemplan la incorporación de niños, niñas y adolescentes al mercado de trabajo. Entendemos, entonces, las estrategias de sobrevivencia como una construcción que permite el análisis de la articulación de relaciones y comportamientos que realizan los hogares en situación de pobreza frente a las restricciones que les impone la estructura social y por ende, su condición de clase.”

La noción de estrategias de sobrevivencia, nos remite a pensar en las repuestas a determinadas condiciones manifiestas y “... encierra en sí misma dos supuestos: por un lado, la intencionalidad de los actores involucrados y por otro lado, desde el punto de vista del resultado, las consecuencias que emergen modificando la realidad original. Es decir, se describe analíticamente una trayectoria”. (Rozas, 1996, en Oyhandy, M, 2005).

García Méndez y Araldsen (1997) sostienen que en el ámbito de la definición del trabajo infantil, el derecho internacional ha jugado un papel importante, antecediendo e impulsando en muchos casos la normativa de carácter nacional.

Uno de los antecedentes lo constituye la Convención N° 5 sobre edad mínima (14 años para el trabajo en la industria) adoptada por la Conferencia Internacional del Trabajo en

1919. La Convención 138 sobre edad mínima, de 1973, de la OIT, constituye el documento jurídico global más importante hasta la fecha, conteniendo propuestas inequívocas en el sentido de la definición y abolición del trabajo infantil.

De todos modos, los problemas que presenta la definición clara de trabajo infantil podrían ser rápidamente superados haciendo uso del espíritu y del texto de la Convención Internacional de los Derechos del Niño. En este sentido el artículo 32 de la Convención permite definir como trabajo infantil *toda interferencia sustancial, de alguna forma remunerada, con el normal desarrollo del niño en el sistema educativo*. Como afirman G. Méndez y Araldsen, esta definición implica, un cierto desplazamiento de la percepción de trabajo infantil de un fenómeno social abstracto, hacia una realidad posible de ser medida con criterios más objetivos. Se complementa con esta definición, la adoptada por Cariola y Cerra (1986) quienes entiende como trabajo infantil "... cualquier actividad remunerada que constituye una ayuda a un trabajo remunerado de algún adulto sea familiar o no" (Cariola y Cerra, op.cit:10).

Esta última definición no contempla la posibilidad de trabajo independiente con destino del ingreso también independiente (es decir, la posibilidad de que el dinero recaudado no sea entregado a un adulto) pero si incluye la noción de "cualquier actividad", lo cual permite incluir dentro de ésta a la diversidad de actividades que para los/as niños/as que trabajan les signifique un ingreso.

Teniendo en cuenta los elementos que se han planteado anteriormente, el concepto al que arriban Lezcano y Cols. (2002) definiendo al trabajo infantil como "toda actividad que desarrolla un niño o adolescente a fin de obtener una retribución material o *simbólica*. *El trabajo infantil abarca un amplio campo de actividades, que pueden ir desde la mendicidad, la venta ambulante, el trabajo rural, el trabajo doméstico, hasta*

la prostitución y el robo. (...) el trabajo infantil es el exponente más franco de un proceso de informalización, que trasciende lo económico". (Lezcano y cols, 2002:24)

constituye un aporte a la definición de trabajo infantil. Desde este marco se abordará esta investigación, por lo cual se considerará trabajo a la gama existente entre atender un comercio-trabajar en un taller-abrir puertas de taxis-recolectar cartón-robo-prostitución.

A los fines operacionales, en esta investigación, se entenderá por trabajo callejero a cualquier actividad realizada fuera de la casa por la que se perciba un ingreso o cualquier tipo de remuneración simbólica y por trabajo doméstico a aquellas actividades no remuneradas realizadas en el hogar que signifiquen ayuda a un familiar, el cual será considerado como tal en los casos en que se refiera ayudar en el hogar por un tiempo de 2 horas y más, con una frecuencia de dos veces a la semana y más.

El grupo etéreo objeto de esta investigación coincide con la franja etérea en la que la escuela sería el espacio social de pertenencia y referencia. El ingreso al trabajo precozmente compromete la posibilidad de desarrollo psico/físico, de recreación y lúdica. Para estos niños, el proceso de constitución de identidad tiene como principales significantes al trabajo y la calle. (Lezcano, 2002)

En términos del derecho a la salud de los niños y niñas es la Convención Internacional de los Derechos del Niño la que expresa el pleno consenso sobre el compromiso de garantizar el **derecho a la salud**: "Art. 24: los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios. (...) Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas

posibles para abolir las prácticas (...) que sean perjudiciales para la salud de los niños..."

Tomaré la propuesta de Vasilachis (2003) respecto de una **definición relacional** de las **situaciones de pobreza**, a la cual arriba como consecuencia de interpretar los datos provenientes de la aplicación de metodologías cualitativas con el objetivo de generar teoría a partir de esos datos. La autora concluye en que “las personas pobres son aquellas que se ven sometidas a un entramado de relaciones de privación de múltiples bienes materiales, simbólicos, espirituales y de trascendencia, imprescindibles para el desarrollo autónomo de su identidad esencial y existencial. La privación de los bienes necesarios para la subsistencia ataca no a una, sino a las dos dimensiones de la identidad al unísono, porque pone en riesgo la vida de las personas a la par que desconoce su dignidad al negarles su derecho al trato como iguales. (...) Las acciones de privación lo son, entonces, porque desconocen ese principio de igualdad esencial, ya que lo que comienza por ser una privación de bienes finaliza traducéndose en la privación de la identidad, al negar alguno de sus componentes, sea el esencial, sea el existencial o el de desarrollo autónomo de alguno o de ambos” (Vasilachis, 2003:91)

Los/as niños/as trabajadores pertenecen a familias en situación de pobreza estructural, su condición de vulnerabilidad social condiciona las estrategias y prácticas de salud.

Las categorías utilizadas para definir las familias, serán tomadas de la propuesta metodológica de Susana Torrado (1998), y condición NBI del INDEC.

Para referirme a familia, utilizo la perspectiva desarrollada por Alicia Lezcano (2002) quien sostiene que cuando se habla del niño, se está refiriendo a un individuo, marcado por su historia familiar y personal, determinado por su pertenencia social,

miembro de una categoría social, inmerso en el tránsito del ciclo vital. Todo ello forma parte del contexto de este desarrollo, que es la familia. Los grupos familiares no son exclusivamente una relación de consanguinidad, sino también relaciones culturales, unidades de residencia, reproductivas y económicas.

Existe una distinción analítica entre unidad doméstica y familia. “Por un lado, la familia tiene un sustrato biológico ligado a la sexualidad y la procreación, constituyéndose en la institución social que regula, canaliza y confiere significados sociales y culturales a estas dos necesidades. Por otro lado, la familia esta incluida en una red mas amplia de relaciones -obligaciones y derechos- de parentesco, guiados por reglas y pautas sociales establecidas. La importancia de la familia, sin embargo, va más allá de la normatividad de la sexualidad y la filiación. También constituye un grupo social de interacción, en tanto grupo co-residente que coopera económicamente en las tareas cotidianas ligadas al mantenimiento de sus miembros. Las actividades comunes ligadas al mantenimiento cotidiano definen unidades domésticas, en las cuales se combinan las capacidades de sus miembros y recursos para llevar a cabo dichas tareas de producción y distribución” (Jelin, E., en Czerniecki, op.cit:60)

5.2 Presentación general del trabajo de campo

Esta investigación se llevó a cabo en el barrio IAPI, correspondiente al Área Programática del Centro de Salud n° 3, María Eva, de la localidad de Bernal Oeste, partido de Quilmes, en el año 2009.

El Centro de Salud María Eva es la institución de la cual se extrae la muestra y las unidades de análisis.

El trabajo de campo fue llevado a cabo en el año 2009 durante los meses de Abril a Diciembre (con interrupción de dos meses debido a la declaración de Emergencia Sanitaria Nacional por Gripe A), por medio de entrevistas semidirigidas a 19 niños (7 mujeres, 12 varones) entre 8 y 14 años, las cuales fueron realizadas durante los meses de Septiembre a Diciembre de 2009.

Para la construcción de la muestra, se confeccionó e implementó un cuestionario en el espacio de las consultas a Pediatría, Odontología y Trabajo Social del Centro de Salud del barrio IAPI en Quilmes, que detectaba familias con niños trabajadores infantiles. En el cuestionario se indagó sobre la existencia en la familia de niños o niñas entre 8 a 14 años que recolectara cartón/botellas en la calle, limpiara vidrios, etc. o cuidara a hermanos o realizara alguna tarea de ayuda en el hogar todos los días por más de dos horas.

Tres de los niños no pudieron ser entrevistados debido a que luego de que la madre de dos niños trabajadores callejeros de 11 y 13 años que recolectaban cartón durante la noche en Constitución manifestara su acuerdo con participar del estudio, al momento de coordinar con los niños para la realización de la entrevista el padre no estuvo de acuerdo con la participación de ellos en el estudio. En el caso del tercer niño, después de dos intentos de encuentro manifestó no querer ser entrevistado y se respetó la decisión.

Como cierre del proceso, se realizaron dos talleres de actividades plásticas.

El procesamiento de los datos se realizó a través de programa Excel para los datos cuantitativos, y para los datos cualitativos se tomó como referencia a Taylor y Bogdan siguiendo las etapas de análisis cualitativo de los datos planteadas por los autores: identificación de temas y desarrollo de conceptos y proposiciones; codificación de los

datos y el refinamiento de la comprensión del tema de estudio; relativización de los descubrimientos. (Taylor y Bogdan, s/f: 159)

El Objetivo general es

- analizar las condiciones de salud y las percepciones que tienen los niños y niñas que trabajan sobre el proceso salud/enfermedad/atención

Los Objetivos específicos:

- 1- Identificar y describir las concepciones de salud y enfermedad
- 2- Describir los problemas de salud más frecuentes por los cuales consultan los/as niños/as
- 3- Identificar y describir las prácticas relacionadas con la salud
- 4- Identificar y describir diferentes resoluciones con relación a la enfermedad.
- 5- Explorar la articulación real y posible con el centro de salud.

Cabe mencionar brevemente la razón por la cual se consideró la inclusión de un **propósito de intervención** junto a los objetivos de producción de conocimiento. Obedece a la conceptualización a la que arriba Llobet, V (2003) sobre “procesos resilientes”. Desde esta perspectiva se le otorga un peso importante a la dimensión de la intersubjetividad, y en ese sentido, a las relaciones de niños/as con adultos significativos, y se incluyen “otros adultos”, además de las figuras parentales o sustitutos, como “representantes” de otras instituciones sociales – ya no solo la familia- cuyas construcciones simbólicas respecto de niños y niñas determinarán algunos aspectos concretos de sus condiciones de vida, por ej, los/as maestros, el personal del sistema sanitario, los/as vecinos y familiares, etc. En este sentido, *considero que el rol*

del personal del sistema sanitario puede ser muy significativo para algunos aspectos de las condiciones de vida de los niños y las niñas que trabajan.

Propósito de Intervención: Diseñar desde el Equipo de Salud una estrategia de atención adecuada a las condiciones de salud que presentan los niños y niñas que trabajan desde el marco de la Atención Primaria de la Salud.

En función de los objetivos de este estudio y del marco referencial del mismo, resulta indispensable partir de la voz del protagonista, del niño/a, para recuperar informaciones, imágenes, opiniones, actitudes.

METODOLOGIA

El tipo de diseño utilizado en este estudio es Descriptivo, a través de Estudio de caso.

La metodología se enmarcó en una Estrategia Cualitativa combinando técnicas de producción de datos cualitativos (entrevista semiestructurada a niños y a informantes claves profesionales de la salud y referentes comunitarios con trayectoria de trabajo con niños y niñas; y talleres con 13 niños y niñas entrevistados, con estímulos lúdicos a través de la expresión plástica, que posibiliten un escenario propicio para la posibilidad de decir, opinar, relacionarse e intercambiar; y cuantitativos (encuesta con preguntas abiertas al final).

En el marco de la metodología planteada, es necesario configurar en el proceso de investigación, relaciones “cara a cara”, “... donde el investigador aparece como una herramienta vital de construcción del conocimiento, teniendo como principal interés captar la realidad social a través de los ojos de los niños, es decir, a partir de las **percepciones** que ellos tienen de su propio contexto” (Álvarez, 1999; en Oyhandy;

2005: 54). En este sentido considero que “recorrir a estrategias cualitativas de investigación supone intentar conocer el **significado** que los actores atribuyen tanto a sus acciones como a las situaciones en que se encuentran inmersos.(...) El enfoque cualitativo nos introduce en el mundo cotidiano de los niños trabajadores, abriendo paso a su comprensión desde la perspectiva de sus protagonistas y brindando la posibilidad de incorporar al análisis sus conflictos, temores, angustias, intereses, sentimientos, etc., aspectos que quedan silenciados en los estudios estadísticos” (Macri, 2005:228)

La fuente de datos es información primaria.

El Universo lo componen niños y niñas de 8 a 14 años pertenecientes a familias que concurren al Centro de Salud en el período comprendido entre Abril y Junio de 2009 que trabajan y que viven en el barrio Iapi. Este período se consideró representativo del Universo sobre el que se va a trabajar en virtud de la alta concurrencia diaria de familias provenientes del Barrio IAPI a la consulta.

La unidad de análisis es cada uno de los niños y niñas de 8 a 14 años que trabajan pertenecientes a familias que concurren al Centro de Salud en el período comprendido entre los meses de Abril y junio de 2009, que vivan en el barrio IAPI; y cada una de las madres de los niños/as encuestados/as.

Las encuestas a las madres se llevaron a cabo durante los meses de Agosto y Septiembre del año 2009, y las entrevistas durante los meses de Septiembre a Diciembre. Los talleres que se realizaron fueron 2 (dos), los cuales se ubicaron en el cierre del trabajo de campo, y se realizaron en el Centro de Salud, en dos sábados consecutivos, de 12 a 17 hs.

Tanto las madres que participaron de la encuesta como los niños y niñas dieron su consentimiento informado previo al desarrollo de cada uno de los encuentros. En relación a este requisito ético, vale decir que en el momento de selección de la muestra se explicitó la voluntariedad de participación en el estudio como la confidencialidad de la información obtenida.

Del mismo modo, tanto los profesionales entrevistados como los referentes de la comunidad dieron su consentimiento informado previo al desarrollo de cada uno de los encuentros.

El tipo de Muestra es *Intencional*. La muestra se conformó con 15 niños y 7 niñas, de 8 a 10 años (22,73%), de 11 a 12 (27,27%) y de 12 a 14 (50%). 13 realizan trabajo callejero, 8 trabajo doméstico y una niña en un taller clandestino. Finalmente, se tomaron 19 entrevistas semiestructuradas.

Para la selección de los casos, la estrategia metodológica se estructuró en base a 4 etapas.

- a. Se confeccionó un cuestionario y se capacitó a trabajadores para su aplicación. Se aplicó el cuestionario, se seleccionó las familias en las que se encuentran niños/as que trabajan, se construyó la muestra, manteniéndose el criterio de muestreo no probabilístico, intencional. Se les informó de los objetivos y la finalidad de la investigación.
- b. Se aplicó una encuesta con preguntas abiertas al final a los padres y/o familia con la que conviven los niños/as referidos con el fin de relevar datos demográficos, historia de salud/enfermedad del grupo familias y del participante en estudio, utilización de los servicios de salud;

- c. Se realizó entrevista semiestructurada a los niños/as, la cual se enfocó en torno a concepción y percepción de salud y enfermedad, prácticas de salud, vivencias relacionadas con la situación de trabajo.
- d. A partir del concepto de proceso salud/enfermedad/atención que se toma como referencia y en virtud de la especificidad del objetivo referido a “conocer la articulación real y posible con el centro de salud”, se realizó entrevista a informantes clave del centro de salud y referentes comunitarios.

El taller de aprendizaje de realización de papel maché.

El taller se consideró un momento dentro del proceso de investigación, entendiendo la importancia de enmarcar dicho proceso en el marco de la Convención de los Derechos del Niño. Se partió de una consigna “*Crear desde lo que tenemos*”. La intencionalidad fue la de hacer efectivo el interés superior del niño, el derecho al juego, y brindar a los niños espacios que promuevan su expresión y sus capacidades imaginativas, dejando en el aprendizaje de una técnica de elaboración de papel maché la posibilidad de **crear** con insumos familiares/cotidianos para estos niños.

Al finalizar el proceso de toma de entrevistas, se realizaron dos encuentros en dos sábados consecutivos. El tiempo de duración de cada taller fue de 5 horas. Luego de la toma de las entrevistas se comentó a cada niño/a y a sus padres sobre la actividad. Se dejó una consigna relacionada con que fueran reuniendo diversos materiales como cartón, alambre, latas y palos de escoba para amasar. En el primer encuentro, a partir de los elementos traídos por los niños y niñas se trabajó con la técnica de elaboración de papel maché, se amasó y se moldearon objetos, se construyeron cajas y otros objetos. El segundo encuentro fue al sábado siguiente, momento en el que se pintaron las piezas

que se habían secado en el transcurso de la semana. Cada niño/a diseñó su pieza, la cual se llevó con el/ella a su casa.

Cabe señalar que teniendo en cuenta las limitaciones de las condiciones de desarrollo de la investigación, ya que el trabajo se realizó de manera individual (por lo cual no se pudo contar con una co-coordinación), estos talleres consistieron en un momento de juego y aprendizaje tal como se expresó, sin la intención de producir nuevos datos para el análisis.

Participaron de los talleres un total de 13 niños/as. Cabe subrayar las razones por las que algunos de los niños/as no pudieron participar de los talleres y lo hicieron saber a la investigadora: Dos niños no pudieron venir (una niña de 12 años y un niño de 11 años) porque "tuvieron que irse a la marcha" (comentario de una mamá), ambos niños habían estado muy motivados por realizar la actividad; otro porque le robaron las zapatillas el día anterior a la realización del taller y estaba muy triste (comentario de la mamá que se acercó al Centro de Salud a informar sobre esta razón); y otro niño porque "tenía que salir con el carro" (comentario de uno de los niños que participó del Taller). Dos niños no participaron en esta instancia debido a, como se señaló anteriormente, el padre de estos no permitió la participación de los niños en el estudio.

Encuesta

La encuesta aplicada fue construida oportunamente para el relevamiento de la presente investigación y debía contener preguntas que permitieran conocer las *condiciones de vida y de salud* de los niños y niñas participantes del estudio, ampliar información acerca de *historia de salud/enfermedad* de los niños/niñas, conocer los *problemas de salud* más frecuentes de estos, los motivos por los que se consulta y la *información que disponen sobre establecimientos de salud*.

Los ítems 3 y 4 contienen indicadores de salud, siguiendo el criterio de UNICEF²⁷, tomando tres indicadores básicos para determinar condiciones de salud en los niños: Uso de fuentes mejoradas de agua potable, Uso de instalaciones mejoradas de saneamiento e Inmunizaciones. Junto con éstos, se incluyeron los siguientes indicadores: Alimentación, Prácticas deportivas/recreación, Concurrencia a controles de salud y Problemas de salud en el último año referidos por las madres respecto del niño/a participante del estudio, y uso de drogas ilícitas.

Cabe aclarar que Alimentación, Prácticas deportivas y recreación y uso de drogas ilícitas, se indagó específicamente en las entrevistas a los niños y niñas; siendo el resto de los indicadores relevados en dicho instrumento.

La encuesta consta de 5 partes.

- 1) recolección de datos personales: fecha de nacimiento del participante del estudio, edad, sexo, actividad pre-escolar y escolar.
- 2) Relevamiento de datos demográficos: estado de familia, personas que viven en el hogar, nivel educativo de los padres, situación ocupacional de los padres
- 3) Relevamiento de características de la vivienda. Tipo de construcción y servicios.
- 4) Relevamiento de los problemas de salud más frecuentes del participante del estudio. Antecedentes. Lactancia. Tipo de alimentación en los primeros meses de vida. Inmunizaciones.
- 5) Registro de la información sobre establecimientos de salud. Conocimiento, utilización y opinión.

²⁷ http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/argentina_statistics.html

Entrevista:

Las entrevistas a los niños y a los informantes claves se realizaron luego de una primera etapa de toma de la encuesta, ya que se consideraba que en el proceso de toma de la encuesta podrían identificarse aspectos no previstos en la elaboración de guía de entrevista.

Las 19 entrevistas tuvieron un formato semidirigido, apuntaron a relevar percepciones y significaciones sobre la salud, la enfermedad y la atención; prácticas de salud (descanso, alimentación, recreación, hábitos); estrategias relacionadas con la enfermedad; y relación con establecimientos de salud.

La mayor cantidad de la toma de las entrevistas se realizó en la casa de los niños y niñas, ya que se consideraba que operaría como facilitador y no como condicionador para los niños/as. Además posibilita ubicar los relatos en un contexto de significaciones.

Entrevista a informantes clave.

En función del objetivo específico 2 y 5 se realizaron entrevistas a trabajadores del Centro de Salud (pediatra y trabajadora social) y a referentes comunitarias con amplia trayectoria de trabajo con niños y niñas en el área de localización del estudio (Directora de Casa del Niño perteneciente a una sociedad de Fomento y una Coordinadora de manzanas).

Se realizó guía de entrevista para informantes clave (profesionales de la salud).

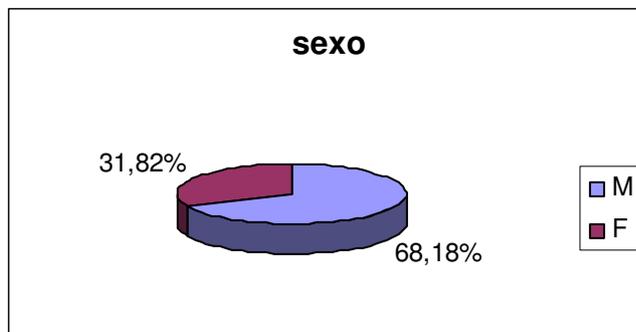
La guía de entrevista a informantes clave (referentes comunitarios con trabajo con niños: manzanera y coordinadora Casa del Niño) consistió en ampliar información/contextualizar sobre la población sujeto de estudio.

Las guías de entrevista, la encuesta a madres y el Consentimiento Informado se agregan en ANEXO.

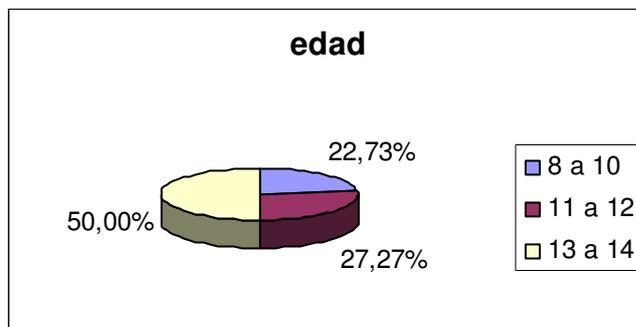
5.3 Presentación de las Características socio familiares de los niños y niñas.

Los datos presentados surgen de la realización de una encuesta aplicada a madres de los niños y niñas que conformaron la muestra. En una toma de encuesta participaron en conjunto madre y padre. Se tomaron 22 encuestas. Las mismas fueron realizadas en el Centro de Salud, explicitándose la independencia del estudio del Centro de Salud, pero transmitiendo la relación de la investigación con una problemática de interés para el Equipo de Salud de dicho Centro.

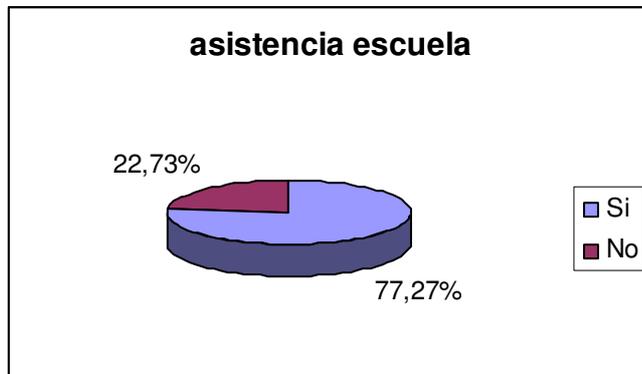
Distribución por sexo de niños participantes en el estudio



Distribución por edad de los niños participantes del estudio



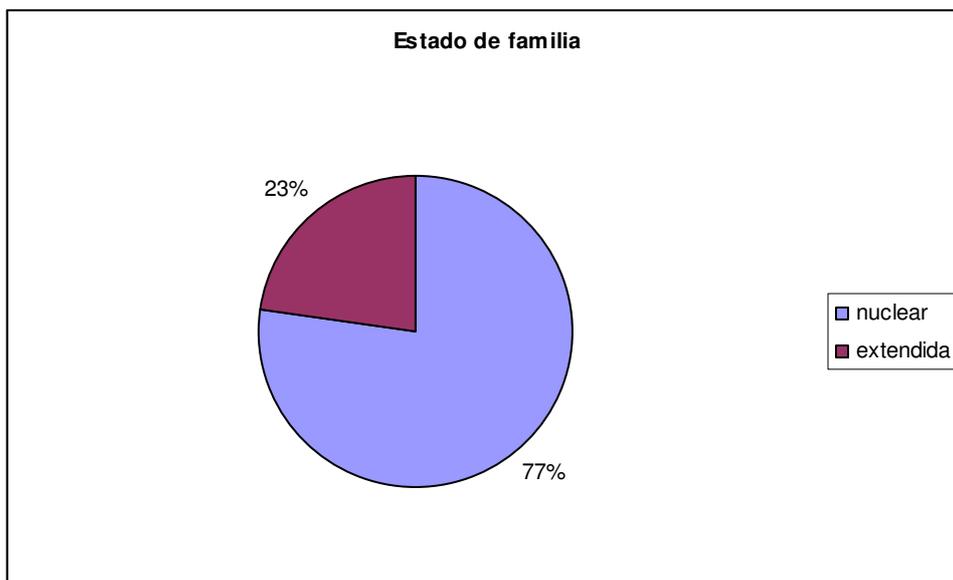
Asistencia a la escuela de los niños/as participantes del estudio al momento del estudio



Todos los niños y niñas participantes del estudio tienen una familia de referencia con la cual viven: el 77,27% presenta características de familia nuclear, y el 22,73% familia extendida.

El promedio de niños que habitan el hogar es de 5,77; y de adultos 3,45. Es decir, la **composición familiar** en promedio es de **9,22** personas.

Existen familias de 15 y 16 miembros en el grupo familiar. Solo hay una familia compuesta por 2 personas, en este caso, conviven el niño con su mamá.



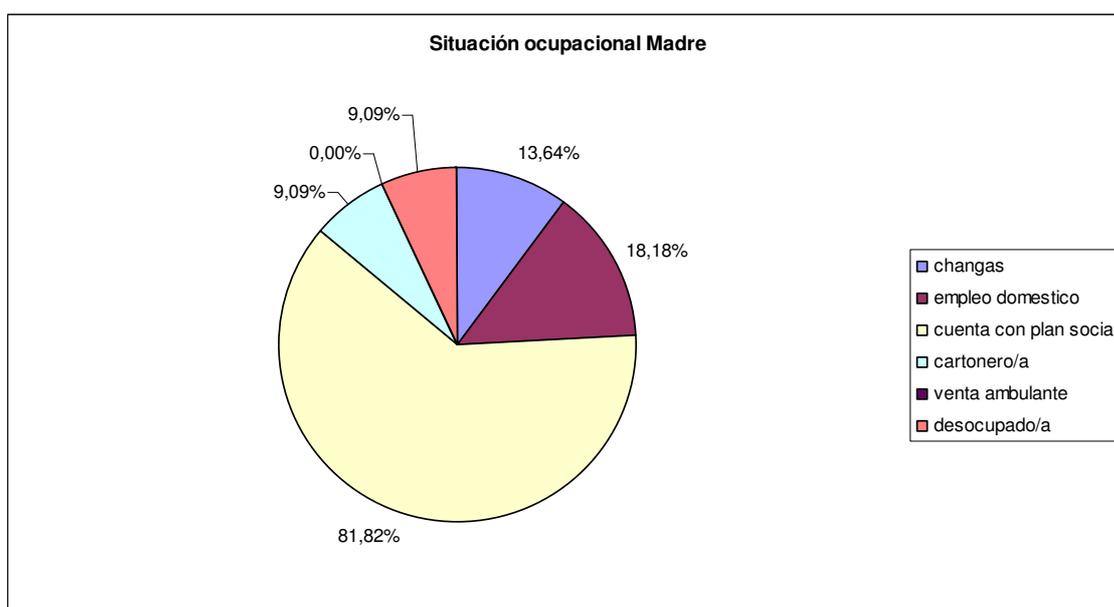
Respecto del **Nivel educativo alcanzado por los padres y madres**, los resultados obtenidos muestran que entre los que **no concluyeron la escolaridad primaria un 68%** está representado por las madres y un **40,91 %** por los padres.

Con **primaria completa**, las madres representan un **36,36%** respecto de los padres **31,82 %**.

Con **secundario incompleto** se encontró el **4,55%** de las madres, y el **4,55 %** de los padres.

En situación de **analfabetismo** se relevó un **9,09%** en madres.

Situación Ocupacional





El 81,82 % de las madres y el 9,09% de los padres cuentan con un **Plan Social**. En relación a este dato, se consideró Plan Social a Plan de Empleo o Pensión Asistencial. El 36,36% % de las madres percibe una Pensión Asistencial por Madre de más de 7 hijos, y un 31,81% se encuentra dentro del Plan Familias²⁸. Estos datos resultan significativos porque reflejan un grado importante de inscripción en algún tipo de política social, aunque todos los casos de las familias encuestadas presentan NBI. En sus relatos se reconoce que “**no sale con el carro, no comenos**”, (comentario de una madre refiriéndose a su esposo. La misma percibe una Pensión asistencial por madre de 7 hijos, y la principal fuente de ingresos es el “carro”)

El 9,09% de las madres y el 31,82% de los padres realizan actividades de “**cartoneo**”, esta actividad, respecto del resto de las familias encuestadas representa el 40,91%, ubicada en segundo lugar luego del 90,91% que representa a familias con un Plan

²⁸ Desde el año 2004 se creó el Seguro de Capacitación y Empleo (SCyE) dependiente del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTEySS) para aquellos “beneficiarios” del Plan Jefes de Hogar Desocupados (PJH) considerados “empleables”, esto es, “con posibilidades de acceder a un empleo”, mientras que aquellos “beneficiarios” que se encuentran en situación de vulnerabilidad, se promueve que se traspasen al Plan Familias (PF), dependiente del Ministerio de Desarrollo. Este último grupo está mayormente integrado por mujeres con hijos. A los destinatarios del SCyE se les brinda capacitación laboral, mientras que a los del PF se les exige la certificación de asistencia escolar y controles sanitarios de sus hijos, sin el requerimiento de contraprestación. (Gabinetti, M, 2009:16-17)

Social. Es necesario advertir que al tratarse de una encuesta con respuestas de opción múltiple, los datos expresados representan el porcentaje de respuestas, no de personas; ya que existen situaciones (en la mayoría de los casos) en las cuales una persona refiere percibir un Plan Social y trabajar como cartonero, o en empleo doméstico.

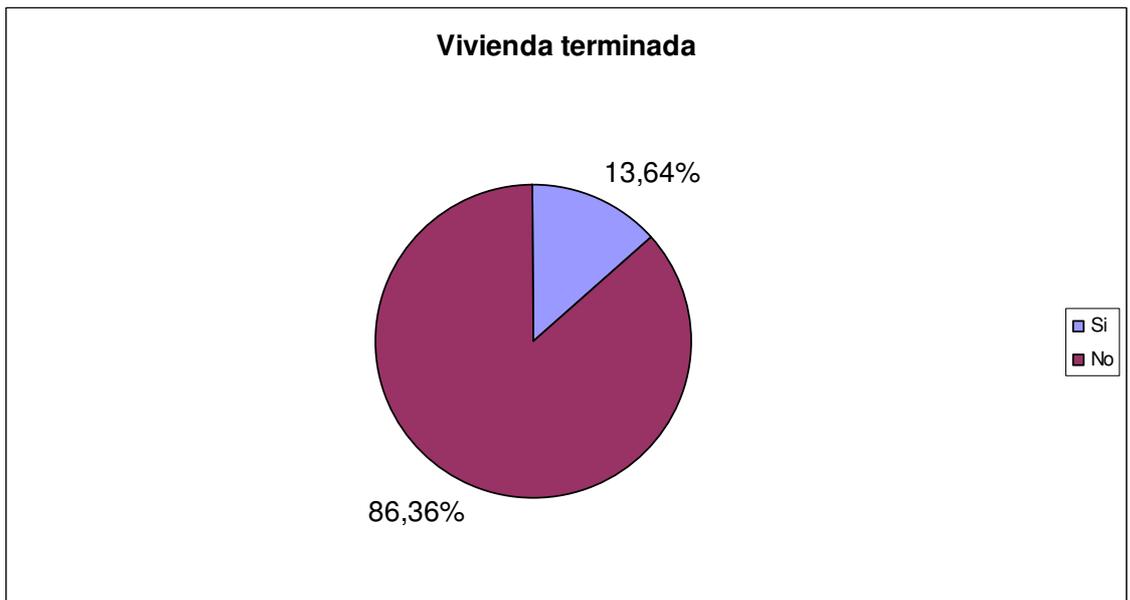
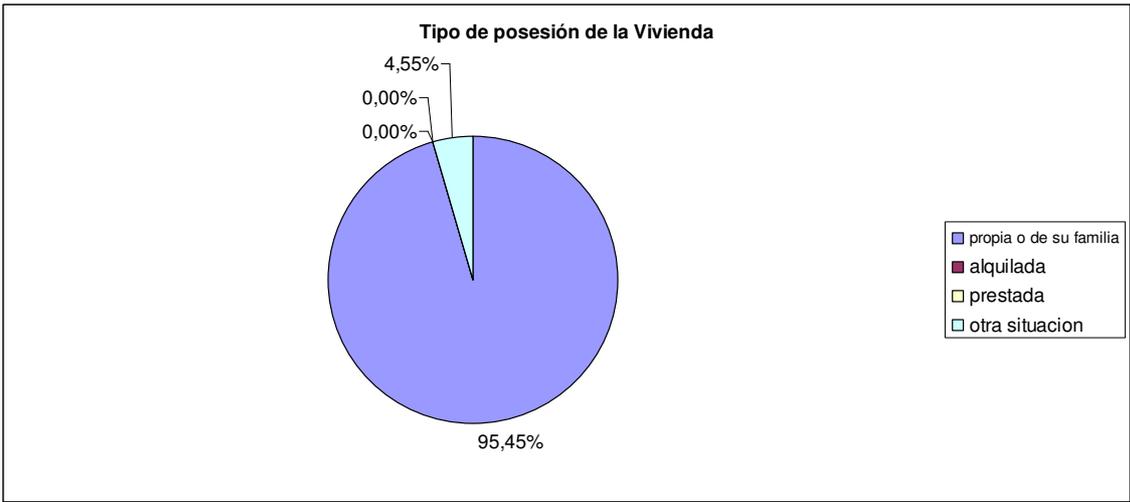
En situación de **desocupación** se encuentra el 9,09% de las madres y el 4,55% de los padres.

Los datos referidos muestran las condiciones de informalidad y desprotección que caracterizan las condiciones de trabajo de los padres de los niños y niñas entrevistados.

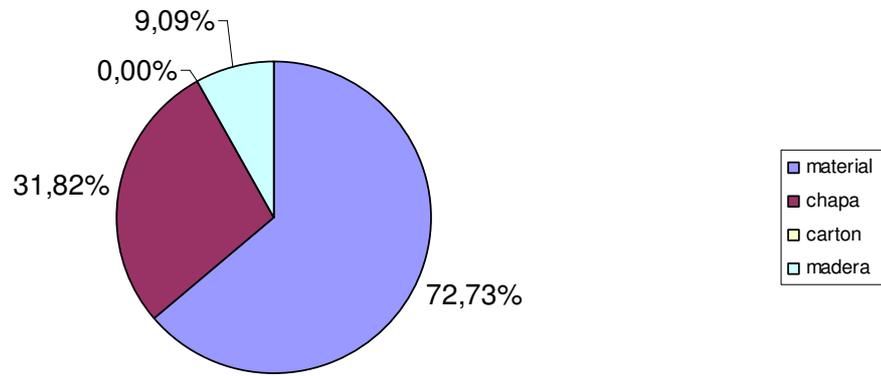
Siguiendo el criterio de UNICEF²⁹, se tomaron tres indicadores básicos, junto con otros que se describirán más adelante, para determinar condiciones de salud en los niños: *Uso de instalaciones mejoradas de saneamiento, Uso de fuentes mejoradas de agua potable, e Inmunizaciones*. En los gráficos que siguen, se muestran los resultados obtenidos.

- **Uso de instalaciones mejoradas de saneamiento.** Para relevar este indicador se indagó sobre: Material predominante de construcción de la vivienda; si la vivienda estaba finalizada o no; si era de mampostería o no; tipo de piso; si el techo era de chapa con aislamiento; tipo de combustible utilizado para calefacción y tipo de combustible utilizado para cocinar.

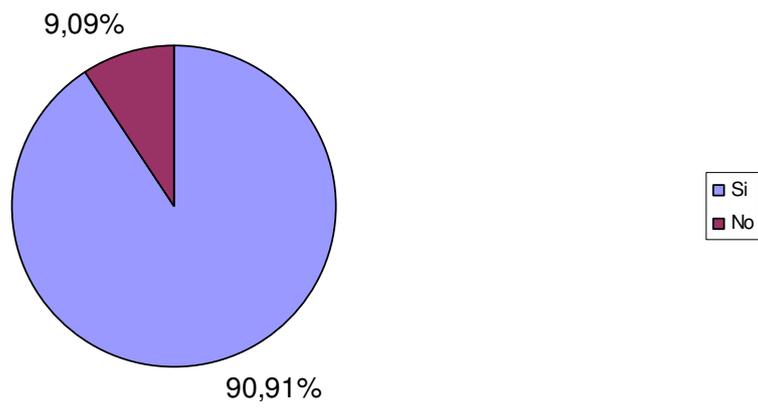
²⁹ Op.cit

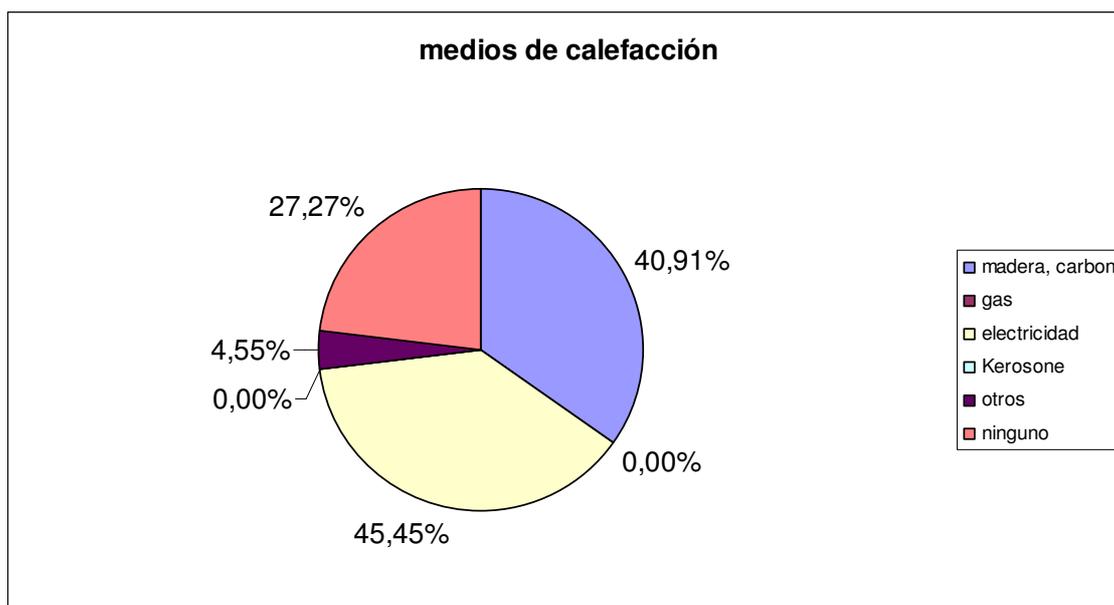


Tipo de construcción predominante



Techo de chapa sin aislamiento





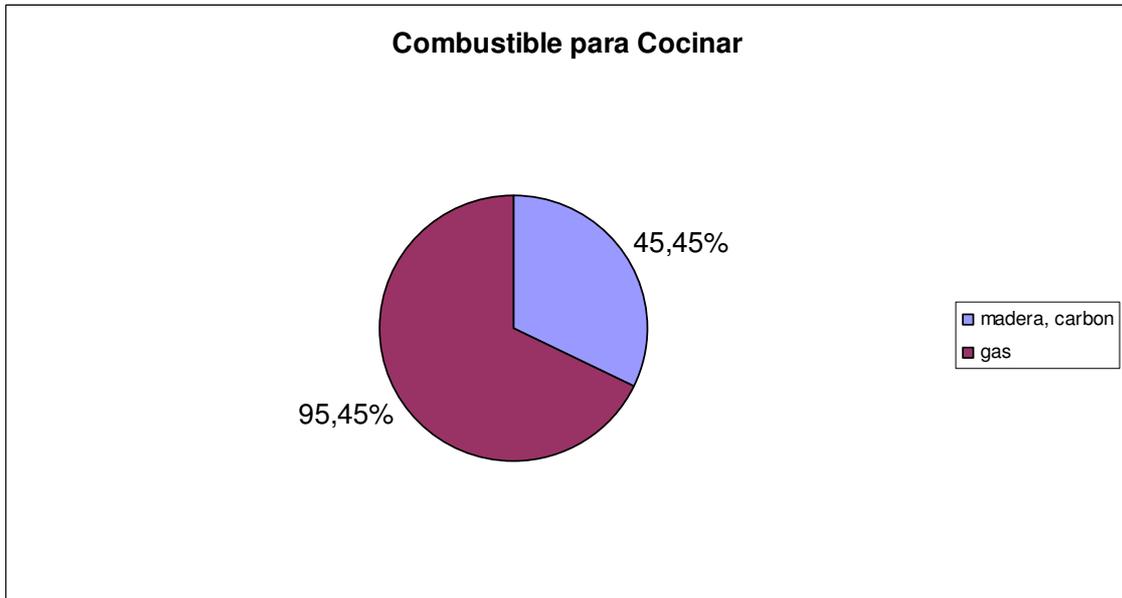
El 45,45% utiliza electricidad para caleccionarse³⁰, el 40,91% carbón y/o madera, el 27,27% refirió no utilizar ningún tipo de calefacción, y el 4,55% manifestó utilizar Otros, incluyéndose en esta opción de respuesta “frazadas y *dormir varios hermanos juntos*” como estrategia para atenuar el frío.

Respecto del combustible utilizado para cocinar³¹: el 95,45% manifestó utilizar gas, y un 45% carbón. En el caso de combustible utilizado para cocinar el 95,45 % de las respuestas fue por gas, y el 45% por carbón, dando cuenta de esta manera que en algunos casos utilizan ambos combustibles, es decir, el 95,45% refiere utilizar gas, a la vez que refieren utilizar también carbón para ahorrar consumo de gas o cuando se termina el gas envasado (garrafa). En este ítem se refleja una modalidad característica de los sectores pobres, y es la de la alternancia en el uso de combustible para cocinar, condicionado esto por la inaccesibilidad al pago del gas envasado, lo que genera como consecuencia, que cuando se “termina la garrafa” que en general se la compra cuando

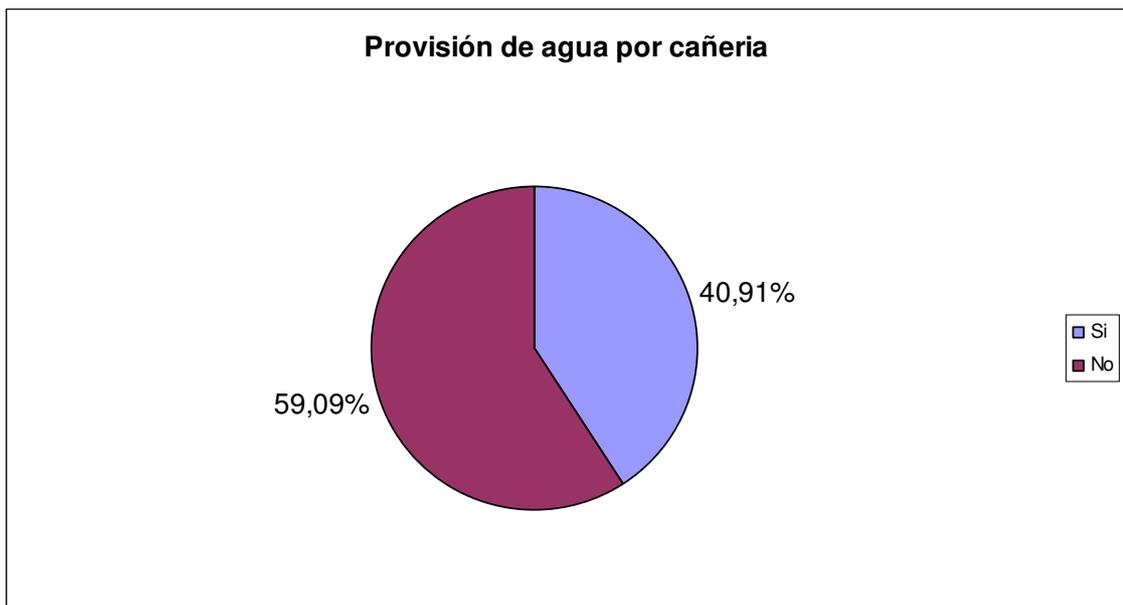
³⁰ Cabe aclarar respecto de este ítem que los resultados se calcularon en base a la cantidad de respuestas, y no sobre cantidad de encuestados, ya que las preguntas fueron de opción múltiple.

³¹ Idem anterior

“se cobra”, luego se utiliza el carbón. Lo que se destaca es que el 95,45% utiliza el gas envasado como combustible principal, y casi la mitad de esta población necesita combinar el uso, con todos los riesgos que eso conlleva.

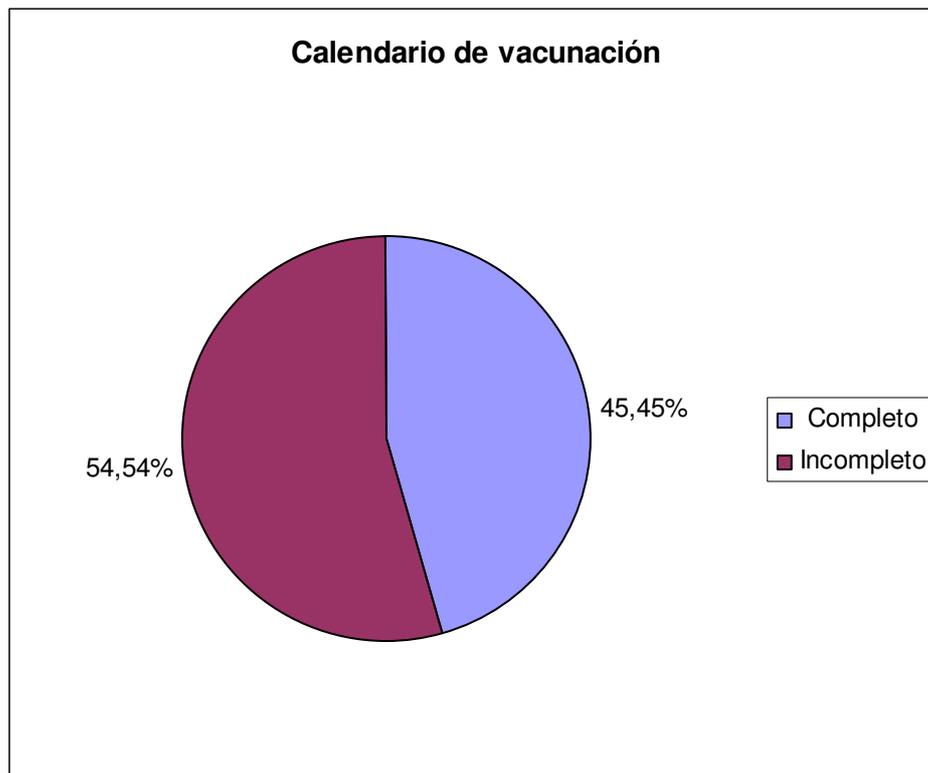


- **Uso de fuentes mejoradas de agua potable:**



Como se observa en el cuadro anterior, el 59,09% no tiene provisión de agua por cañería dentro de la vivienda y el 100% no dispone de retrete con descarga de agua. El 40,91% cuenta con provisión de agua por cañería, constituyéndose este dato en un indicador más significativo de lo que su valor expresa, al cruzarlo con disposición de retrete con descarga de agua, con la cual no cuentan ninguna de las familias participantes del estudio.

- **Inmunización.**



El 45,45% refirió que el/la participante en estudio tenía el plan de vacunación completo y el 54,54% presentan plan de vacunación incompleto. Cabe señalar que esta información fue recabada por recordatorio de las dosis aplicadas, por lo cual se asume posibilidad de ser información sesgada. Esta observación se plantea a la luz de lo

referido por la pediatra entrevistada en calidad de informante clave, quien, aunque no está refiriéndose en particular a la población que conformó la muestra, emite una opinión basada en una amplia base empírica.

“A veces uno cuando los chicos van a campamento o viajes desde la escuela están todos apurados para llenar las planillas y a lo mejor ese es el momento para hacer el control y verificar el plan de vacunación, que muchas veces, particularmente, yo veo en esta población que **la cobertura de vacunación completa es baja.**”(informante clave del centro de salud).

A la opinión citada, se agrega la respuesta de una madre respecto de la vacunación: ***“las vacunas en los operativos, no los voy a llevar por una vacuna...”***

- Controles de salud

De los datos que surgen de la encuesta a las madres **el control de salud** representa el **9,09%** entre las opciones de respuesta respecto a los motivos por los cuales concurren al centro de salud (en este caso, la pregunta es referida a todo el grupo familiar).

En relación a la realización de controles de salud al niño/a que trabaja, en este marco, donde solo un porcentaje muy menor manifestó concurrir al centro de salud para control de salud de sus hijos, las respuestas se plantean en los siguientes términos:

“Lo llevé a control hasta los 3-4 años, después si no había dolor NO” (comentario de una madre de un niño que junta cartón de 11 años)

*“me pongo con la vecina de acuerdo **para venir a sacar número porque en cada control dan la leche.** Vine 5.30 y conseguí turno para las 14 hs. Le pregunté ese día si estaba bajo de peso, lo pesó y lo midió, pero no me anotaba en la libreta. **“el mes que***

viene vamos a controlarlo”, me sentí mal, yo quería que me dijera como estaba”
(comentario de una madre de un niño que junta cartón de 8 años)

Lo manifestado expresa una situación que contiene al menos dos elementos en juego: una dinámica de asistencia a los controles hasta una determinada edad y una serie de obstáculos relacionados con el sistema de atención (largas colas desde muy temprano para los turnos, el acto médico fragmentado, en cuanto a que se pesa y mide al niño/a y no se consigna en la libreta).

En el siguiente fragmento de la entrevista realizada a una pediatra del centro de salud se puede visualizar otros aspectos que estarían condicionando la realización de controles de salud.

“... no está incorporado en esta población el hecho de hacer controles de salud como preventivo una o dos veces al año para ver como está el chico, o mismo uno a veces son oportunidades que trata de no perder para verificar si tienen el plan de vacunación al día; entonces es como que las mamás tienen incorporado que el chico hasta que entra al jardín por las vacunas, vienen, hacen la consulta, pero después ya los chicos mayores (...) mal que mal a los controles en los primeros años viene, son muy pocas las familias de alto riesgo que las madres no tienen registro y no viene, es como que está incorporado que el nene tiene que venir y las vacunitas... después se diluye todo, ya en el último año de jardincito cuando empieza la primaria ya si el chico está bien, si no se enferma, el único motivo para venir a la US es por enfermedad” (informante clave del centro de salud).

Lo referido por la pediatra implica pensar sobre los controles de salud en niños y niñas de más de 6 años como algo que no está “naturalizado” en la comunidad, esto se constata con lo que a continuación se rescata de la misma informante:

“... ahí es cuando a lo mejor me conocen con los nenes más chicos “y usted atiende nenes más grandes”? “y Si!! 13, 14 años, hasta los 14 años..” “ah bueno, y lo puedo traer?” “Si, pedí turno y tráelo si total no es una cosa urgente” (informante clave C.de S)

*“... en general escucho que no hay registro de alarma, por ejemplo con VIH, con ETS, embarazo, la vida cotidiana y la situación que vive la familia que está día a día peleándola, **la prevención no entra..** hay otra cosas mas urgentes que resolver”* (informante clave del centro de salud, trabajadora social)

Desde la visión de informantes clave de la comunidad se describen otros aspectos que es posible que intervengan en relación a los controles de salud.

Estos se plantean por un lado, desde, por ejemplo, la no percepción del problema de bajo peso en los niños “más grandes” como situación crónica que requiere de seguimiento; y por otro lado, la vinculación entre el acceso del adulto a la atención de la salud y unido a esto, la atención de los niños.

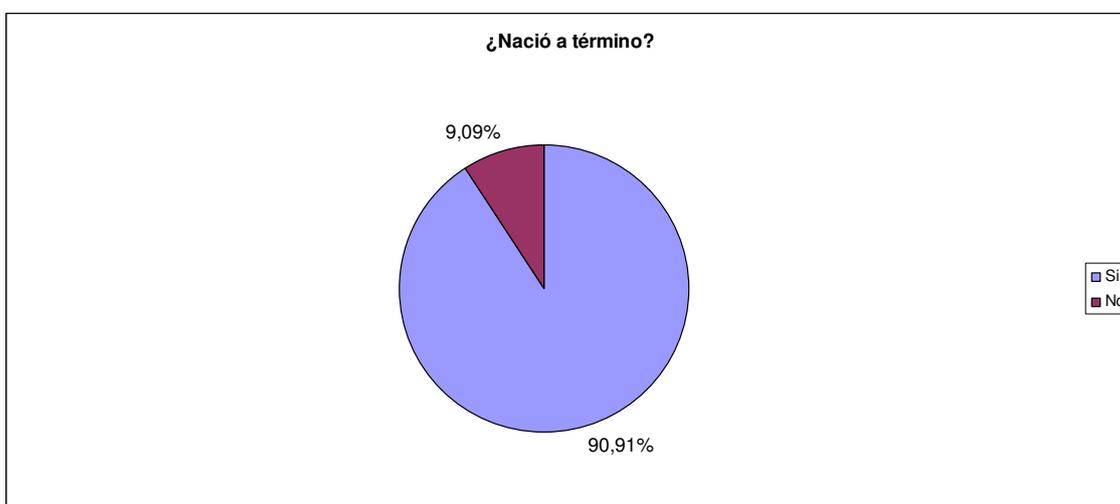
“el seguimiento de salud es más o menos hasta los 8 años, hasta ahí pareciera que las mamás llevan a los chicos a la atención médica y después “ya está grande”, pero tenemos chicos de esas edades que pueden llegar a tener bajo peso. El tema del bajo peso, una vez que el chico desarrolló la mamá no le da tanta importancia, y es algo que

sigue, sigue el chico con eso como para seguirlo tratando” (informante clave comunidad)

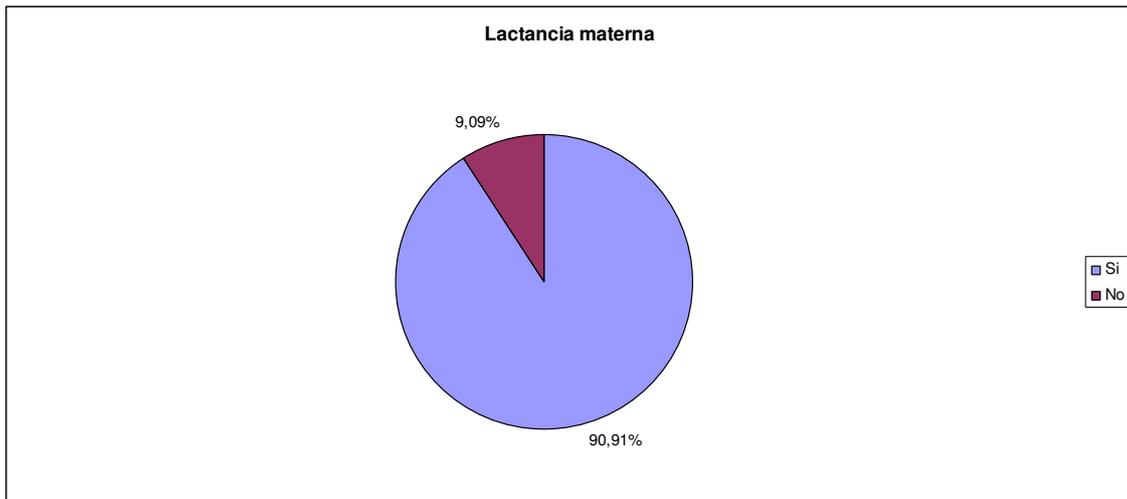
“tengo que acompañar mañana a Alejandra (...), la acompaño para que ella siga su tratamiento y convencerla de que traiga los nenes a controlarse” (informante clave comunidad)

- Problemas de salud más frecuentes:

Antecedentes: Respecto a la edad promedio de las madres al nacer los niños y niñas participantes del estudio, es de 24 años. Cabe destacar que el 18% de los niños/as son el primer hijo; el 18,18% son el quinto hijo, otro 18,18% el sexto hijo, y un 10% de niños se ubican en el lugar noveno, por lo cual hay una cantidad significativa que han sido madres muy jóvenes.



El 90, 91% de los niños y niñas nacieron a término, el 9,09 % fue prematuro. El peso promedio al nacer es de 3,12 kg.

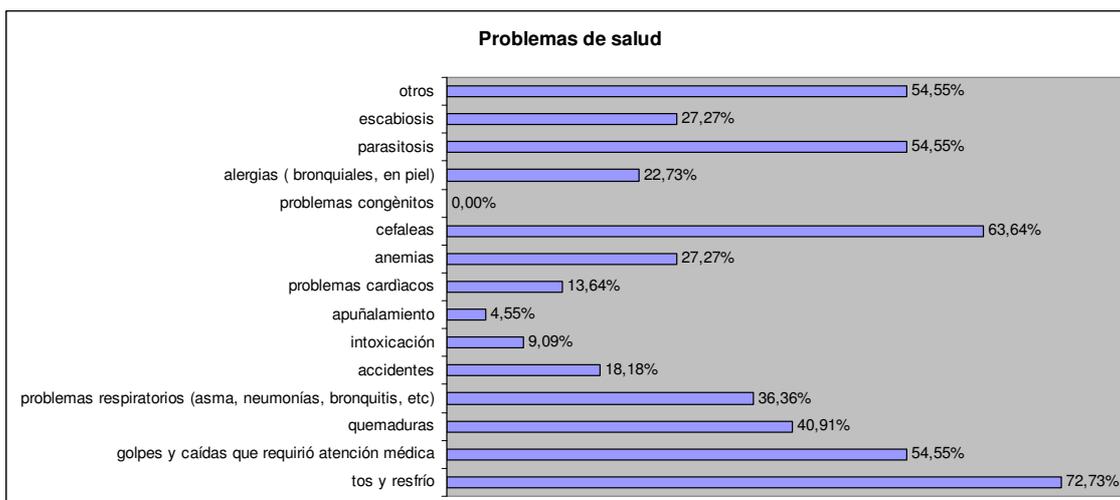


El 90,91 % de las madres refiere haber amamantado a sus hijos. Entre estos datos se observa una heterogeneidad importante de experiencias en cuanto a **tiempo de amamantamiento**. Se encuentran quienes solo han amamantado hasta los 3 meses como quienes lo han hecho hasta los 24 meses. En todos los casos ha existido la voluntad de amamantamiento; para el caso de quienes han amantado pocos meses, la referencia recurrente es la “extinción” de la leche. Una relación interesante que podría establecerse como supuesto, - luego de cruzar variables de bajo peso y tiempo de lactancia - , es que aquellos niños que nacieron con bajo peso o prematuridad presentan menos historia de lactancia. Teniendo en cuenta la voluntad de amamantar de todas las madres encuestadas, se abriría una línea de indagación (la cual no será objeto de análisis de esta investigación) referida al cuál sería el estado nutricional de las madres en el momento de amamantar y cuáles los otros factores intervinientes como internaciones, el acompañamiento profesional para recuperar la lactancia después, etc.

La mayoría refiere desconocer cuanto pesa/mide su hijo/a al momento del estudio.

Para indagar sobre los **problemas de salud** se tomó como base un listado de problemas de salud más frecuentes relevados en otros estudios (Czerniecki; Pojomovsky; Lezcano; Cohen y Brufman) incluyendo la opción “**Otros**”, en la cual se consignaron en forma recurrente severos problemas odontológicos.

Problemas de salud³²



tos y resfrío 72,73%; golpes y caída que requirió atención médica 54,55%; quemaduras 40,91%; problemas respiratorios 36,36%; accidentes 18,18%; intoxicación 9,09%; apuñalamiento 4,55%; problemas cardíacos 13,64%; anemias 27,27%; cefaleas 63,64%; problemas congénitos 0,00%; alergias 22,73%; parasitosis 54,55%; escabiosis 27,27%; OTROS 54,55%.

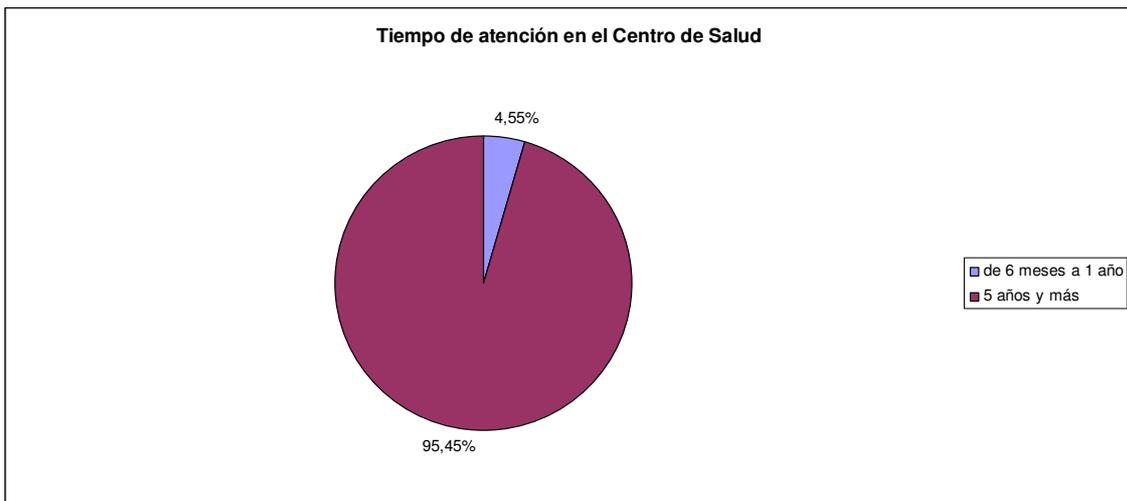
Dentro de Otros, los problemas que se consignan en el siguiente orden de prioridad son: *problemas odontológicos severos; mareos, mordedura de perros.*

Respecto de quienes concurren al centro de salud y al servicio de pediatría, los problemas de salud prevalentes de la franja etárea correspondiente a la población de este estudio, referidos por la pediatra son: El 40 % patología respiratoria; el resto de las patologías prevalentes son malnutrición, desde bajo peso a obesidad; problemas dermatológicos (infecciones), parásitos, accidentes en el hogar y violencia. (informante clave pediatra).

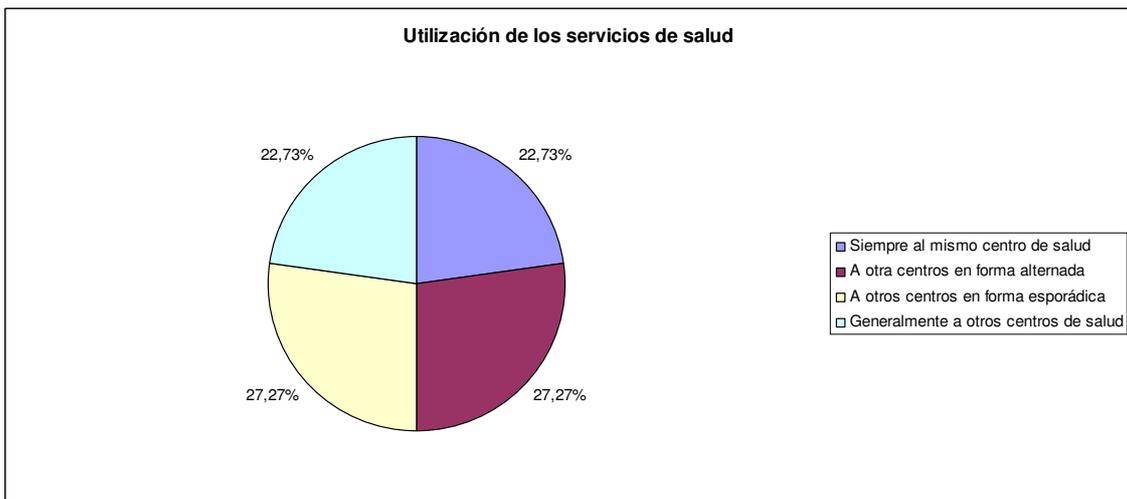
³² Idem anterior

Un aspecto a destacar es que varios de los problemas de salud referidos por las madres no tienen su correlato con haber realizado una consulta por consultorios de pediatría, muchos de ellos son llevados por la Guardia.

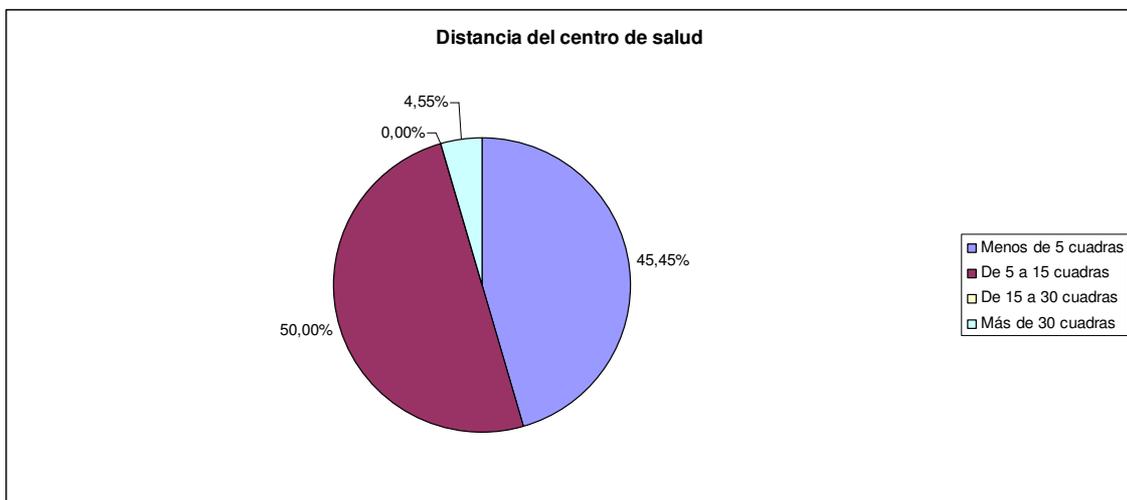
Información sobre el Centro de Salud, Conocimiento sobre su funcionamiento y los Programas de salud; utilización y opinión sobre la atención



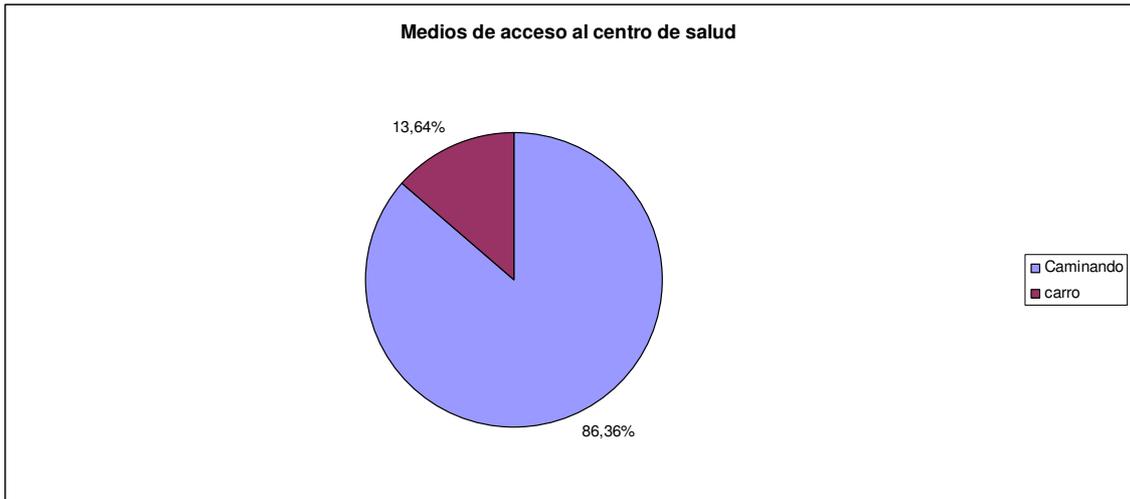
En lo que refiere al **tiempo de atención** en el C. de S solo el 4,55% se ubica entre 6 meses a un año de tiempo de atención, el **95%** refiere historia de atención de 5 años y más



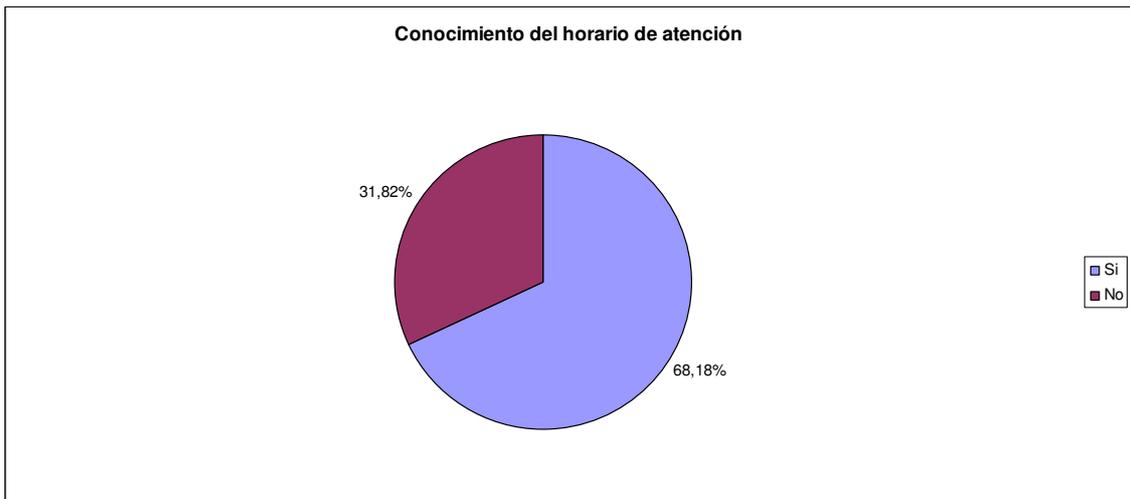
Sobre **Utilización de establecimientos de salud**, el 22,73% refiere concurrir siempre al mismo C. de S; el 22,73% (en la misma proporción que los que concurren siempre al mismo C. de S) generalmente concurre a otros C. de S; el 27,27% a otros en forma alternada y el 27,27 % a otros en forma esporádica. Quienes concurren en forma alternada relatan hacerlo a Hospital de Segundo Nivel o Tercer nivel de Atención ya que tienen a algunos de los miembros de la familia con patología crónica que requiere de niveles de atención de mayor complejidad.



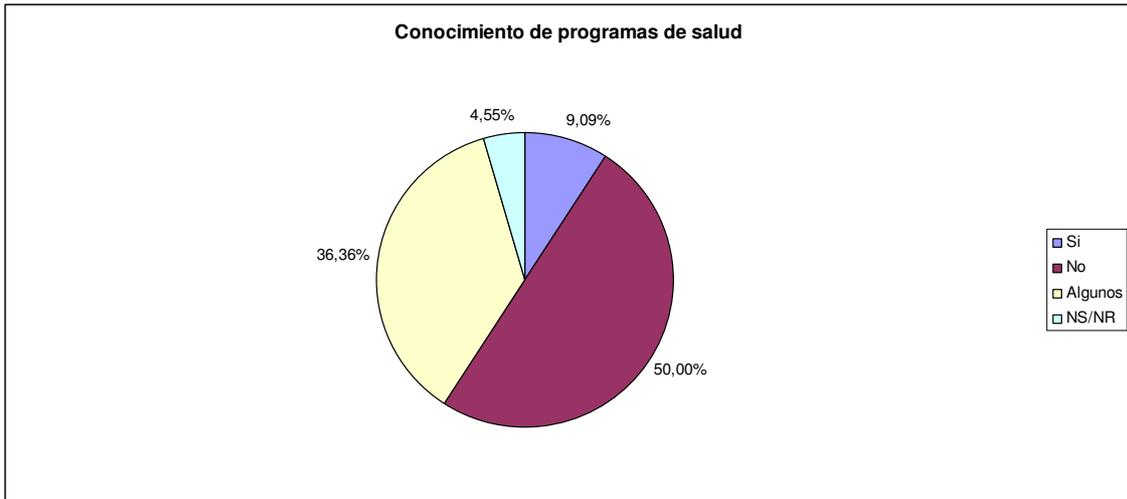
Respecto de la **distancia del C. de Salud** el 45,45% se encuentra a menos de 5 cuadras, el 50% se encuentra entre 5 a 15 cuadras y solo el 4,55 % a más de 30 cuadras.



En cuanto a **medios de acceso** al C. de Salud el 86% refiere acceder caminando y el 13,64% manifiesta hacerlo en carro.

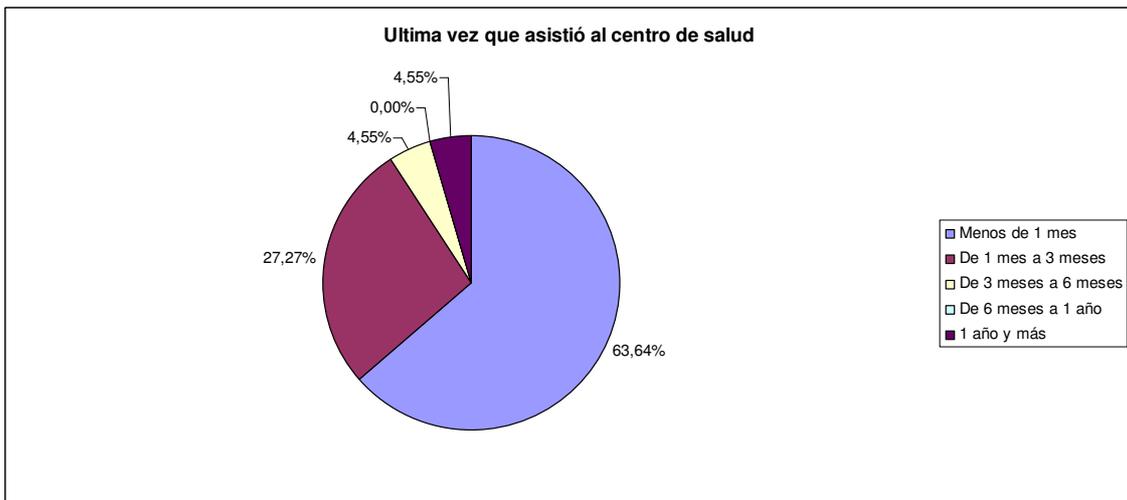


Sobre el **conocimiento** de los horarios de atención del Centro de Salud (C.de S) el 68,18% manifiesta conocer y el 31,82 % no conoce.

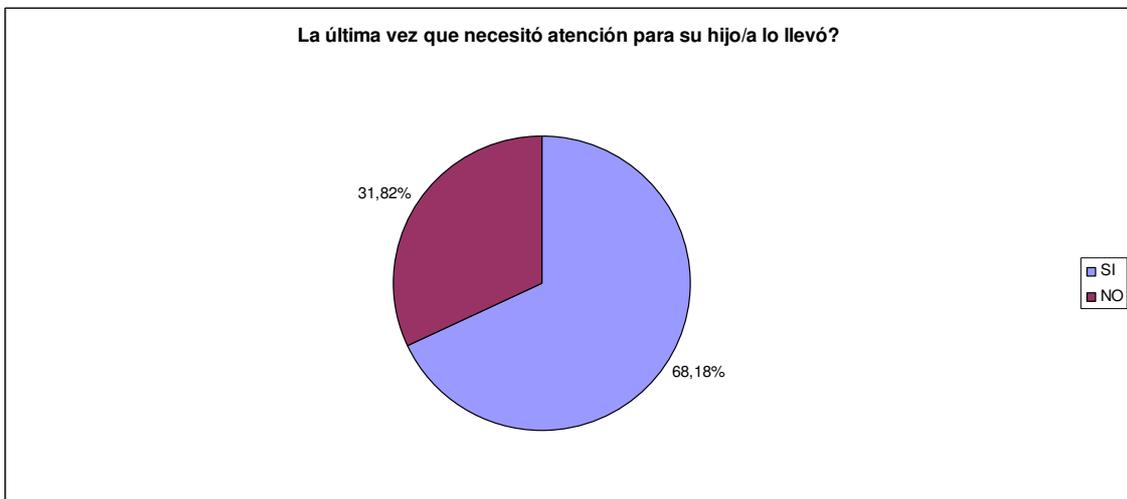
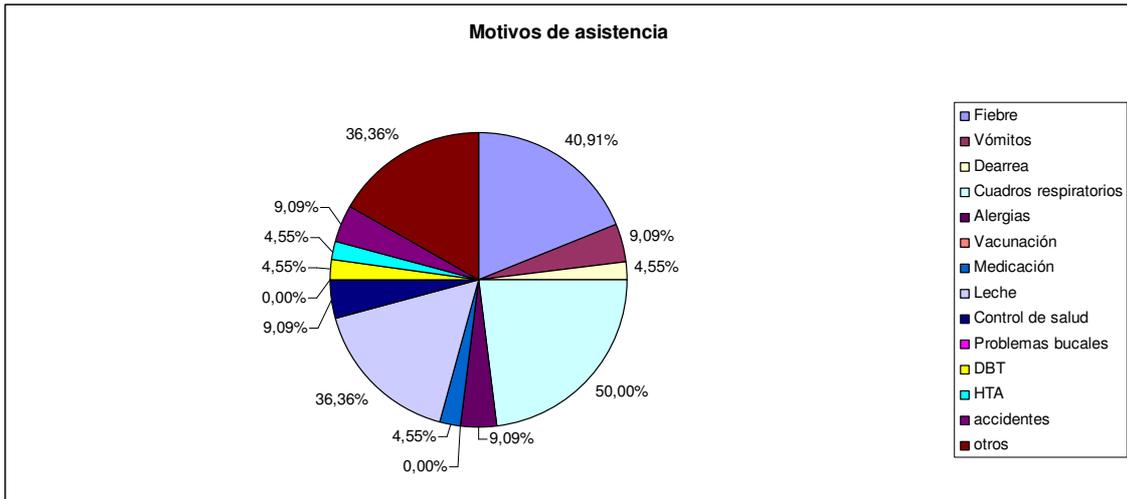


Solo el 9,09 % refiere conocer los Programas de Salud que se implementan en el Centro de Salud, el 50% manifiesta desconocer, el 36,36% conoce algunos y el 4,55% No sabe/No responde. (NS/NR).

Sobre el conocimiento de la cobertura de la Vacuna antitetánica, el 54,55 % responde conocer y el 45,45 % **desconoce**.



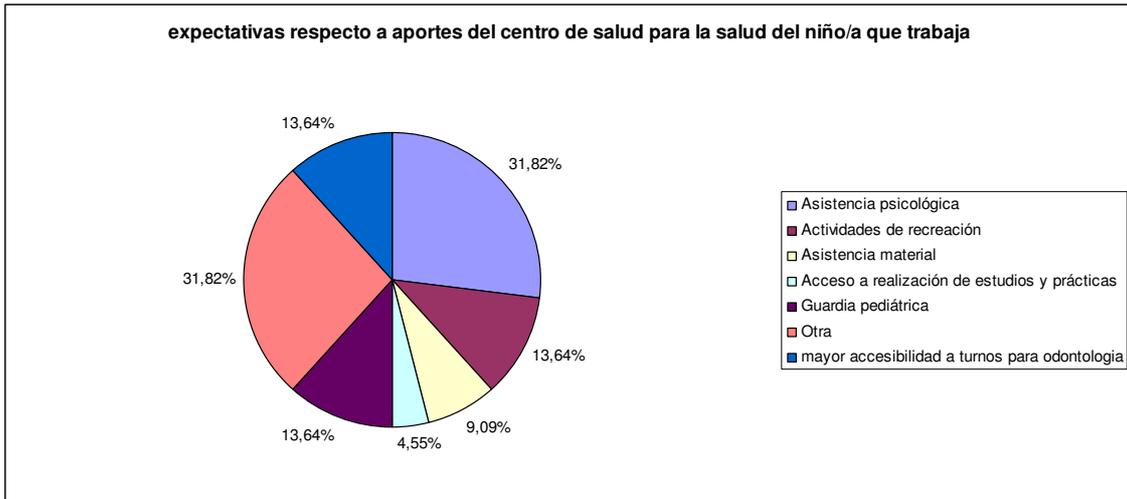
Respecto de la última vez que asistió al C. de Salud; menos de un mes el 63,64%, de 1 a 3 meses el 27,27%, de 3 a 6 meses el 4,55% y más de 1 año solo el 4,55%.



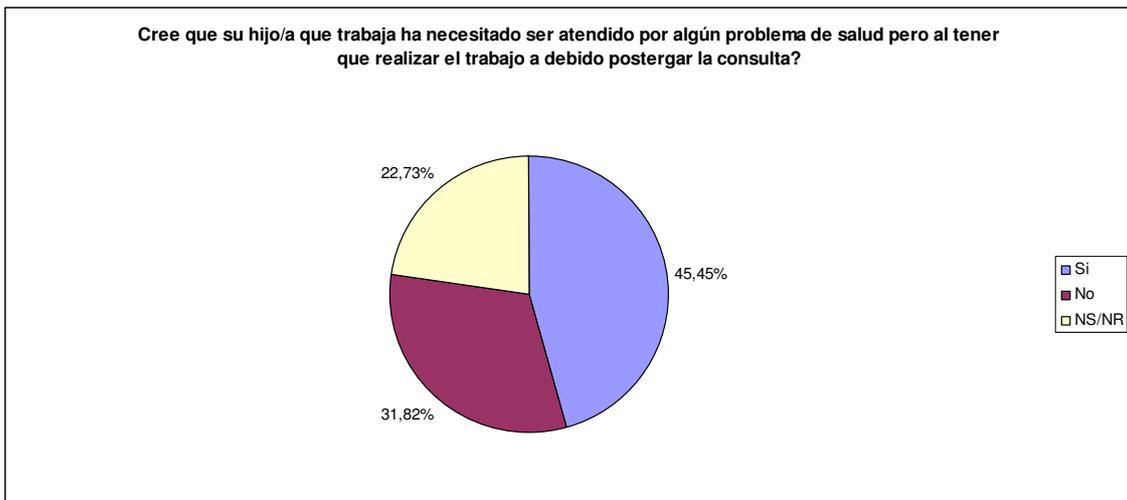
Respecto si llevó a la atención, la última vez que necesitó atención para su hijo/a (participante del estudio), el 68,18% responde que Sí, y el 31,82% responde no haberlo/a llevado.

Sobre **Utilización de otras formas de atención**³³, el 40,91% de las respuestas obtenidas se corresponden con la automedicación, el 22,73% con el curandero, el 22,73% con utilización de medicación casera, el 18,18% medicación casera y el 13,64% respondió no utilizar ninguna de las formas consideradas en las opciones de respuesta.

³³ Idem anterior



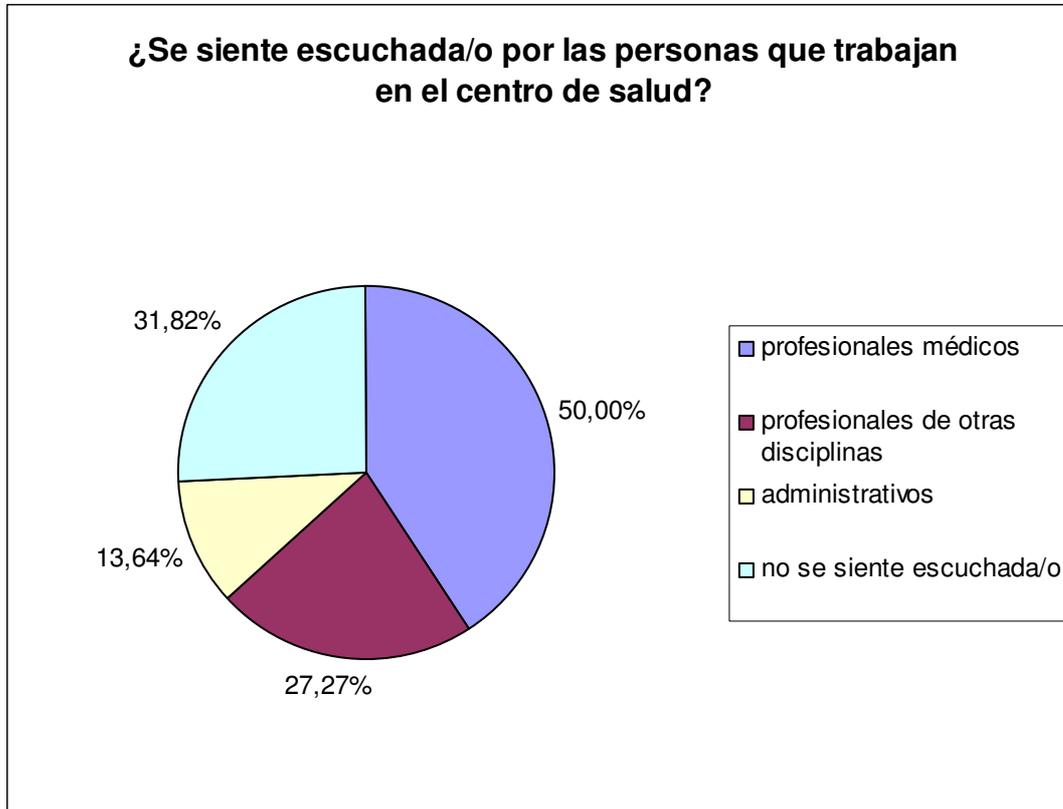
En cuanto a las **Expectativas respecto a aportes del C. de S para la salud del niño/a que trabaja**³⁴. El 31,82% refiere necesitar asistencia psicológica; el 13,64% actividades de recreación; asistencia material el 9,09%; acceso a realización de estudios y prácticas el 4,55%; guardia pediátrica 13,64%; mayor accesibilidad a turnos de odontología 13,64%; Otra **31,82%**.



Respecto de si cree que el hijo/a que trabaja ha necesitado ser atendido por algún problema de salud pero al tener que realizar el trabajo ha debido postergar la

³⁴ Para relevar las expectativas de las madres en relación al potencial *aporte del C. de S a la salud de los niños y niñas que trabajan* se realizó una pregunta abierta, por tal las respuestas fueron espontáneas; se categorizaron y codificaron en el momento del análisis de los datos.

consulta? El 45,45% responde que ha postergado la consulta, el 31,82 refiere no haberla postergado; el 22,73% NS/NR.



En cuanto a si se siente escuchada/o por las personas que trabajan en el C. de S. El 50% refiere sentirse escuchado/a por profesionales médicos, el 27,27% por profesionales de otras disciplinas; el 13,64% por administrativos, el 31,82% responde no sentirse escuchado/a.

En relación al **grupo etáreo de los hijos que concurren con más frecuencia**, de 0-1 el 4,55%; de 1 a 3 años el 36,36%; de 3 a 6 años el 40,91%; de 6 a 11 el 40,91%; de 11 y más el 18,18%; el 4,55% NS/NR.

Sobre la **elección del profesional para la atención**, el 36,36% refiere que es asignado por el C. de S; el 40,91% refiere ser elección personal; el 13,64% a veces es adjudicado; el 9,09% a veces es elección personal.

Sobre si siempre es el mismo **profesional quien lo/a atiende** el 31,82% responde que Si; el 36,36% responde que NO, y el 31,82% responde que Si mayoritariamente.

Respecto a los aspectos burocráticos/ administrativos existentes para el acceso a la atención el 4,55% considera que son excesivos, el 31,82% adecuados, el 63,64% NS/NR.

5.4 Una aproximación a la salud de los niños y niñas que trabajan, desde sus propias voces.

5.4.1 Significaciones y percepciones salud/enfermedad/atención

En las respuestas obtenidas en entrevistas a los niños y niñas que trabajan, se destaca, cuando se refieren a la salud como a la enfermedad un abanico que incluye el dolor físico, la cuestión emocional y las condiciones de vida, expresados en algunos casos en forma integrada y en otros predomina algunos de los determinantes sobre los otros; expresados literalmente en la mayoría de los relatos y en otros de manera subyacente.

- ***Sobre la salud***

A partir de las respuestas de los niños y niñas entre los 8 y 10 años respecto de la noción de salud se destaca una significación de la salud como:

- **contención afectiva y cuidados** “*porque la mamá la curó*” (M.P, niña de 9 a.)
- **acceso a la atención** “*porque tiene remedios, porque va a la salita y le dan remedios*” (L, niña de 10 a.)
- **ausencia de enfermedad** “*cuando no le duele nada*”, “*cuando no está golpeado*” (R, niño de 8 a.)

Entre los niños y niñas de 11 a 12 años se abre un “abanico” más amplio que en los más pequeños y se identifica a la salud con otro tipo de construcciones:

- **contención afectiva** *“mi mamá está sana. Porque siempre está conmigo y algunas veces me lleva al colegio. Mi hermana está sana porque me acompaña a todos lados”* (N, niña de 12 a.)
- **capacidad de alegría** *“porque sonrío”* (J, niño de 11 a.); *“porque está contenta”* (B, niño de 12 a.) *“cuando no tiene problemas”* (B, niño, 12 a.)
- **estar activo** *“está mucho al sol y camina mucho...”* (N, niño de 12 a.)
- **capacidad de juego** *“todos los días estamos en la placita”* (S, niño de 11 a.)
- **Acceso a la atención sanitaria**
- **Hábitos saludables** *“cuando no fuma”* (S, niño de 11 a.)
- **Capacidad para sobreponerse** *“que puede seguir más adelante”* (J, niño de 11 a.)

En cuanto a las significaciones dominantes en la franja de 13 a 14 se visualiza una mayor semejanza con los de 11 a 12, quienes responden que consideran que alguien está “sano” cuando:

“Cuando está alegre, está contenta, cuando sale para todos lados, camina (B, niño de 13 a.)

“porque no se droga, no fuma, siempre está alegre, la pasa bien” (B, niño de 13 a.)

“cuando están feliz, cuando no tienen una enfermedad” (N, niño de 12 a)

“cuando está bien cuidado por los padres, por la mamá... se preocupan mucho por el, por el hijo... cuando no tiene problemas con la droga...” (R, niño de 13 a)

“cuando está feliz, cuando está con ganas de hacer cosas, cuando tiene ganas de estar con alguien, cuando pueden jugar, hacer gimnasia o algo físico, o hacer algo en la casa”(M, niña de 14 a.)

“(la abuela) *está sana, porque ahora sí tiene fuerza*” (M, niña de 14 a.)

“*cuando uno está contento, está alegre, está en familia y se ríe... salud para mi es estar bien con la familia.*”(N, niña de 14 a.)

“*cuando tiene cara de contenta*” (C, niño de 13 a.)

“*cuando no tose, no tiene gripe*” (E, niño de 13 a)

“*porque juega, hace la tarea; porque va con su hermano a jugar a la plaza*” (E, niña de 13 a.)

A continuación, se recuperan relatos que contienen una concepción de la salud que “enriquece” las precedentes, vinculando **la salud con las condiciones de vida** y fundamentalmente, éstos se organizan de la siguiente manera

- “*tener fuerza, poder hacer, poder limpiar*” (E, niña de 13 años; M, niña de 14 años)

- “*cuando tiene con que vestirse*” (R, niño de 13 a.)

-“*cuando veo un cambio*” (C, niño de 13 a)

Respecto de la última significación, la que remite a “*cambio*” se repregunta para ampliar el sentido, comprender la orientación de la concepción, y el niño responde “*que puede cambiar, que no está siempre igual*”.

- ***Sobre la enfermedad***

A partir **de las entrevistas con los niños** surge que al momento de describir situaciones de enfermedad referidas a personas próximas asocian la enfermedad con situaciones de padecimiento físico, y por lo general, registran aquellas situaciones que hayan requerido internación, cortes o accidentes de gran importancia, es decir, el padecimiento físico estos niños/as lo reflejan en situaciones que se podrían considerar “*extremas*”.

En el grupo de 8-10 las significaciones sobre la enfermedad que se destacan son las siguientes.

- **estado emocional/subjetivo** “*cuando está triste, caído*”
- **padecimientos físicos**
- **“estar en la cama”**

En el grupo de 11-12 años se visualiza una fuerte vinculación entre **padecimiento físico**: “*se marea*” “*convulsiona*” “*se cae*” y **padecimiento subjetivo** “*cuando está triste*” “*cuando no tiene ganas de jugar*” “*también se puede morir*”

En el grupo de 13 a 14 años lo que surge de las entrevistas es la vinculación de estar enfermo con:

- **Padecimiento físico** “*tos, vómitos, dolor de cabeza*”....
- **Padecimiento subjetivo** “*le duele la cabeza, se revuelca y busca a la madre*”. “*cuando está triste*” es una respuesta frecuente en la mayoría de los niños y niñas en esta franja etárea.
- **Conflictos interpersonales/intrafamiliares** “*las peleas en la casa*” “*cuando está sola, cuando no quiere hablar con nadie*”
- **condiciones de vida precarias/exclusión social** “*cuando llueve está desnudo, sin zapatillas*”
- **Hábitos no saludables** la cotidianeidad caracterizada por el consumo de drogas
- **Pérdida de motivaciones** “*cuando no tiene ganas de hacer nada, cuando está triste, cuando llora, cuando no va al gimnasio, cuando no tiene ánimo de nada*”

5.4.2 Percepción y autopercepción del padecimiento

“vienen y se acuestan... ahí me doy cuenta que les duele algo, **sino no dicen nada**”
(comentario de una madre)

La percepción del padecimiento es claramente descripta por los niños y niñas entrevistados, refiriendo lo que “sienten” cuando se empiezan a sentir mal, que cosas perciben como “estar sintiéndose mal” y las percepciones respecto de los demás.

Se destacan fuertemente vivencias relacionadas con el dolor, y en ellas, el dolor está presente aunque no se relaciona directamente con la enfermedad. En este sentido, al momento de relatar lo que sienten en relación a estar enfermos, se observa mayor distancia entre el registro de padecimiento y la percepción de estar enfermo en los niños y niñas más grandes. En un mismo relato surge:

“No me enfermo (...) A la madrugada, la despertaba a mi mamá porque no podía dormir... Porque cuando me duele... cuando me voy a dormir... se me hincha... la muela, acá alrededor, el cuerito, eh, se me hincha, adentro...Hinchado... de tanto llorar, estaba hinchado, los ojos” (B, 13 años)

En otro relato de una niña ante la pregunta sobre si recordaba cuando había sido la última vez que estuvo enferma, la respuesta fue: *“enferma, enferma? Hace un montón que no me enfermo” (N, 14 años)* Esta niña asistió al centro de salud una semana antes de realizar la entrevista, por parásitos que le implicaban un padecimiento muy importante desde hacia un año y no había consultado hasta entonces, situación que se releva en encuesta realizada a madres de la cual surge esta problemática de salud en el ítem sobre “problemas de salud del participante en estudio” y en ese marco se la orienta para acceder a una consulta con una médica del centro de salud, a la cual la niña es llevada por su mamá. (información suministrada por su madre luego de haber accedido a la consulta)

“nunca estoy enferma... nomás la otra vez estaba engripada... también dolor de muela, me pincha, re fuerte, dolores, por las piernas... de cabeza, y dolor de panza”

(E, 13 años). Respecto de este relato, en la encuesta realizada a la madre, la misma planteaba que tenía que llevar a su hija al odontólogo por los dolores frecuentes de muela. El día que se toma la entrevista con la niña coincidió con turno con odontólogo, el cual no pudo realizar práctica por la infección en la muela que tenía la niña, por lo cual se le indicó antibióticos.

En la franja etárea de 8 a 10 años refieren el malestar como *“dolores a la noche”, “dolor de muela”, “vómitos”*, es decir, adquieren relevancia **los síntomas físicos**: *“me duele mucho el corazón cuando me acuesto”* (observación de la entrevistadora: se señala el pecho, tiene una cicatriz de una operación de corazón)(M.P, niña, 9 años); *“y no se cuantas veces era que me dolía la muela”* (R, niño 8 años) *“me duele la muela, me duelen las dos, las tengo picadas, y el otro día estuve con vómitos todo el día, no pude ir a la escuela”* (L, niño 9 años)

A continuación se rescata un tramo de entrevista realizada a una niña de 10 años, donde se puede observar una vivencia caracterizada por un padecimiento que se registra, se percibe como tal en la situación de entrevista, pero no se expresa así a los referentes afectivos (madre); es decir, **se tolera, se silencia**. Se rescata un recorte de una entrevista con una niña de 10 años:

E: *es la rodilla o es toda la pierna?*

L: *acá, todo...*

E: *y eso no le contás a tu mamá?*

L: no

M: por que?

L: porque no

E: no te parece que seria bueno que ella lo sepa?

L: (silencio)

En los niños y niñas entre 11 y 12 años la percepción de la salud/enfermedad se expresa en síntomas físicos, a la vez que se destacan respuestas “polarizadas” las cuales van desde el orden de *“no me enfermo”* como se expresa en los relatos transcritos anteriormente (B,13 años y N,14 años; E, 13 años) hasta *“dolores de huesos y muelas”*, *“Como si fuera que se te duerme, no te puedes mover, porque te empieza a doler todo, a agarrar como un ataque, todo tirones”* (N, 12 años); *Convulsiones, te tiembla todo.. tengo un soplo en el corazón... el corazón a veces late un poco más fuerte”*. (N, 12 años); registrándose en un caso, una enfermedad de transmisión sexual (ETS).

En esta franja se podría decir que lo destacable es la **auto percepción de malestar** que convive con un **alto umbral de tolerancia al dolor** que se registra en la mayoría de los niños y niñas entrevistados, donde la percepción de estar **enfermo/a es diferente al padecimiento por algún dolor, etc.** Lo dicho anteriormente puede identificarse en los siguientes relatos:

“me lo tengo que bancar porque mi mamá me dice que me lo tengo que bancar, (...) y me acuesto, me relajo y cuando no me duele mas, quedo así dormido y no me despierto hasta la noche...Me relajo un rato, mi mamá dice que me relaje un rato” (B, 12 años)

“(..) y a veces me clavo vidrios en las manos, me saco los vidrios y listo, me pongo una curita (B, 12 años)”

“ahora me duele el diente... a veces me dolía mucho, me quedaba dormido y después me levantaba y se me pasaba... no tomaba nada (S, 11 años)

“sí, me aguanto las cosas, como 5 días” (B, 13 años)

El alto umbral de **resistencia al padecimiento** que surge de las entrevistas con niños también es referido en entrevista a informante clave de la comunidad, desde donde se expresa una mirada sobre la tolerancia al dolor en dos sentidos: *lo que para algunos sería “una locura” en otros está “naturalizado”*; y la posibilidad de que la situación de *daño, golpe, etc., genere consecuencias que no se pueden establecer al no concurrir a la consulta de salud.*

En el siguiente relato se destacan elementos como la inmediatez, lo cual se entiende como un fuerte condicionamiento para la prevención (consulta oportuna); **“el trajín diario”**. Pero en el mismo marco de visualizar las dificultades que atraviesan el proceso salud/enfermedad/atención, se señala la posibilidad de generar espacios de diálogo con los referentes familiares de los niños y niñas; los cuales serían facilitadores para “situar” al problema de salud en el marco de las complejas condiciones de vida.

“... los esfuerzos, los golpes, que se han caído del carro y pobrecitos lo toman como nada, porque viste que muchas veces van corriendo al lado del carro, se trepan con el carro andando y ellos lo toman como algo natural. Uno dice “ay que locura” pero para ellos es el trajín del día; entonces el tema de los golpes, que después no sabes si fueron tratados o no ... “si no hay sangre siga, o si no te puedes mover directamente”, no de pensar que a lo mejor un golpe que en ese momento no produjo nada pero que a

*futuro puede causar... esto es muy familiar... hago referencia a otra familia que trabaja en el carro y les parece “nada”, aparece un grano, ‘bueno, se cayó del carro’, ‘lo llevaste al médico?’ ‘Después veo’... o sea que **si no es la gravedad pasa**, como si se hubiera raspado la rodilla... muchas veces nos ha costado enojos de las mamás, yo trato de que entiendan que si bien es una obligación por ellas, muchas veces yo les digo: ‘no te lo puedo dejar pasar, porque vos a lo mejor hoy me decís no es nada, pero otra mamá me hace lo mismo ,vos imagínate, yo las voy por el lado de lo contagios, a vos no te va a gustar que tu hijo se contagie de otro chico que yo dejé pasar, porque dejé pasar’. Entonces de ese lado lo entienden... te cuesta un montón, es un montón lo que tenés que explicarles... porque siempre tienen caras de que les rompes la paciencia... yo les digo que yo entiendo, que se que soy rompe, que tienen razón, que sé que ir a la sala es un tema” (informante clave comunidad)*

En la franja etárea de 13 a 14 años se expresan **malestares vivenciados en situaciones de trabajo**, los cuales son referidos en forma espontánea es decir, no surgen como respuesta a una pregunta específica sobre malestares y situaciones de trabajo.

Siguiendo a Stolkiner, conocer las *vivencias* de los niños y niñas que trabajan implica un acercamiento a la relación entre *las significaciones que se expresan en los relatos con el contexto microsocioal*. En este sentido, se observa que las actividades que realizan estos niños y niñas afecta a la subsistencia familiar; trabajar implica aportar en la posibilidad de comer ese día.

En este marco, adoptan una dinámica similar a la del trabajador adulto de los sectores populares, quien en general, concurre a una consulta médica cuando la salud interfiere la capacidad de sostener el trabajo. En un trabajo de López, E; Findling, L; Abramzón,

M; (2006) donde se analiza la percepción de morbilidad diferenciada por sexo, al describir motivos de consulta, señalan que los varones jóvenes que no tienen cobertura de salud por su carácter *informal de inserción laboral*, “son los que demandan atención de la salud cuando perciben un malestar específico y solo concurren a los servicios de salud cuando deben interrumpir su actividad de trabajo por la presencia de síntomas físicos”. (López, E; Findling, L; Abramzón, M; 2006: 68)

Las experiencias de los niños que se materializan en “continuar trabajando a pesar del malestar y/o padecimiento” configuran la significación que adquiere el trabajo de los niños y niñas, las cuales se transmiten y se reconstruyen en los relatos en relación recíproca y simultánea con el contexto en el que se produce la interacción social. **Los modos de padecer se construyen en el seno del hogar como así también en el espacio-territorio donde estos/as niños y niñas trabajan.** Por ejemplo, en el trabajo callejero se rescatan relatos como el siguiente “*cuando hay viento me lagrimea el ojo, me arde... voy a salir con mi hermano... me empieza a lagrimear cuando hay mucho viento... me arde por dentro*” (C, 13 años); y en el trabajo doméstico, “*me canso los brazos, estar todos el día, pegamos con pegamento, es como la plasticola, pero más fuerte... hay momentos que me da sueño, me mareo*” (N, 14 años)

Se destaca la inclusión de otros signos de malestar y/o padecimiento al referirse a otras personas, fundamentalmente a los/as hermanos/as, que permitirían inferir que se ponen en consideración otros aspectos además de los síntomas físicos: “*están decaídos, te abraza, se duerme*” (N, 14 años)

Como característica central en estos niños y niñas lo destacable es que hay una bajo registro de malestar propio en el tramo inicial de la entrevista, el cual se va modificando en el proceso de verbalizar lo que “sienten”. Lo significativo es el hecho de que estas

vivencias no implican dejar de trabajar: *“nunca me he sentido mal cuando andaba con el carro (se le pregunta por dolor de piernas teniendo en cuenta lo comentado por su mamá y responde que NO ha tenido dolor en las piernas) me doy cuenta que estoy empachado cuando comes mucho una cosa y después no me gusta más esa cosas... después me siento bien, tenés que esperar un ratito para que se te pase (...) AH! si, toda la pierna, los pies... me agarraban puntadas y me quedaba quietito, quietito, y me seguía doliendo... me pasa más cuando ando caminando... en la bici también me agarra, me empiezan a agarrar puntadas en los pies y sigo caminando”*(E, 13 años)

Respecto del relato citado anteriormente, en la **encuesta realizada a la madre** es destacable el modo en que la percepción del padecimiento se iba modificando a medida que transcurría la situación de entrevista, la madre refería lo siguiente respecto de la salud de su hijo: *“es una persona que no se enferma, pero a veces me dice que le duelen mucho las piernas, será de caminar? Pero no me dice más nada”* (comentario de una madre de un niño de 13 años que recolecta metales desde los 9 años).

En la misma línea, otra madre mientras relata los problemas de salud que han tenido los miembros del grupo familiar en el último tiempo, al llegar el momento donde se pone énfasis en conocer los problemas de salud del participante del estudio, comenta: *“ella me ha dicho me duele la muela, pero yo le digo que me aguante porque primero está el hermano que es más delicado (...) y después no la puedo traer. (...) pero pensándolo bien, ella también está delicadita, no?”* (comentario de madre de una niña de 9 años, que cuida a sus hermanos, que fue operada del corazón al año de vida, y refiere que se agita muy seguido y que a veces viene de la escuela con las manos “azules”, no concurre a controles desde hace más de 5 años)

Subyacen en los relatos de las madres determinadas *significaciones/representaciones* sobre las prácticas y estrategias para mantener, mejorar o recuperar la salud, las cuales suponen, como señala Jodelet (1991), citado en Luciani Conde, L. (1999) "**teorías espontáneas**" que sirven para significar la realidad, y el conocimiento de éstas, un facilitador para la accesibilidad. "Las representaciones sociales forman un sistema, dando lugar a 'teorías espontáneas', visiones de la realidad que encarnan imágenes o condensan palabras, las unas y las otras cargadas de significado; (...) a través de estas significaciones, las representaciones son expresión de los individuos o grupos que las forjan dando al objeto representado una definición específica. Estas definiciones compartidas por los miembros de un mismo grupo constituyen una visión consensuada de la realidad. Esta visión, que puede entrar en conflicto con la de otros grupos, es una guía para las acciones y cambios cotidianos" (Luciani Conde, 1999, s/p)

Cabe señalar que la selección de la muestra para estudio, fue a partir de las familias que asistieron al Centro de Salud, por lo tanto, se pretende "exponer" los siguientes fragmentos partiendo de la base de que existe algún tipo de vínculo con el Centro de Salud, sobre el cual es importante trabajar; y considerando que dichas significaciones implican "una guía para las acciones".

Desde esta línea de análisis, se rescatan los dichos de varias madres encuestadas en relación a reiterados problemas de salud de sus hijos. Una de ellas se refiere a un hijo diciendo "**tiene la yeta encima, desde los 45 días pisando los hospitales; los otros se curan solos**"; destacando una cuestión de *azar* por encima de determinantes sociales; mientras que otras madres señalan problemas de salud de sus hijos estableciendo una relación estrecha entre el malestar y/o problema de salud con las condiciones de trabajo del niño, lo cual se ejemplifica en la siguiente cita: "**Cefaleas, yo digo por tanto carro**"

Teniendo en cuenta las condiciones de vida en las que viven estos niños y niñas, caracterizadas por deprivaciones constantes, considero necesario retomar palabras de Lezcano (2002), “*es necesario resaltar que las deprivaciones constantes - alimentarias, educativas, recreativas, sociales, afectivas, etc.- son producto de la condición de pobreza y esto es anterior a la incorporación al mercado de trabajo callejero, pero que lo cierto es que esta situación se irá agravando a medida que el niño adquiere una mayor antigüedad en el trabajo callejero*”. Esta observación es relevante para ubicar los relatos sobre tolerancia al dolor de los niños y niñas entrevistados/as y de las percepciones de sus madres ya que podrían aumentar el deterioro de las condiciones de salud de los/as mismos/as.

La distinción entre la percepción de *estar enfermo* y *padecer* algún dolor que se expresa en muchos de los relatos y cuyos atravesamientos han sido analizados, también requiere ser pensada a la luz de lo que autores como Evans y Stoddart (s/f) plantean sobre esta distinción. “*La correspondencia entre enfermedad médica y malestar de ningún modo es exacta. Las circunstancias biológicas que las disciplinas asistenciales identifican y clasifican como enfermedades, luego son experimentadas por los individuos y sus familias o grupos sociales como padecimientos-síntomas perturbadores*”. (Evans, R. y Stoddart, G; s/f:31)

5.4.3 Prácticas y estrategias de salud/enfermedad

Prácticas y estrategias serán abordadas desde una mirada en interrelación permanente, la distinción conceptual se produce desde una necesidad analítica.

Dicho esto, se entiende por prácticas a la “unidad compleja de *comportamientos mas representaciones*, en la que las exteriorizaciones más directamente observables que constituyen los primeros se encuentran internamente reguladas/organizadas por las segundas” (Danani, C, 1996:29). En este estudio se prestará atención a las actividades, hábitos, etc. relacionados con la salud/enfermedad; y como estrategias a las decisiones que se tomen en respuesta a algunas de las manifestaciones de los procesos salud/enfermedad, es decir a aquellas acciones que se desarrollen en pos de mantener, recuperar o mejorar la salud.

- **la religiosidad**

“ y yo le pido a Dios, oro para que se me pase el dolor, a veces no se pasa” (M.Pia, 9 años)

“mi tía y mi prima van a la iglesia y oran y eso, y Santi que le gusta ir a la iglesia y va también... de el aprendió la chiquitita también... a la iglesia íbamos Santi, las chiquitas y yo. Porque hacen escuelita también, que actuaban, ella con la cinta y te pone agua bendita... no, yo no fui... “ah! A veces Abril... cuando le duele la panza” (S, 13 años)

“Los de la Iglesia, me ayudan a estar mejor” (M.P, 9 años)

“Me ora mi mamà, me siento bien... cuando me duele la cabeza, cuando me duele la panza”(C, 13 años)

“Me daban remedios para la fiebre y me oraban para que se me baje la hinchazón” (B, 13 años)

Luciani Conde (1999) se refiere al campo en el cual se producen las acciones como un campo de sentido³⁵. La Iglesia, y principalmente, la Iglesia Pentecostal ocupa un lugar relevante dentro de la población estudiada. Esto se ilustra en los relatos que anteceden y

³⁵ Luciani Conde, Leandro. “Coexistencia de prácticas en salud. Relatos de Viaje V”, en Revista Margen de Trabajo Social y Ciencias Sociales, Edición Electrónica N°. 13, Bs.As, 1999. www.margen.org

se amplía en las entrevistas a informantes clave. Sarlo (2001) analiza el lugar de las religiones en efervescencia potenciada por la marea bajante de otras instituciones (escuela, partidos políticos) como *dadoras de sentido*; caracterizando a la Iglesia Pentecostal “hablan menos de los derechos sociales de los pobres, pero también los interpelan ofreciendo un elenco de valores globales, aunque expresados en términos más individualistas: la salvación en su modalidad personal, pero posible para todos, para los pecadores, los borrachos, los drogadictos, los marginales, garantiza una democracia divina que les devuelve a los muy humillados la idea de que algo pueden hacer aun cuando padecen situaciones extremas” (Sarlo, op.cit:118)

- **la curandera**

“una curandera... si... me cura el empacho,... usa una cinta roja y el rezo” (M, 12 años)

“Una señora a la vuelta de mi casa, cura el empacho... para los dolores de cabeza” (S, 11 años)

“hay una señora de Paraguay que cura el empacho, hay brujo... no, nunca fuimos... sé porque pasamos un día y vimos una gallina y todo pochoclos... había una gallina muerta, hacen brujerías, haciendo una maldad a uno... un día vimos ahí en Lafuente una gallina toda abierta y pochoclos y frutas.. no, los brujos no ayudan a curarte” (C, 13 años)

“la única curandera que había era mi abuela Charo, pero no era curandera... curaba el ojeo o el empacho, y eso... pero no hacía nada así extraño, eso nomás...” (M, 14 años)

“Si, una curandera, a dos cuadras, para adentro... sé que pone como un polvito en la espalda, le tiran el cuerito... no sé que otras cosas... si, me suena que curen otras cosas, la pata de cabra”(N, 14 años)

“La que cura el empacho... mi mamá va, y el susto... a mi hermanito el más chiquito lo llevaba cuando lloraba mucho... no se que cosas usa” (E, 13 años)

Es significativa la presencia de la “curandera”, diferenciada de la figura “brujo”, lo cual indicaría que existe una representación de la curandera con prácticas “curadoras” y “habilitadora” de un lugar, que reconoce a quien recurre como persona; lo cual en algunas situaciones suele contraponerse con el “trato” que se recibe del sistema de salud.

- la automedicación y el autocuidado³⁶

Como señala Menéndez (1994) tanto la medicina tradicional como las otras formas académicas y/o academizadas (homeopatía, quiropraxia, etc.) o populares (herbolaria, espiritualismo, entre otros) de atender a los padecimientos, tienen el carácter de “instituciones”, es decir *instituyen* una determinada manera de “pensar” e intervenir sobre las enfermedades, y por supuesto, sobre los enfermos”. (Menéndez, E., 1994:72)

La práctica de automedicación se ilustra claramente en las entrevistas a los niños y

niñas: *“Me compran el Actron y me lo pongo en la muela (...) mi papá, le dolía mucho el pecho y la garganta, se quedó acá, compraron el remedio y se curó solo”* (J, 11 años)

“me pongo una crema y se me pasa, y el dolor de cabeza tomo un ibuprofeno” (N, 12 años)

“siempre me compro Actron” (B, 13 años)

³⁶“El concepto de autocuidado constituye un proceso estructural y conforma el primer nivel real de atención solucionados dentro del grupo doméstico y su red de relaciones”. Menéndez, Eduardo (1992). Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del teoricismo al movimiento continuo. *Cuadernos Médicos Sociales* n° 59, Rosario. Citado en Czerniecki, Silvina (2003). *Prácticas de salud de los niños trabajadores callejeros de Constitución*. Tesis de Maestría en Salud Mental Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús, p.88.

“la muela me empieza a doler, mi mamá compra la muelita... fuimos al dentista pero estaba cerrado, no había” (E, 14 años)

“tomé un te con limón, se me pasó... andaba igual... y para el dolor de muela, viste la pastilla Actron? Mi mamá lo pinchaba con una aguja y me puso un poquito acá en la muela, y se me durmió, hasta ahora no me duele” (E, 13 años)

*“cuando me descompuse **del dolor de muela...** La llamaron a mi mamá de la escuela pero no estaba, vino mi tía, y fui a mi casa y me acosté... me tomé una Bayaspirina” (E, 13 años)*

En relación al **autocuidado** surgen relatos que ponen de manifiesto lo señalado por Menéndez, E., (op.cit), respecto de las formas de atender los padecimientos y como éstas “instituyen” una determinada forma de pensar e intervenir sobre las enfermedades. Estas formas se reflejan en los fragmentos de los/as niños/as:

*“ mi mamá me ayudaba, me daba **leche con ajo**, no me gustaba para nada el ajo, por eso ahora lo veo y no lo quiero ni tocar... así me hacía... o me dice para que se me vaya rápido me ponía una cucharada de dulce de leche con ajo” (N, 14 años)*

*“Cuando me dolía la muela, me dieron una pastilla y no se me pasaba, y después **me pusieron un sapo**” (L, 10 años)*

También se visualizan en las prácticas y estrategias relacionadas con la religiosidad, el “lugar” de la curandera, la automedicación y el autocuidado. Sobre estas formas, en los informantes clave del centro de salud se perciben, aunque no enfrentadas, distintas visiones sobre la apertura del Equipo de Salud para tener en cuenta las formas populares de atención de los padecimientos.

“... siempre está la consulta familiar con algún familiar que es referente y que todos le preguntan, me duele tal cosa, que puedo tomar, siempre hay ‘me dijo tal’. Hay siempre

en la familia alguno que tiene la posta, por ahí es verdad, o tal vez no resuelve nada; vos escuchas a veces que han dado ciertos consejos que no lo podés creer pero hay siempre algún referente que aconseja que hacer cuando te duele tal cosa; y cosas de mitos, muchos, en los talleres se ve.. mitos, o cuestiones que se van pasando de boca en boca... los te, los yuyos, se ve un montón” (informante clave del centro de salud, trabajadora social)

“Por otro lado también tenés que aggiornar a los miembros del equipo de salud porque vas a encontrar ‘y no, las madres no pueden automedicar’ y entonces estamos en esto del médico hegemónico que se tiene que modificar porque esa omnipotencia no sirve para nada, también a veces escuchar los saberes de las madres o las prácticas que tienen las familias porque siempre las prácticas tiene algún motivo, tiene una fundamentación o un origen, un por qué” (informante clave C de S, pediatra)

Este último fragmento contiene lo referido por Menéndez³⁷ (1992) respecto a la autoatención, la cual constituye un proceso estructural y la utilización de los servicios constituye en la práctica una continuidad de las estrategias de autoatención. El autor señala la *autoatención* como la principal estrategia de acción contra la enfermedad, como conductas que se eligen dentro de un rango de alternativas disponibles y que les son propias de su inserción social. *En la reflexión de la informante clave pediatra implícitamente se reconoce y respeta a la autoatención como una estrategia de acción*

³⁷ Menéndez, E. “Grupo Doméstico y proceso salud-enfermedad-atención. Del teoricismo al movimiento continuo” Cuadernos Médicos sociales n° 59, Rosario, 1992. Citado en Czerniecki, Silvina. Prácticas de salud de los niños trabajadores callejeros de Constitución. Tesis de Maestría en Salud Mental Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús, p.87, 2003.

contra la enfermedad, pese a que señala la existencia de discursos enmarcados en el Modelo Médico Hegemónico.

- **“esperar a que pase”**

Se destaca como modalidad recurrente “esperar a que pase”. Esta práctica se visualiza, en parte, en los datos obtenidos en encuesta a madres, de las cuales surge que un 31,82 % no llevó al participante en el estudio la última vez que éste requirió atención médica. Se rescatan fragmentos de entrevistas a los niños y niñas donde dan cuenta de estas situaciones:

“ha pasado que alguna vez esperaron a que me mejore sola, y me mejoré” (M.P, 9 años);

“A veces esperan si se me pasa... se me ha pasado... cuando me dolía la muela y a cabeza se me pasó... el dolor es a la mañana algunas veces” (N, 12 años)

“a veces mi hermano chico, cuando le duele la muela se pega piñas y se le pasa” (L, 9 años)

Esta situación es descripta por informante clave de la siguiente manera: **“enfermarse, transcurrir la enfermedad, terminarla sin haber sabido que tenía”**, realidad que refiere desde la reconstrucción de los principales discursos de las madres, por ej: “sí, anoche tuvo fiebre, pero hoy no tiene” “si, anoche tosió toda la noche pero hoy está mejor, ya se le pasó” “si, anoche vomitó, pero era porque comió..., hoy ya se levantó bien” **‘el ya se le va a pasar’**.. lo he escuchado muchas veces, ‘está triste, llora mucho, ya se le va a pasar’” (informante clave comunidad)

En el mismo sentido, la informante clave del Centro de Salud, al referirse a las diferentes estrategias familiares para atender los padecimientos, a la vez que refiere sobre “los te, los yuyos, se ve un montón... “ también agrega **“y después el aguante, y seguir...”**

- **presencia/utilización de red afectiva**

Se incluye este aspecto dentro de las distintas prácticas y estrategias de salud, en virtud de considerar que - a pesar de reconocer que es una estrategia presente en todos los sectores sociales en tanto niño/a que requiere de cuidados y protección de padres/adultos en todos los órdenes -, en estos niños y niñas adquiere matices singulares. La presencia/disposición de un “otro”, de un lazo, adulto, referente, adquiere una impronta muy fuerte para atravesar determinadas situaciones de dolor físico, visualizándose independientemente de la franja etárea.

“Me daban remedios para la fiebre y me oraban para que se me baje la hinchazón... ibuprofeno... me hacían reír a veces para que se vaya el dolor, después se me fue todo”
(B, 13 años)

“Me ora mi mama, me siento bien (...) cuando me duele la cabeza, cuando me duele la panza” (C, 13 años);

“mamá me dio remedio, pastillas para el dolor de cabeza” (M.P, 9 años);

“compran pastillas o mi mama me hacen buchets de sal con agua y se me va” (R, 8 años);

“mi mama apenas le decís que te duele algo cualquier cosa te lleva al medico” (R, 13 años)

“para no lastimarte mas tenés que quedarte en la cama, y calentito, así se te pasa todo el dolor” (L, 9 años)

- **“Me lo tengo que bancar”... “porque mi mamá me dice que me lo tengo que bancar”**

Esta situación es vivenciada por una parte importante de los/as niños/as entrevistados/as. Existe una representación de la madre como figura de “autoridad”, lo cual en determinadas situaciones tiene correlato con “autoridad-protección”, y en otras solo como “autoridad”.

Podemos visualizar implícitamente expresada en los relatos, una presencia ligada a la *autoridad/protección*:

“mi mama apenas le decía que te duele algo cualquier cosa te lleva al medico” (R, 13 años); “me empecé a calmar, me dijo mi mamá, que me calmara, que tenga paciencia, que ya se me iba a pasar, me empecé a agarrar la cabeza así...porque me dolía re fuerte... me empecé a calmar y no me dolía mas” (B, 12 años);

“tenia una cosa rojita en la oreja, y mi mamá agarraba un papel lo ponía en la oreja, lo prendía fuego y se me curó todo” (L, 10 años);

“llego y le digo a mi mama que me duele la espalda, mi mamá me dice que me tire en la cama, y la llamo a mi prima y me hace masajes.”(N, 14 años)

Así mismo, entrelineas, aparecen referencias que muestran una *fragilidad/desdibujamiento del rol materno asociado a la protección*:

“la muela me duele, encima se me hinchó la encía, para comer me duele... para qué le voy a decir a mi mamá si no hace nada...”(C, 13 años)

“porque mi mamá no me quiere llevar, si no, si voy” (C, 13 años)

“No, nadie me ayudó para que se me pase el dolor” (E, 13 años)

-La Salita/el hospital “cuando el dolor no para más”

“me llevan al hospital cuando me corto la cabeza o las piernas” (R, 8 años)

“Si se me calma el dolor me quedo pero si me empieza doler y no para más voy al hospital, primero a la salita” (N, 12 años)

La asistencia al centro de salud se considera principalmente cuando “el dolor no para más”, cuando el problema de salud es considerado “grave” y adquiere relevancia cuando se puede acceder a la medicación. El siguiente fragmento de entrevista se visualiza como dato significativo que ante la pregunta “quien te ha ayudado?” se contesta **“los remedios”**, adoptando “los remedios” centralidad en la estrategia de resolución.

“E (entrevistadora): cuando has estado enfermo, quien te ha ayudado a sentirte mejor?”

B: los remedios

E: hay alguien que los cure de las enfermedades que no sea doctor?”

B: no hay nadie, solo el doctor y los remedios (B, 12 años)”

Sobre este último fragmento de entrevista, cabe señalar que si bien podría ubicarse en una construcción propia de una edad temprana donde aún no se han incorporado

elementos más complejos para comprender la salud/enfermedad (como se puede visualizar en los relatos que dan cuenta de las concepciones y significaciones sobre salud/enfermedad en el grupo etéreo de 8 a 10 años); en este caso se trata de un niño de 12 años que está vinculando directa y linealmente la curación con la medicación y con la figura del médico, es decir, en esta situación se pone en juego la internalización de procesos de medicalización de la vida cotidiana.

Otra situación que se releva en entrevista a informantes clave es la que refiere a la “gravedad” como motivo de concurrencia:

“... y ahora que me hablás así de la salud yo me desespero, tengo un perrito que es re malo y los chicos meten mano y yo siempre les digo ‘no metan la mano en la reja porque los va a morder’ yo me desesperé porque el perro lo mordió, entré, abrí un pan de jabón, lo lavé con jabón, lo desinfecté con Pervinox que siempre hay en mi casa porque mi marido trabaja con fierros, mi hijo también, cada dos por tres. Le digo ‘me voy a cambiar y voy a tu casa, pero quedate tranquilo, el perro está vacunado, voy a hablar con tu mamá’ y viene la hermanita, que es la que está quemada y me dice ‘no, no te hagas problema’, y le levanta la remera al hermanito y me dice: ‘mirá, si el otro día lo mordió otro perro’ tenía un agujero! y yo desesperada porque lo rayó, y como le tocó la venita se le hizo enseguida un moretón.. yo desesperada, y ella ‘no te hagas problema’ ‘bueno M..., pero yo quiero hablar con tu mamá’ ‘no quedate tranquila, yo le aviso’... ¿por qué? Yo el mío tiene una cosita y enseguida lo llevo al médico... yo pienso que a algunos le da lo mismo, lo llevan cuando está muy grave” (informante clave comunidad)

“si no hay sangre siga, o si no te puedes mover directamente” (informante clave comunidad)

- El control de salud

Como se describió en la *Presentación de las características socio-familiares de los/as niños y niñas*, en las encuestas a las madres el control de salud representa solo el 9,09% dentro de los motivos de consulta; pero es significativo que un niño, aún en el contexto de estar sometidos a fuertes condicionamientos socioeconómicos, políticos, culturales, mencione el control de salud dentro de las acciones que se llevan adelante para atender la salud.

“cuando se enferman vienen a la salita, cuando no tienen nada, no vienen, pero a veces vienen porque tienen que hacerse control,” (B, 12 años)

5.4.4 Condiciones de salud

Los indicadores de *condiciones de salud* que se describirán a continuación son los recabados en la entrevista a lo/as niños/as; los cuales adquieren mayor significación en la articulación con los demás indicadores relevados en encuesta a madres.

- **Alimentación**
- **Prácticas deportivas/recreación.**

En relación a **la alimentación**, de acuerdo a los datos obtenidos se podría caracterizar las condiciones de alimentación desde: **Tipo de alimentación; modalidad familiar respecto del “acto de comer”; asistencia a comedor.**

Tipo de alimentación. Las respuestas de los/as niños/as se obtuvieron a partir de ofrecerles un listado de alimentos basado en la pirámide nutricional³⁸, pidiéndoles que ordenaran los mismos de acuerdo a los que consumían con más frecuencia. Las respuestas fueron comunes (varios refirieron el mismo hábito alimentario) y diversas (en tres casos se respondió el gusto por la fruta y las estrategias que realizan para conseguirla), pero es significativo el déficit de nutrientes fundamentalmente de proteínas (de carnes y lácteos) y vitaminas.

“Pan y fideos, no sé, fideos y todo eso, y pan más que nada”(N, 12 años)

“Frutas como más, arroz más, huevos también, pan. Fideos como más, después arroz... como mucha fruta, mandarina, manzana, banana” (J, 11 años)

“me gusta mucho el huevo, los fideos hervidos con queso, con Patty, me gustan los Patty; el arroz con alitas, guiso, la polenta separada con tuco” (B, 12 años)

“no, polenta no nos gusta... nos gusta más con tuco y queso... si no, no comemos, y guiso, eso es lo que nos gusta... ah! Y milanesa, cuando cobra mi papá o la tarjeta (risas...)” (M, 14 años)

“estoy más acostumbrado a tomar mate...me gustan más los fideos... como más arroz, fideo, sopa” (C, 13 años)

³⁸ La pirámide nutricional es usualmente el método utilizado para sugerir la variedad de alimentos a consumir en forma cotidiana. Lo que propone la pirámide es el consumo de los productos que la componen en proporciones parecidas a las de sus escalones.

- Los escalones inferiores proponen en su mayoría hidratos de carbono complejos.
- Los escalones centrales sugieren alimentos que contienen menor cantidad de hidratos de carbono, mas proteínas y grasas y gran contenido vitamínico.
- Los escalones superiores, de abajo hacia arriba, contienen cantidad de proteínas y cantidad de grasas.
- El escalón mas alto contiene mayormente grasas e hidratos de carbono simples, todos alimentos que aportan principalmente calorías. (www.zonadiet.com/nutricion/piramide.htm)

“Fideos, a veces hacemos fideos con tuco, a veces mi mamá no cocina porque ella va a retirar y ya queda la comida... la que retiramos es fideos con tuco, a veces polenta, o arroz con cornevé.. pero yo no como eso.. a veces me hago arroz, o una sopa, porque no me gusta la comida esa” (E, 13 años)

El “acto de comer”.

***“a veces mi mamá la llena a la olla, de guiso, para que nadie se quede con hambre y a veces no alcanza, entonces comen los mas chiquitos”**(B,12 años)*

“los chicos (comen) acá en la pieza, los grandes en la cocina, yo y mis hermanitos, los primos en la casa.”(M.P, 9 años)

“ a veces comemos al mediodía y a la noche, pero a veces no.. a veces comemos más a la noche porque nos gusta comer más a la noche, porque te “enllena” y después dormís bien” (M, 14 años)

“sí, ponemos la mesa de este lado... en el medio... y comen los más chiquitos primero, después los más grandes” (M, 14 años)

“primero comen los chiquitos, y después los grandes...porque en la mesa no hay lugar...yo como con los chicos... al mediodía y a la noche... todos los días es así” (E, 13 años)

A los condicionantes vinculados con los obstáculos para el acceso a la alimentación por las condiciones materiales de existencia por lo cual se ven en la obligación de organizar estrategias de alimentación entre el grupo familiar (*“cuando no alcanza comen los más chiquitos”, “nos gusta comer más a la noche porque te ‘enllena’ ”*), el reducido espacio físico y escaso mobiliario; se suman otros factores que influyen en este acto de

comer. Retomando las reflexiones, desde una perspectiva antropológica, de Aguirre, Patricia (s/f: 4) en Argentina y en el mundo urbano, sumadas a las problemáticas de producción y distribución, se están transformando las *condiciones de comensalidad*. La autora señala que “en los más pobres el comedor institucional que repite la dieta desbalanceada de guisos y sopas también instala una comensalidad diferente de la mesa hogareña. En los más pobres el almuerzo es institucional y la cena de mate cocido con leche (en gran medida provista por los programas de asistencia social alimentaria) la que es probablemente la única comida juntos alrededor de una mesa.”

Estas consideraciones pueden visualizarse en algunos de los relatos de los/as niños/as, cuando refieren sobre la **conurrencia tanto a un comedor comunitario como al escolar;**

“en la escuela no como, agarro la naranja nomás... en mi casa te con huevo, o chocolatada, vamos al comedor; arroz con carne. Y fruta en la escuela” (R, 8 años)

“como en la escuela y después voy y como en casa” (R, 13 años)

“Como en mi casa y en la escuela... en casa nos guardan comida o nos esperan; nos juntamos todos, más al mediodía, cuando tenemos visitas comemos asado” (S, 11 años)

“no me gusta ir al comedor, me da vergüenza... mis hermanos van... yo he ido cuando era más chico... yo llevaba a mis hermanos” (E, 13 años)

“mi mamá se anotó para que le den la comida, para que lleve la olla, nosotros vamos y retiramos, es como un comedor, pero no va nadie, van y dejan la olla y cuando es la hora vamos y lo buscamos” (E, 13 años)

Estos relatos dan cuenta además de una presencia del comedor comunitario como “apoyo” insuficiente para las necesidades alimentarias, tanto desde el gusto como de la

posibilidad de “quedar satisfecho”, “lleno”; y en algunos casos se vivencia como un lugar “estigmatizante”, fundamentalmente en los/as niños/as más grandes; y el comedor escolar también se vivencia como insuficiente, ya que refieren “comer en el comedor y en la casa”, seleccionándose en todo caso uno de los alimentos que provee el comedor, por ejemplo, la naranja; que tal vez sea con lo que menos se cuenta en la casa; excepto tres casos que relatan comer frutas, lo cual se significa como algo no habitual, y para lo cual tienen que darse una estrategia, incluso la propia niña que lo relata. Se rescata uno de los relatos que refleja esta situación: “... *verdura a veces, ensaladas, y fruta no mucho, pero a mi me gusta la pera, hace dos meses atrás mas o menos iba a una verdulería que quedaba como a 10 cuadras, a mi mama la acostumbre a comer pera y mi papa nos quería sacar; yo me separo 2 en la bolsa*” (risas) (N, 14 años)

Considero importante articular los datos obtenidos respecto de las condiciones de alimentación referidas por los niños y las niñas entrevistados con la información recabada en la encuesta a las madres sobre la **Alimentación en los primeros meses de vida.**

Volviendo a las palabras de Aguirre (op.cit) “la distribución (de los alimentos) es tan irracional que en la era de la abundancia se superponen los problemas de la sub y la sobre-alimentación, como problema de salud pública. Ambos de envergadura, ambos en transición, (...) los ricos eran gordos y los pobres flacos, empieza a darse vuelta y la obesidad de los pobres, numéricamente mayor y cualitativamente más grave ha llevado a OPS-OMS a catalogarla de ‘epidemia global’. (...) Porque los pobres no son gordos de opulencia sino gordos de escasez. Alimentados con los productos más baratos, generalmente tubérculos (papas) y cereales (son los principales consumidores de pan y harinas) presentan carencias de micronutrientes esenciales (hierro, calcio, etc.) lo que los expone simultáneamente a todas las dolencias de la escasez...”

En esta línea de análisis, considero que pueden contextualizarse las historias de alimentación en los primeros años de vida que refieren las madres de los/as niños/as.

“a los 3 meses mamadera, y mate cocido con pan, no fue papilla, fue como todos, lo que haya”

“lo que comía la familia, no se hacía comida por el ser bebé”

“Yogurt, guiso, comida normal, viste que ahora le dan papilla”

“Guiso, fue el alimento sólido de los primeros meses”

En muy pocos casos se registra otra historia de alimentación, las cuales se pueden resumir en: “Los primeros meses de alimento sólido fue con sopita, vitina, zapallito” y

“En ese tiempo, mi padrastro la malcriaba, le hacía sopita y yogurt”

Prácticas deportivas y recreación

“veo que los nenes, estas nenas que trabajan, no tuvieron infancia... no saben lo que es jugar, son nenes que vos les decís, que se yo, divertirse, saltar, correr, no, nos los hemos visto jugar... hay chicos que los tuvimos... y la frustración de ellos “que no puedo, yo no sé, yo no sirvo” (comentario de informante clave Casa del Niño)

El fragmento anterior contiene la visión de una informante clave que implica dar cuenta de las implicancias del juego en la infancia, y en la salud como una de sus potencias. Lo que sigue intenta rescatar sobre las estrategias que se da una de las instituciones comunitarias para abordar esta dimensión, *la del juego y los vínculos*.

“a su vez nosotras muchas veces aprovechamos y se lo hacemos notar a las mamás, en relación al juego, que lo hemos trabajado en distintos talleres, mucho lo hemos

trabajado, de decir “*mamás, Uds. juegan con sus hijos?*”, y no... pero ese día en el taller que estábamos, ese grupo, era un grupo de mamás que ninguna trabajaba, que todas estaban en casa con los chicos, y hubo una que es la que más nos sorprendió que nos dijo que jugaba a las cosquillitas, era lo único.. si bien bárbaro, pero era el único juego que tenía con su nena de 3 añitos... Otras mamás dijeron que no, hubo una que si, que es una mamá que los chicos salen con el carro que dijo que sí, que juega con sus hijos” (informante clave de la comunidad)

Desde la perspectiva de una madre encuestada, aparece la impronta de los condicionantes cotidianos para dar lugar al juego, ya que la misma reconoce la importancia del mismo para sus hijos, y en este caso, para su hija participante del estudio en particular, la misma expresa “*a veces no la dejo jugar...*” (Comentario de una madre de una niña de 12 años que cuida a los hermanitos, hace la comida, cambia pañales, entre otras actividades domésticas).

Desde la voz de los/as niños/as sobre el tiempo y espacio para el juego

“*a veces vamos a la plaza, y ahí jugamos con los chicos, me gusta... mis hermanos mi mamá y yo, a veces mis hermanas con los hijos de ellas...*” (R, 13 años)

“*voy a la iglesia con mi mamá o mi abuela*” (R, 8 años)

“*todos juntos no, a veces sale mi papá, nos saca de a uno mi mamá, a mí me saca casi todos los días porque voy a Quilmes con ellos a pagar las cuentas, me compra helados, todo eso, nos lleva de a uno*” (B, 12 años)

“*Me voy a la placita, juego a la pelota, jugamos por plata a veces, por coca, eso... lo ayudo a mi hermano, a limpiar o a cuidar los bebés... los llevo a la placita... mi mamá no tiene trabajo, pero igual los cuido*” (S, 11 años)

No (no registra hacer salidas familiares) (C, 13 años)

me pongo a escuchar música con mi hermana y bailamos, bailamos reguetón... o colombiano, o santafesino... y a veces nos ponemos a bailar rock... me hace reír como bailamos... (M, 14 años)

“sí, me gusta estar todo el día parada delante de una computadora y estudiar ahí, en la computadora... Mi prima tiene 3 computadoras, y a veces jugamos a las cartas pero francesas, no sé como se juega, pero jugamos” (M, 14 años)

“No! Antes íbamos a la placita, cuando cobraba mi papá íbamos la placita, comíamos helado o tomábamos gaseosa y galletitas, pero ahora ya no...” (M, 14 años)

teníamos tele pero nos robaron.. y antes cuando tenía los jueguitos no salía nunca ala calle.. las películas me gustan, todas.. los dibujitos, todos (C, 13 años)

“ (...)No tengo tiempo libre. Yo no salgo a la calle, a veces con mi mamá nos vamos a Solano o a Carrefour (...)” (E, 13 años)

“me lavo la cara, me cepillo los dientes, me pongo la visera y me siento acá un rato a mirar los dibujos” (E, 13 años)

En estos relatos se observa una heterogeneidad de vivencias relacionadas con la recreación; como elemento en común la recreación se ubica en espacios próximos, la placita, la Iglesia; en algunos casos, se limita a mirar TV, solitariamente. También aparece la relación de la recreación con la computadora, en donde si bien una de las niñas que refiere esta situación comenta que juega con una prima, es significativo que se produzca el desafío que propone todo juego como capacidad de invención, **“no sé como se juega, pero jugamos”**.

En esta heterogeneidad, una niña expresa **“no tengo tiempo libre, yo no salgo a la calle”**, lo cual da cuenta de una vivencia importante en las niñas que realizan trabajo doméstico, el juego/la recreación queda postergado, como así también la interacción con pares, que en el mejor de los casos podría producirse en el ámbito de la escuela, cuando pueden asistir.

Respecto de las **Prácticas deportivas**, se destaca una escasa realización de algún tipo de actividad deportiva sistemática, y en el caso de que se produzca la posibilidad, se

presentan dificultades para la continuidad; estas dificultades son, fundamentalmente, de índole económica.

Son muy pocos los que cuentan con una práctica deportiva, algunos niños comentan jugar al fútbol, algunas niñas relatan haber realizado algún deporte (box, gimnasia) pero sin posibilidades de sostenerlo por más de un año. Un caso comenta que una señora le ayudaba a pagar boxeo.

“ah! Hacia boxeo y taekwondo con mi hermano taekwondo no, lo hice a los 11 nomás, cuando tenia una amiga, una verdulera que me pagaba.”(M,13 años)

“No.. no tenemos pelota...” (C, 13 años)”

“El básquet, juego en la escuela.. me siento bien jugando al básquet. (...) Con mis primas a veces vamos a la plaza de gonet, pero no me gusta salir tanto.. mis primas ya son grandes, a veces vamos y llevamos a los hermanitos chiquitos de ella, una tiene 16 y otra 19” (E, 13 años).

- **Una mención especial sobre el conocimiento sobre diversas drogas ilícitas y convivencia con pares que consumen drogas.**

Todos los niños y niñas entrevistados, desde los más pequeños a los más grandes visualizan el consumo de drogas como “daño”, e incorporan las drogas ilícitas como parte de sus vidas cotidianas, solo dos niños explicitaron “haber probado” . Este tema no pudo ser abordado en profundidad; no obstante en el tramo de la entrevista en muchos casos el tema comenzaba a abrirse y se percibió en los niños y niñas ciertas actitudes que podrían caracterizarse como temor a hablar del tema, vergüenza y naturalización del consumo en la vida cotidiana; excepto en los niños más pequeños (8 y 9 años) que refirieron haber probado marihuana. De esta situación se puede inferir que siendo más

pequeños no hay registro del carácter punitivo del consumo; sin embargo en los más grandes si bien no existen elementos para aseverar la probable existencia del consumo, es posible pensar que en ellos operan mecanismos de “preservación” principalmente por el registro del carácter punitivo. En los relatos que se rescatan a continuación se puede visualizar la heterogeneidad en las miradas sobre el tema, y al mismo tiempo la **percepción** en común de consumo de drogas: daño.

“... a veces me pregunto por que se les cruzará a ellos en la cabeza? Será porque se olvida, algunos me dicen por los problemas en la casa, pero los problemas en la casa vos te drogás y siguen los mismos... porque hoy te drogás y tenès los mismos problemas, y es como... pero porque a vos mismo te estás enfermado... para mi la droga arruina... problemas en la casa siempre va a haber... en la otra cuadra fuman mucho, no se que será... ay sí, he visto con la bolsita, era gordito y quedó re flaco, pura cabeza, se echó a perder, iba al colegio...ahora está en los eucaliptos, a veces viene a ver a la mamá, yo digo por que la mamá no le dice nada no lo reta.. vende todo, va a cirujear, vende, y va para allá... (N, 14 años)

“me han invitado con porro, pastillas, merca... los pibitos no se drogan, fuman nomás... para no engancharme me voy con los pibitos que vienen de allá atrás... de la Iapi, nos vamos por acá, nos vamos con las pibas” (C, niño, 12 a.)

“noooo, no nunca vi a nadie fumando ni con la bolsita... ah!!! si, un pibe de atrás estaba aspirando de la bolsita con poxirán, es re viejo... cigarrillo, sí, mi mamá, mi padrastro (E, niño, 13 a.)

“si, conozco de las drogas, cuando mi primo decía “mirá ahí fuman”, al frente también... fuman droga... no sé que droga... Si, los hace más flacos, como esa persona

que está ahí (afuera) esperando... empiezan a vender ropa, no comen, les agarra una enfermedad... yo no salgo a la calle... nunca me han invitado” (E, niña, 13 a.)

“algunas veces con mi tío..., una bolsita de paco y hace así y lo fuma y viene cerca nuestro y el olor me da ganas de vomitar y me voy para otro lado” (S, niña, 9 a.)

“por acá, cerca de mi casa, se ve el porro, la marihuana, eh... algunos que le dicen la yerba... agarra la jarra, toma la pastilla así y se vuelven re locos (...) mi mamá me dice que nunca tenés que hacer eso, porque eso te lleva por mal camino” (B, niño, 12 a.)

5.5 El trabajo como estrategia de supervivencia familiar. Vivencias en torno al trabajo, cómo se “interpone” con el derecho a la salud y a la educación. Tensiones, “¿qué está primero?”

5.5.1 El trabajo infantil como estrategia de supervivencia familiar.

“En un proceso económico social que acentúa la polarización del mercado de trabajo, se advierte que las más graves consecuencias recaen sobre quienes están en peores condiciones de soportarlas” (Krichesky, 1993:14).

De este modo se implementan estrategias de supervivencia a partir de las condiciones singulares de las familias. Oyhandi, M (2005) describe estas estrategias, las cuales adoptan características singulares dependiendo de los recursos que en la trama familiar se dispongan, dentro de ellos contemplan la incorporación de niños, niñas y adolescentes al mercado de trabajo; por tal sostiene que las estrategias de sobrevivencia son una “construcción que permite el análisis de la articulación de relaciones y

comportamientos que realizan los hogares en situación de pobreza frente a las restricciones que les impone la estructura social y por ende, su condición de clase.”

“no sale con el carro, no comenos”, comenta la madre de un niño que junta cartón con un carro y un caballo, refiriéndose a su esposo.

Los/as niños/as así lo expresan: **“para darle de comer a mi familia, voy junto y vendo”** (B, 13 años); **“yo me iba a hacer las changuitas, para ayudar a mi familia, para darme los gustos a mi; ahora me organicé más, ya que soy grande, la mitad de la plata es para ayudar a mi mama”** (N, 14 años)

Existe una *tensión* entre las condiciones materiales de vida de las familias y los deseos para el futuro de sus hijos. En los relatos se expresan por parte de las madres y padres deseos de un futuro distinto para sus hijos, pero estos se desdibujan en el contexto de privaciones y necesidades del grupo familiar y de las escasas posibilidades de propuestas alternativas desde las instituciones sociales (escuela, sociedad de fomento, casa del niño, etc.).

“yo no quiero llevarlo en el carro, soy enemigo, pero el llora y se descompone, me da miedo porque es peligroso. En vez de trabajar 3 horas, trabajo 2 y me vengo porque trabajo intranquilo. Sale desde los 4 -5 años.” (comentario de un padre de un niño que junta cartón, de 13 años). En el mismo marco, la madre de este niño dice: **“La locura de el es comprarse un caballo para salir con un carro, yo le digo que tiene que ser portero, que el carro no le conviene”**

“el quiere que le compre un caballo, está desesperado, pero yo no quiero eso para él” (comentario de una madre de un niño de 13 años que junta cartón)

Esta tensión pone de manifiesto la forma en que “el trabajo infantil mantiene en lo cotidiano un vínculo estrecho con las características del entorno familiar en lo que hace a su inserción laboral. Es así que esta generación de trabajadores se renueva al interior de cada circuito del mercado de trabajo sin saltos cualitativos, respecto de sus grupos familiares. (...) los hijos tienden a insertarse en los mismos lugares de trabajo que sus padres, materializando de esta manera un proceso de reproducción de las desigualdades sociales y de refuerzo de la segmentación existente en los mercados de trabajo.”(Krichesky, op.cit).

Desde este marco de análisis, aunque desde otro ángulo, se puede situar una reflexión de una de las informantes clave de la comunidad:

“Y andan en el carrito pero yo no sé porque andan en el carrito, no sé si es por herencia... porque los tíos siempre andan en carro”

5.5.2 Vivencias en relación a la salud/enfermedad y a la situación de trabajo

En los fragmentos de entrevistas tomadas a los niños/as como a las madres se rescatan vivencias que dan cuenta del trabajo infantil como *constitutivo* del proceso salud-enfermedad-atención.

El malestar/padecimiento no es “razón suficiente” para no salir con el carro o no realizar tareas domésticas; en los dos fragmentos de entrevista que siguen se observa, de modo concreto, esta realidad desde la voz de una niña como así también de una madre: Entrevistadora: “*si hay que cocinar y tenes ese dolorcito de cabeza, cocinas igual?*” La respuesta de la niña entrevistada, de 9 años es: “*si*”

“Juan, tiene cortes por los vidrios, nunca fue al médico, solucionado por el padre”

(comentario de una madre de un niño que junta cartón, 11 años)

Otros relatos ilustran la vivencia de malestar que incluye ciertas estrategias para **“atenuar”** de alguna manera ese padecimiento, aunque éste no pueda ser priorizado en el marco de una estrategia de supervivencia. Estas estrategias podrían caracterizarse como **“paliativas”**, desarrolladas por las madres o por los propios niños: ***“Convulsivé, mi mamá me ayudó, sí, salí con el carro.”*** (M, 12 años)

“salgo igual... porque cuando me pongo agua no me duele mas, me llevo una botellita de agua fría y tomo” (B, 12 años)

“a veces me golpeo, me corto las manos, me vendaron, y sigo andando” (N, 13 años);

“igual trabajaba” (N, 14 años)

En una entrevista se destaca una situación distinta, una vivencia donde el malestar además de registrarse, se prioriza frente al cumplimiento de tareas domésticas: ***“mi mamá dice que no los cuide cuando me siento mal”*** (R, 13 años). En este caso es significativo el lugar del adulto señalando esta prioridad, con todo lo que eso implica para el lugar de hijo (vivencia de ser cuidado por un otro, etc.)

La realidad de los niños y niñas entrevistados tiene como trama central la tensión entre trabajar o comer, sobre esta realidad se rescata la siguiente reflexión: ***“Creo que deben subestimar sus dolores o molestias, porque tienen otras prioridades y no pueden dejar la tarea, o trabajan o comen”*** (comentario de informante clave pediatra).

- **Exposición a mayores riesgos de los que ya están expuestos por sus condiciones materiales de existencia.**

En los siguientes relatos se recuperan situaciones que describen los riesgos de mayor exposición. Se sistematizan por grupo etáreo siguiendo un criterio analítico, aunque no se considera excluyente; debido a la heterogeneidad presente en el desarrollo evolutivo de los/as niños/as independientemente de la edad.

8 a 10 años

“Me corté acá con una chapa (...) un pibe que se llama Maxi que sin querer me pisó en los deditos... con la rueda del carro... yo andaba con el (R, 8 años)

“si me quemé el dedo” (L, 10 años)

11-12 años

“Un día me caí en el puente de Gerli, al costado, estábamos viniendo en el carro, me caí solo... tenemos 2 caballos... pero no me dolió nada, sobre el cordón me caí, me lo clavé por acá y no me dolió, no me asusté... y cuando teníamos la camioneta estábamos limpiando un frigorífico, y yo había tirado una chapita cortita, y la tiré y después vino mi hermana y se la clavé en la nariz.” (J, 11 años)

“me chocó un caballo y me golpeé en la cara, me llevaron al hospital y estuve internada, tenía 10 años... estuve una semana internada” (N, 12 años)

“si, hace poco, me salía un montón de sangre cuando estaba entrando las gallinas (...) con piedras y a veces me clavo vidrios en las manos, me saco los vidrios y listo, me pongo una curita” (B, 12 años)

13-14 años

“juntando cartón me cortaba nomás, con las chapas cuando las levantaba, me compraba una curita... no ves todas las cortadas que tengo? Por las botellas”(B, niño, 13 a.) “

“íbamos a entregar el cartón, yo estaba acomodando atrás, el papel es patinoso, me caigo, la yegua se asustó y empezó a corcovear y me pegó en la mano”. (N, niño, 13 a.)

“cuando empecé hace poco no sabés como me dolía la espalda, la nuca, porque las sillas no están en buen estado, no son como estas, son cartones los que van abajo, y no tienen respaldo... decí que yo tengo la pared, pero si estoy del otro lado y no tengo nada me duele la espalda... con mis compañeras hablamos, a todas les duele la espalda... la apuran a la señora y la señora nos apura a nosotros” (N, niña, 14 a.)

“sí, me caí del caballo, me quemé, se me cayó el caballo encima, íbamos en el asfalto con 2 pibes, y se tropezó el caballo y yo me caí primero y el caballo se dio vuelta y se cayó arriba mío... no me acuerdo donde me golpeé (...) un caballo me pasó cerca y me cortó contra una chapa” (C, niño, 12 a.)

A la luz de lo que expresan los relatos de niños y niñas, cabe agregar las perspectivas de la informante clave pediatra y de la trabajadora social, sobre la exposición a riesgos; en cada una de ellas, se delinean elementos de análisis orientadores para abordar mediante otra investigación. Una de ellas señala, entre otras cuestiones, el *desdibujamiento entre el ser niño y ser adulto* en este contexto; y la otra profesional, *el trabajo del niño como emergente de una trama frágil de sostén*.

“están expuestos a hacer cosas que debe hacer un adulto y no toman conciencia de los riesgos... hoy vi un nene de 9 años que había ido en el carro con el hermano mayor, supuestamente la madre decía que no, que lo había llevado, que no estaba trabajando y vino con un corte que tenía exposición de hueso. Ahí cuando viene la madre increpándolo al hijo mayor que tendría 18 años, ahí eran 2 menores y un adulto; desconocen como manejar una determinada cosa que puede tener alguna consecuencia...” (Informante clave pediatra)

“... no se si puede generalizar, porque por ahí otro chico que no trabaje está en un grupo de vulnerabilidad por su situación, pero me parece que si trabaja, si no tiene la posibilidad de acceder a cuestiones de salud, a la escuela, está expuesto a asumir responsabilidades y a estar en contacto con determinadas cuestiones que por ahí no está preparado o que podría tener otras posibilidades, de tener contacto con otras cosas... aparte que pasa con esos padres, en que situación están esos padres para que este chico tenga que trabajar, seguramente están en una situación difícil en varios sentidos, no solamente en lo económico.. en ese sentido si como niño tenés que salir a sostener una situación económica hay algo que no está bien...” (informante clave trabajadora social).

Por último, se rescatan opiniones de las madres respecto de si en algún momento del trabajo su hijo/a está expuesto a algún riesgo para su salud:

“Sí, a gripes, a dolores, a cortes, a la inseguridad, porque estaba yendo solo...”

“sí, me preocupa por el calor, de repente se enferma, se desmayó”

“a cortarse, a que le pase algo en la calle”

“Se va a la tarde con el carro, no se baja, ayuda a desarmar y clasificar. Con él tengo que ir más seguido al médico, se golpea, se agita...”

“el trabajo lo expone a infecciones”

“A veces me da mucho miedo que le saquen el caballo o le peguen. Sale con su hermano de 5 años”

“Cefaleas... yo digo por tanto carro”

Si bien la mayoría de las opiniones se orientan en el sentido que se expresa en los relatos anteriores, también existen respuestas donde no se visualiza la existencia de riesgos o si se reconocen, se plantean estrategias para atenuarlos, como:

- *“saben cuidarse” “antes de que anden en la calle”*
- *“salen solos, pero entre los hermanos” (de 13 y 14 años)*

Estas situaciones indican que el derecho a la salud está seriamente vulnerado. Son las estrategias que desarrollan los propios niños o sus familias las que, cuando existen, proveen mínimos pisos de atención ante circunstancias determinadas, fundamentalmente las relacionadas con cortes.

Desde todo lo descripto, se retoma con palabras de la informante clave trabajadora social un interrogante que representa una de las tensiones presentes en la población en estudio: “¿Qué está primero?”

*“(...) acá tenemos chicos con el carro, tenemos un caso muy interesante de un chico que esta con el carro y que la madre, igual no tiene que ver solo con que trabaja, tiene que ver con un montón de cosas, pero un chico que tiene que llegar a un diagnóstico, que no sabemos si es celíaco, hay un problema de salud mental, nutricional, y **nunca** logramos que vaya al médico porque tiene que trabajar. Ahí se dio una discusión, que estaba bueno, con el equipo de restitución de derechos “y bueno pero tiene que*

trabajar, que vas a hacer” pero el tema de salud, y que va primero...?”(entrevista a informante trabajadora de la salud)

5.5.3 Vivencias en relación a la inserción en la escuela y la situación de trabajo

Continuando el análisis desde la perspectiva de vulneración de derechos, a partir de las referencias de los informantes clave como de las madres, el derecho a la educación es un derecho vulnerado en gran parte de los niños y niñas que habitan el Barrio Iapi, y en particular, en los niños y niñas que trabajan.

En relación a lo dicho, se rescata el siguiente fragmento de entrevista, el cual ofrece una caracterización del contexto singular de los niños y niñas que viven en situación de pobreza.

... “acá es como que tenés que fundamentar el hecho de que el chico siga yendo a la escuela, no que salga a trabajar... se naturalizó, se invirtieron las cosas, es el día a día.. comer hoy, mañana no sé... qué le vas a decir? ‘Tenés que estudiar así cuando terminas...’ cuando terminas qué? Que sigue después? Siguen y se les da oportunidad a los que son brillantes, que yo también en la HC, cuando la mamá me dice “doctora le va muy bien en la escuela” entonces le digo “le tenés que dar manija,(...) y a vos que te gustaría hacer?” el que tiene la habilidad alentarlos para que siga para adelante, y los otros? Si hablamos de derechos de los niños tiene que haber una plataforma o una base que tiene que ser universal y es intocable, no puede ser que no tengan acceso a eso” (comentario de pediatra, informante clave)

En este contexto de situaciones “encrucijadas” donde una trabajadora de la salud reconoce la desigual situación para proyectar un futuro relacionada al acceso a la educación formal de algunos niños/as mientras una gran cantidad de niños/as quedan

excluidos de ese derecho. Los datos que se obtienen a través de la encuesta develan que el 77,27 % concurre a la escuela en el momento del estudio y el 22,73% no concurre. Todos presentan una escolaridad desfasada con la edad; en el caso de los que concurren existe sobre-edad de acuerdo al grado que cursan.

“A veces falta a la escuela porque trabaja con el carro...” (Comentario de una madre de un niño que trabaja con el carro, de 12 años)

“a veces falta a la escuela porque sale con el carro, hablé con la maestra, me dijo que no hay problema, pero que no deje la escuela..” (comentario de una madre de un niño de 13 años)

“el es el más inteligente de todos (los hermanos). Le decimos que no va a ir a la escuela porque tiene que salir con el carro y llora” (relato de madre de niño de 11 años que junta cartón).

De estos relatos de las madres se desprenden dos cuestiones para analizar, por un lado, la institución escolar que conoce la realidad del ausentismo de los niños que trabajan y de acuerdo a lo referido, la respuesta que prevalece ante una madre que informa sobre que su hijo no podrá ir a la escuela porque tiene que salir con el carro, es “... *mientras no abandone la escuela*”, no articulándose esta respuesta con otro espacio de contención para esa madre o ese niño, expresando en esta respuesta las limitaciones en las respuestas que ofrece la escuela ante esta realidad. Y en este mismo marco de limitaciones, el relato sobre el niño que llora cuando le dicen que no puede ir a la escuela porque tiene que salir con el carro señala la importancia de la escuela como el LUGAR, tal vez donde se pueda SER NIÑO, jugar, compartir con pares, además de “aprender a escribir el nombre”.

Respecto del primer eje relacionado con la respuesta de la escuela, en una entrevista con un niño apareció un elemento muy significativo que da cuenta de algunos mecanismos expulsivos existentes en la institución escolar. En dicha entrevista el niño relata no estar yendo a la escuela, y dentro de uno de los motivos por los cuales no quiere volver relata que después de un tiempo prolongado sin ir a la escuela decide volver, y cuando lo hace en la escuela lo recibieron ***“retándome y diciéndome un montón de cosas porque había faltado, entonces me sentí mal y no volví más a la escuela”***. Considero que el momento en que el niño vuelve a la escuela es estratégico para re-vincular al niño con la misma, y en este caso se está reproduciendo una lógica que lo aleja de la escuela. Aquí se conjugan al menos dos aspectos para tener en cuenta: la posibilidad de que el niño escuche e incorpore una “regla institucional” y la oportunidad perdida de la institución escolar respecto de incluir a un niño que había decidido volver a la escuela.

Otro relato de informante clave de la comunidad ilustra una situación paradójica:

*“... Yo me fui a la escuela a ver porque no venía una trabajadora social a ver estos chicos, porque hay un chico que iba a la escuela, pero de repente salió a trabajar con los padres, lo llevaron a cartonear, ahora tiene 14 años y no va más a la escuela.. ahora voy a ver si lo convengo para traerlo a la de adultos.. yo al mío le dije “por más que repitas te voy a mandar y vas a seguir estudiando” ... me llamaba la atención, **ya 2 o 3 días que no llevas el nene y te están llamando desde la escuela, y con este nene como no se acercan**” (testimonio informante clave de la comunidad)*

Tal como se expresa desde las madres, desde los niños/as las vivencias sobre la escuela y el trabajo dan cuenta de una impronta de la escuela en sus vidas cotidianas, esto se visualiza sobre todo en los/as más pequeños/as expresado en el registro de determinadas normas (“*te ponen en penitencia*”) como también de logros (“*ya sé escribir mi nombre*”). En los/as más grandes se observa una progresiva desconexión de la escuela como lugar de pertenencia, algunos condicionados por la sobre-edad, y en otros/as se da una inserción discontinua. Lo dicho se expresa de la siguiente manera:

“a veces yo me voy en el carro cuando no tengo clases... yo no quiero ir más a la escuela, la señorita te reta, te pone en penitencia, te pone nota, te mandan a dirección, tenès que quedarte ahí...” (R, 8 años)

“los sábados salgo con el carro, que no hay clases” (L, 9 años)

“tengo gimnasia los lunes y después entro al grado, a mi señorita me pone el nombre, ya lo sé...” (*se lo percibe contento porque sabe escribir el nombre*) (R, 8 años)

“no me dormía en la escuela...” (J, 11 años) (*el no dormirse lo refiere como logro, a pesar de volver a la noche de trabajar o de acostarse tarde*)

“antes cuando no iba a la escuela salía a las 3 (con el carro) y volvía a la tardecita” (N, 12 años)

“pero yo nunca escuchaba a la señorita, hablaba muy rápido...” (M, 14 años, *no va más a la escuela*)

“El volley, el año pasado jugaba yo, cuando iba a la escuela, estaba en 7mo grado y dejé, el año que viene me voy a anotar, pero como no podía... si, si voy a terminar” (N,

14 años) (este relato surge al hablar de realización de deportes, por lo cual la niña entrevistada refiere con un gesto de “nostalgia” la pérdida de esa práctica desde que no va a la escuela)

“este año empecé la escuela y no me gustó... en la escuela 51, estaba en tercero, no me gusta la escuela, me tenia que levantar muy temprano, mi mamá me va a conseguir a la noche, a la tarde no me gusta” (E, 13 años)

Entrevistadora: *“y si tu mamá se tiene que ir a trabajar y vos tenès que ir a la escuela ahí como hacen? **tengo que faltar**”* (E, 13 años, niña que realiza trabajo doméstico)

En relatos de informantes clave del centro de salud como de la comunidad se rescata la función de la escuela respecto del proceso de construcción de la subjetividad como de espacio de formación para la vida, en algunos casos, lo refieren como el lugar privilegiado donde los niños y niñas comienzan a internalizar aspectos relacionados con sus derechos que luego los ponen en juego en determinadas circunstancias.

“A Veces esos chicos pueden conocer algunos de sus derechos si logran asistir en forma regular a la escuela. Estos chicos salen a trabajar como subsistencia, porque no hay otra; obviamente a mi me parece que si no estuvieran en esa situación no estarían trabajando y estarían en la escuela.” (informante clave pediatra)

“...lo que pasa es que desde hace un tiempo, desde que se le empezó a dar importancia desde la educación a que los chicos sepan sus derechos, como que los chicos lo tienen más presente, porque muchas veces nos ha pasado, viste esos momentos que te enojás y les decís ‘están todos castigado, vengan acá!, tienen que

hacer tarea etc.’, ellos te dicen **‘yo tengo derecho a jugar’** **‘yo tengo derecho a que me traten bien’**, y vos decís de donde lo sacan? y si, de la escuela que te leen tus derechos, a tener mi DNI, algunos lo asocian, vos te das cuenta en las respuestas, si bien no te lo dicen todos los días, pero cuando hay cosas que les da bronca... sí.. está bueno que tengan ya como ese arma, de decir, **‘yo también tengo mis derechos’...**” (informante clave comunidad)

5.6 El trabajo doméstico y el trabajo callejero. Similitudes y diferencias

Siguiendo las preguntas iniciales que orientaron la definición de los objetivos de esta investigación y teniendo en cuenta los resultados de otros estudios incluidos en capítulo sobre Estado del arte, donde se da cuenta sobre la invisibilidad de las actividades que se desarrollan en el espacio doméstico, se indagó sobre esta tensión visibilidad/invisibilidad. Esta realidad atraviesa el proceso salud-enfermedad-atención; de manera tal que se recuperan algunos de los fragmentos que permiten visualizar aspectos comunes y distintivos entre el trabajo doméstico y el trabajo callejero.

Claramente, y en la línea de lo que se viene reflejando en este estudio, un elemento en común es el que alude a las condiciones de vida y al trabajo infantil inscripto en una estrategia de supervivencia.

Esto lo podemos inferir en un fragmento de entrevista a una informante clave de la comunidad, quien enfatiza: **“no se discrimina si es varón o si es mujer, te hacés cargo y te hacés cargo”**.

Esta mirada desde el género corresponde fundamentalmente para el trabajo callejero, en el cual pareciera existir una tendencia a la incorporación progresiva de niñas en el

mismo. Respecto del trabajo doméstico, en proporción marcadamente distinta, se observa una situación similar en relación al lugar de los varones, aunque son prioritariamente las niñas las asignadas en el rol de cuidado y responsabilidad de las tareas reproductivas. Esto último se visualiza en los siguientes fragmentos; y aunque aparece una referencia a la incorporación de las niñas en el trabajo callejero, esa inclusión conlleva determinadas características que implícitamente las sitúan en un lugar distinto.

“... esas dos nenas salen con el carro, y dentro de todo te diría que es una familia que tiene muy arraigado que el tema del carro es su trabajo, el sale a ‘trabajar’, no a ‘juntar cartón’ porque a su vez como me explicaba ella, el tiene sus clientes, que le dicen que le corte el pasto, y dicho por la mamá el día que sale con las nenas es el día que más trabaja” (informante clave comunidad)

*“... justamente te comentaba antes sobre la mamá que decía **“si no las tengo a las nenas, no se hace nada en casa”**, así me lo decía... ella se iba a trabajar a la Copa de leche, que mayormente no es una obligación, te acomodas el horario o lo que sea, pero con la excusa de que ella se iba a trabajar todo lo hacen las chicas. Está bien que las nenas son grandes, el tema de ayudar en la casa también nosotras lo... es como que les enseñamos, que colaboramos todos, que ponemos la mesa... el tema es que no sea obligaciones como calentar la mamadera, levantarse a eso, prepararle la leche a los hermanos antes de ir a la escuela, mientras la mamá está durmiendo... y entonces vos ves que el funcionamiento de la casa es ese, que la criatura... ‘el anoche no comió porque yo me puse a hervir los fideos y los fideos no le gustaban’, cosas así. Y son chicas de 8, 10 años... o ir a la casa de la abuela y pedirle un huevo diciéndole “abuela*

tenès un huevo? porque tengo arroz, tengo papa y le voy a agregar un huevo” esto lo vi yo” (informante clave de la comunidad)

*“... Y chiquitas de 12 o 13 años o menos, hay mamás que me han dicho “yo nunca molesté a nadie, en mi familia mis hijos se criaron solos, ni mi mamá, ni mi hermana, mi tía” **pero las nenas sí cuidan a sus hermanos más chicos**. Las nenas son las que van y vienen a la escuela que llevan y traen.. muy orgullosas de lo que decían.. costó un montón hacerles entender que las nenas eran nenas para estar cuidando a sus hermanitos, pero tampoco lo entendieron algunas... en una charla donde ese era el tema, que las nenas iban y venían con sus hermanos y eran dueñas de la vida de sus hermanos, y así también esclavas ellas...” (informante clave comunidad)*

*“... o sea, **ellos ya manejan su vida a esa edad muchos chicos**, si voy, si vengo, si me compro. Y lo he visto no solamente que trabajan en el carro, chicos que a los 8 años ya están trabajando porque ‘me voy a poner ladrillos con aquel hombre, o entrarle la arena a aquel hombre’, para tener su plata y tener acceso a lo que ellos quieren en realidad, porque ni siquiera es para ayudar en la casa.” (informante clave comunidad)*

En los relatos que se recuperan a continuación, en los dos primeros, se puede visualizar la incorporación de las niñas en el trabajo callejero, no obstante las mismas comentan esta experiencia desde cierto supuesto de que **no es “cosa de niñas”**, sin embargo sobre limpiar, cuidar hermanitos no hay “objeciones”. Se recuperan relatos que muestran a las niñas como a los niños asumiendo tareas domésticas, estos últimos básicamente en tareas vinculadas con cuidado de hermanos y organización del desayuno.

“no, porque yo no quería, me daba vergüenza... por eso no me llevó más... ah! Y después salí con el caballo y el carro con mi tío nomás, yo me quedaba arriba a acomodar los cartones... viste en el caballo? el me daba para que los acomode”(M, **niña de 13 años**)

“... los hermanos no quieren llevarla (respecto de salir con el carro) porque es una nena (...) cuando andamos en el hospital, ella limpia” (comentario de una madre de una niña de 9 años)

“yo la cuido a mi hermanita cuando mi mama se va a La Plata, yo le hago mamadera a mi hermana” (explica como se hace la mamadera) (L, niño de 9 años)

“la levanto a la N..., a mis dos hermanas para que vayan a trabajar a las 7 hs. Sin despertador, ya me acostumbré. Me levanto antes que todos, hago el te, hago la cama, y después me cambio y hago la cama mía. 7.40 me voy al colegio, solo” (J, niño de 11 años)

“hago té, tomo, me cambio y me voy a la escuela... a veces no lo hago y tomamos en la escuela... voy con mis hermanos más chicos” (S, niño de 11 años)

No obstante las situaciones descriptas anteriormente, las **diferencias de género** en la situación de trabajo infantil se registran claramente en las entrevistas, las cuales podemos encuadrarlas a través de las palabras de informante clave del centro de salud cuando se indagó sobre este punto: *“en cuanto a la división del trabajo: ámbito publico y trabajo de fuerza los niños, y ámbito privado relacionado con los cuidados de otros, las niñas”* (informante clave centro de salud).

“yo me quedaba con mis hermanitos hasta tarde, de las 6 hasta las 8 de la noche” (M, niña de 14 años)

“empecé a los 11 a trabajar, al lado de mi casa, limpiaba la casa de una señora” (N, niña de 14 años)

“Preparo el te, la leche, el arroz” (M.P, niña de 9 años)

E: *“quien cocina más acá en tu casa?”* L, 10 años *“mi mamá o yo”* (L, niña de 10 años)

“A veces tengo ganas de cocinar, a veces no” (M, niña de 14 años)

“en todo, le ayudo a mi mama a lavar la ropa, a limpiar, a cocinar, a todo... a cuidar mis hermanitos, de 9, de 6 y de 3 años y el bebé y hasta que venga mi mamá... como a las 7/8 por ahí, a veces viene más temprano, a las 5/6, se va a las 8... hace un montón que lo hago, cuando yo era chiquita me cuidaba mi hermano el más grande, el que ahora tiene 22 años” (E, niña de 13 años)

“me lavo los dientes, la cara y después limpio” (E, niña de 13 años)

“yo me quedaba con mis hermanitos hasta tarde, de las 6 de la mañana hasta las 8 de la noche” (M, niña de 14 años)

“Trabajo en un taller gráfico (clandestino), viste los cosos? ese plastiquito de la boleta de la luz? ese plastiquito donde ponen tu nombre, tu apellido? Es un molde con una plasticola los pegamos y después allá adelante, los cierran, los dejan medio abierto y en otra fábrica le ponen el nombre. Trabajo 9 horas, de las 7 de la mañana hasta 16.30 hs, tengo 10 minutos para desayunar” (N, niña, 14 años)

“armo el gallinero de las gallinas, o si no desarmo metal para después vender. Después salgo con el carro a vender...” (N, niño de 12 años)

*“salimos a vender cosas.. eso que se pega en la heladera (...) hasta Montevideo le sacamos la basura a los vecinos porque no pasa el camión, ahí la policía le tenès que pedir permiso y te dejan, o sino acá en la cancha tiramos **..allá en el basural.. en todos lados se tira..** pero a los carros no porque los lleva la policía y les cobra una multa de \$400” (R, niño de 8 años)*

“cuando salgo con el padrino de el me dormía en el carro...(cuentan ambos como se hacen casitas con los cartones cuando llueve y van en el carro) “ y estamos sequitos y calentitos”(L, niño de 9 años)

“Nunca salí solo, el año pasado cuando salíamos 6/7 de la tarde volvíamos a las 11/12, nos íbamos por todo Lanús de noche, pero veníamos para acá... el Dylan es el que se duerme en el carro, ayer cumplió 7 años. El maneja algunas veces. (Sale ropa zapatillas). Yo me voy con otro carro con el marido de la Jesi, yo manejo y el baja de los 2 lados, a veces bajo yo...cuando tenemos que cargar una casa algo yo me llevo el celular mío y lo llamo para que venga... o llamo a los otros (a su papá)... a veces me vuelvo porque estoy cansado” (J, niño de 11 años)

“junto arena, ladrillos, tierra... a veces corto pasto y me dan un plato (...) yo y mi hermano, el Cucho y mi papá porque estamos con las gallinas, porque a veces se pelean cuando estamos dormidos” (B, niño de 12 años)

“si, hace mucho, cuando tenia 11. Salía a juntar cartón con mi mama y mi tío... lo llevábamos nosotros, sin caballo, juntábamos cartón, botella... solo mi mama no me

dejaba ir porque hay mucho peligro, me dejaba salir a la vueltita y ella me miraba” (R, niño de 13 años)

“salimos a las 8 de la mañana y a las 12 estamos acá... con mi hermano se nos ha hecho de noche, nos volvemos... hasta Avellaneda, con mi papa hasta Dock Sud porque ahí tiene todos sus clientes, me regalan galletitas, son re buenitos” (C, niño de 13 años)

“estoy con mi amigo con el carro... juntamos cartón, pero para él... él tiene mi edad... no me acuerdo si salía con la bici (su mamá me relató sobre la bicicleta y los metales...) pero no me gusta salir más con él... antes con mi vecino, juntábamos cartón, botellas, fierros” (E, niño de 12 años)

Desde la perspectiva de género se reproducen los roles asignados tradicionalmente a los hombres y mujeres en la construcción de masculinidad – y la figura del proveedor- y de la femineidad y la figura del cuidado del hogar y la familia. También está presente el aspecto de espacios públicos y privados donde se desarrollan las actividades.

En cuanto a la implicancia para la salud, de acuerdo a lo referido por la informante clave del centro de salud la implicancia para la salud no está dada por diferencias de género, sino **fundamentalmente por el contexto/medio en el que desarrollan el trabajo:** *“las diferencias son propias de los riesgos del trabajo en cada ámbito, en el ámbito doméstico, accidentes domésticos (quemaduras por ejemplo) y en el público caídas del carro lesiones por lastimaduras con objetos que están en la calle por otro lado las similitudes están dadas por afecciones a la salud que no pueden ser atendidas tanto para niñas/os por falta de tiempo porque hay que seguir trabajando”* (informante clave centro de salud).

5.7 Articulación real y posible con el centro de salud

De acuerdo a los datos obtenidos al indagar sobre la articulación real y posible con el C de S, se identifican varias líneas de trabajo implementadas desde el C. de S, a través de las cuales se podría caracterizar un proceso de fortalecimiento de la vinculación entre el C de S y la comunidad a través de mayor apertura para mejorar la accesibilidad y de inclusión en dispositivos grupales de población con dificultades para la continuidad en la atención (talleres para abordaje de la temática de salud sexual y reproductiva; taller de huerta con personas que padecen sufrimiento mental; taller de crianza).

En este marco, desde los relatos de las informantes clave del C de S surge que no se ha podido aún crear un espacio de promoción y prevención de la salud con participación directa de niños y niñas.

En el mismo marco en los diferentes relatos se visualiza una historia reciente de fuertes condicionamientos para el acceso a la atención. Esto lo podemos ver en los siguientes testimonios:

*“es como que la gente no se acercaba porque siempre **venia y no había turnos...**la gente está como descreída, tenemos pediatra, muy buena atención, pero la gente le esquivaba a venir a la salita”* (informante clave de la comunidad)

*“Lo que pasa es que en los últimos años tenemos la sala en mejores condiciones de lo que la teníamos y como que la gente **en los últimos dos años se está acostumbrando de que en la sala hay respuesta, porque sino la gente se sigue yendo a Avellaneda a hacerse atender...** Entonces en realidad, y hablemos de la gente que no tiene recursos que tiene si o si que quedarse en el barrio, porque después la gente que trabaja se va*

manejando con la OS y es distinto... Es feo y doloroso escuchar a la gente que diga me voy al Hospital de Wilde o al Finochietto porque acá en esta sala no hay nada, es triste, porque lo tengo acá a 5 o 6 cuadras, no tengo que tomar colectivo, voy a cualquier hora. En ese sentido últimamente la gente, cuesta, porque bueno son muchos años de sentir que no había nada. También cambió mucho la cantidad de población de hace 30 años a ahora, se fueron haciendo asentamientos, este era un barrio” (informante clave comunidad)

Tomaré como guía para el análisis de este objetivo el concepto de accesibilidad (Stolkiner, A y otros, 2000, citado en Comes, Y. 2007:203) como “el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. Este vínculo se construye a partir de la 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’*. Considero que en el proceso de incipiente transformación sostenida (dos años de desarrollo de propuestas de atención *inclusivas*, en forma articulada internamente desde una parte importante del equipo de salud) referida en los testimonios de las informantes clave es un camino en ese sentido;

*“... otra cosa muy importante es el equipo, todos los seguimientos se hacen en equipo, la cuestión de las miradas de los demás. Con Marcela hemos hechos varios seguimientos, con Alba, porque sola no puedes. La juegoteca, con chicas, referentes, que son del barrio, la posibilidad que tuvimos de articular con Alejandra (usuaria) donde también hay niños en cuestión, **la posibilidad de articular con gente del barrio, hasta con las administrativas...**, la posibilidad de que haya varios espacios, el taller de Salud Sexual y Reproductiva, (...) y las reuniones de equipo donde cada uno trae de distintos lugares, ‘vi a la madre de tal, etc.’, eso me parece fundamental”.* (informante clave Centro de Salud)

En las condiciones y representaciones de los/as niños/as y sus familias y en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios se visualiza un camino aún por andar en el sentido de *encuentro genuino* entre los sujetos y los servicios. Entre otras manifestaciones podemos retomar las descritas en el *Capítulo sobre Presentación de las características socio-familiares de los/as niños y niñas que trabajan*, en el cual se señala sobre la escasa realización de controles de salud; los obstáculos señalados por algunas madres sobre la no disponibilidad de turnos; el escaso conocimiento de los Programas de Salud implementados en el C. de S; la referencia respecto de un 31,82 % que no se siente escuchado por ningún trabajador del C de S. Todo esto teniendo en cuenta que el 45, 45% de la población entrevistada vive a menos de 5 cuadras del C de S, el 50% se encuentra entre 5 a 15 cuadras y solo el 4,55 % a más de 30 cuadras.

- Respetto de relación Centro de Salud-Comunidad

Se rescata un fragmento de entrevista a informante clave donde se expresa la existencia de prácticas que promueven mayor acercamiento al C de S; una mirada sobre elementos subjetivos presentes en las madres y/o adultos referentes que facilitan la realización de los controles de salud; como también una perspectiva que incluye a otros actores (escuela) respecto del trabajo con quienes no llegan a la atención a la vez que se expresa una reflexión que da cuenta de una actitud autocrítica desde el propio efector de salud respecto de “no saber como hacer” para abordar esos obstáculos para el acceso.

“... satisfacciones que he tenido de gente que viene a los controles, es la gente que tiene algún recurso interno y viene... el que llega a la Unidad Sanitaria zafa, el problema son todos los que no llegan... ahí yo personalmente me muerdo la cola y no

sè como hacer, a lo mejor no tiene que ser justamente desde salud, a lo mejor tiene que ser desde la escuela o desde otro grupo que no sea ese... y si por, yo no se si es que agudizamos o estamos más perceptivos en la forma de, nos detenemos un poco más en la forma de trabajo, y tenemos muchos más casos, yo quiero creer que estos problemas siempre existieron, pero empezaron a venir y a pedir ayuda porque hay alguien que escuchaba; o llegar del otro lado “bueno, a lo mejor me pueden ayudar” se entiende lo que quiero decir? A veces de acuerdo al grupo que se conforme la gente viene a pedir ayuda, a veces de acuerdo a como vos resuelvas esas cosas, hay un boca a boca, otras personas que están pasando por la misma situación” (informante clave del centro de salud)

Se indagó sobre las expectativas de las madres respecto de potenciales aportes del centro de salud a la salud de los niños que trabajan. El conocimiento de las mismas podría contribuir a una aproximación a las articulaciones reales y posibles entre el centro de salud y la población en estudio; como así también podría ser un aporte a los trabajadores del Equipo de Salud (en la instancia de devolución de dicha investigación). En esta misma línea se indagó sobre expectativas a informantes clave de la comunidad. La pregunta sobre expectativas respecto de aportes del centro de salud se ubicó en el instrumento de encuesta dentro de las preguntas abiertas, por lo cual las siguientes respuestas se sistematizaron a partir de la opinión espontánea de las personas:

Asistencia psicológica (31,82%), actividades de recreación (13,64%), asistencia material (9,09%), acceso a realización de estudios y prácticas (4,55%), guardia pediátrica (13,64%), mayor accesibilidad a turnos para odontología (13,64%), otros (31,82%).

Es significativo que la mayor expectativa está relacionada con la asistencia psicológica, la atención odontológica y la guardia pediátrica; estas tres áreas son necesidades relevadas como problemática de gran peso en la población en estudio y de acuerdo a los relatos, representan las de menor accesibilidad. Esta última se argumenta fundamentalmente por los “accidentes, cortes, etc.”. Es posible que en estas respuestas intervenga el modelo médico hegemónico asistencial, biologista e individual, sin embargo es destacable que actividades de recreación está valorada en los mismos términos que guardia pediátrica y asistencia psicológica.

Entre las expectativas de informantes claves respecto de potenciales aportes del C de S a la salud de los niños que trabajan, de la misma manera que en las madres, se destaca:

- **la atención psicológica** “... *lo psicológico lo digo en función de la falta de afecto, porque al no saber demostrarlo es por no haberlo recibido... a estos chicos les cuesta todo, no saben dar un beso, no saben saludar, no sabés lo que les cuesta llegar a darte un beso.. a todos, es raro... ahora se me viene a la cabeza las Alcántara, pero las nenas, a Cris le llevó mucho tiempo las demostraciones de afecto...*”

- **actividades grupales con énfasis en la promoción y prevención de la salud; y calidad de atención, señalando fuertemente la necesidad de atención humanizada y de salida del C de S a la comunidad** “... *llegar con concientización, con los talleres, etc.; y sí, como deuda pendiente, una utopía? que los médicos tengan una **visión de llegar a la gente, cómo?, que no sea detrás del escritorio, te doy y me voy. Que muchas veces te diga ‘no el certificado no te lo hago porque tengo que escribir mucho’, que todos sean la Doctora Alba..., entonces sería un utopía... salir el médico a calle, ponerse en contacto; salir y abrir las puertas, y que la gente sepa que el que está ahí es un igual que te va a tratar como persona.. que sigamos teniendo eso, a su vez también a la gente le cuesta, no tiene esa posibilidad de saber que el médico también***”

tiene imposibilidades desde hacer lo que quiere; porque muchas veces nosotras hemos hablado que querías hacer determinado trabajo pero a su vez de arriba eso no se apoyaba... eso al paciente común, a la gente de todos los días, eso no llega, me entero yo porque hablo (con miembros del Equipo de Salud) pero eso no sabe la gente... que tal Doctora tenía tal sueño y los de arriba te dicen que esto no se hace porque esto va a hacer que, como me dijeron a mi la otra vez, “negra no te metas con el tema del cáncer porque estamos en un año político”, esas cosas a la gente común no le llega...”
(informante clave de la comunidad)

En este último relato se destaca también la percepción de la dimensión política que atraviesa las prácticas de salud, es decir, cómo las cuestiones relacionadas con el poder y con las condiciones de precariedad laboral atraviesan/condicionan los distintos proyectos gestados en el marco de prácticas transformadoras.

La existencia de nuevos problemas que no son nuevos en tanto problemas, sino que lo son para la atención en el Centro de Salud es lo que da cuenta de **un proceso de encuentro posible en el interjuego de las prácticas y los discursos sostenidos y coherentes entre si.**

- Posibilidad de encuentro del niño con el centro de salud:

Respecto de los dispositivos:

De los testimonios de los/as niños/as surgen comentarios, interrogantes que dejan entrever ciertas conexiones posibles con el C de S desde una perspectiva en línea con aquello que desde sus concepciones de salud podrían contribuir a “producir salud”.

Sobre un comentario hecho por la entrevistadora en el marco de la entrevista un niño con un gesto de sorpresa e interés por la actividad pregunta “**hay huerta en la salita?**”

Esta pregunta podríamos situarla dentro de la *novedad* que representa la actividad de huerta frente a las actividades internalizadas socialmente como pasibles de ser llevadas adelante desde un C de S; y como un espacio de participación más cercano a las motivaciones de un niño/a.

Respecto del vínculo con el Equipo de salud:

Hay en general escaso registro de las veces que concurren al Centro de Salud, al principio no recuerdan, y en el desarrollo de la entrevista se recuperan algunos momentos, los cuales pueden caracterizarse como:

“... no me acuerdo como se llama, un señor, me gustaría atenderme con ese señor, me cura más rápido, me dio más cosas, y después me regaló una paleta y caramelos...” (J, 11 años)

“Sí, una de corte taza... cuando me dice que me voy a recuperar... ahí salgo aliviado” (B, 13 años)

Una niña dice “No” conocer donde queda el centro de salud, el cual queda a 2 cuadras de su casa, pero en la pregunta siguiente sobre si recuerda que la hayan llevado por algún motivo responde “*Si, por el dolor de la garganta y la muela.. fui con mi mama, no tuve que esperar...*” (M.P, 9 años)

Cuando se le pregunta por como se sintió y si recuerda la persona que lo atendió dice que “no tiene preferencias”. Pero hablando empieza a percibirse que se siente mejor con una persona porque “*es buenita, te escucha el corazón, te da pastillas para que estés bien...*”

En relación al vínculo con el Equipo de salud, otro elemento que podría estar interviniendo en este vínculo, remite a que en el C. de S los /as niños/as plantean no

hablar de las experiencias de trabajo: *“me da vergüenza contarlo..” “porque no quiero que se lo cuenten a los demás”*.

Sobre esta vivencia, Krichesky (1993:59) refiriéndose al ocultamiento del trabajo infantil en la escuela, señala que “el ocultamiento del trabajo infantil se constituye en una práctica singular, que se produce de diversas maneras en las instituciones educativas y emerge a partir del silenciamiento por parte de los niños de esta actividad social”. El autor sostiene que desentrañar los motivos de este ocultamiento significaría desentrañar la especificidad de la relación trabajo infantil-escuela, y en relación a esto menciona el temor al **estigma** como uno de los motivos de ocultamiento.

En el caso del Centro de Salud resulta interesante destacar que ambas informantes clave del mismo coinciden en señalar que no incluyen en las consultas alguna pregunta sobre vivencias vinculadas al trabajo infantil. En este sentido, resulta significativa la reflexión de la informante clave de pediatría *“Yo acá tengo que hacer una mea culpa porque no lo tengo incorporado; uno no lo preguntaría en su consultorio particular, acá no puedo dejar de preguntarlo, más si ya tiene de 10 años para arriba... pero yo pienso que no lo tenemos internalizado, no está como un ítems en la HC, desde Atención Primaria!”*.

En relación a este aspecto, cabría la pregunta sobre qué cuestiones se abrirían en la atención que podrían facilitar el encuentro entre el/la niño/a y el profesional de la salud si se incluyera en la atención una pregunta sobre esta experiencia.

- Sobre las articulaciones posibles, presentes y futuras

Lo que prevalece en los relatos de informantes clave del Centro de Salud como de la Comunidad sobre las articulaciones en relación al abordaje de la situación de salud del niño/a que trabaja como de instancias de atención directamente dirigida hacia los niños/as aparece como algo **a construir**, sin embargo se identifican en el “aquí y ahora” estrategias de trabajo con los adultos (*taller de crianza en el C de S; cambios de posicionamiento en la consulta individual en pediatría, donde en lugar de poner el eje en la madre, culpabilizando, etc., priorizar y actuar desde “lo mejor para el niño”; instancias de acompañamiento individual desde la Casa del Niño*), donde el objetivo, en el caso del Taller de Crianza contiene el trabajo sobre el mejoramiento de la calidad de vida y de los vínculos con los niños, los cuales “deberían” llegar en términos de beneficios a los niños y niñas que trabajan. Se parte de un supuesto respecto de que “seguramente” las madres que participan de ese espacio tienen hijos que trabajan pero no se conoce acabadamente sobre esta situación.

*“no sé si tengo tan claro que se podría hacer específicamente con esa población.. me parece que si a nivel general, los talleres de crianza, si bien no directamente no se trabaja apuntando a los niños que trabajan se trabaja para **mejorar la calidad de vida y el vínculo con los niños**, me parece que eso es un aporte, **porque seguramente muchas de las madres que vienen al taller esos niños trabajan, y por ahí no directo, pero indirectamente se trabaja sobre el tema de los derechos, y en ese sentido indirectamente es un beneficio...**”* (informante clave C de Salud)

“uno a veces tiene que perder tiempo, porque esto te insume tiempo, escuchar, ver que es lo que puedes hacer, explicarle, hoy casualmente un pibe de 9 años, me dice que le robaron el carnet de vacunación, al nene lo atendía la Doctora “fulana”, la Doctora se fue y se llevó las Historias Clínicas, o sea en ningún lado está registrado que este

*chico tenga las vacunas, que hago yo? Yo la decisión que tomé le doy un refuerzo de la triple viral y DPT, que incluye antitetánica y se la tiene que dar cada 10 años, le hicimos un nuevo carnet de vacunación y yo firmé puse mi sello y puse “copia de HC” o sea tengo que creer en la buena fe de la madre, pero por más que tenga la vacunación incompleta, yo, una dosis más, pobre, se la ligó el chico. Pero a veces hay estas situaciones, y uno no tiene que enojarse con la madre, me parece que a veces, y más en pediatría uno tiene que correr la animosidad que puede tener con la madre o con la familia y **pensar que es lo mejor para este pibe**” (informante clave centro de salud)*

En los fragmentos de entrevista que siguen se visualiza la tarea cotidiana desde la Casa del Niño respecto del acompañamiento en situaciones de desnutrición, lo cual incluye el aporte nutricional desde el espacio del comedor de la Casa del Niño al trabajo de acompañamiento y concientización a las madres sobre esta problemática. Este trabajo requiere de la articulación con el C de S, de acuerdo a la perspectiva de la informante desde el **seguimiento integral** de los casos que se detectan y contiene en los primeros años pero luego comienza a debilitarse y fragilizarse la estrategia si no se realiza en forma conjunta.

*“**El seguimiento.** Conozco varias familias con chicos que trabajan... creo que no está bien la salud de esos chicos.. **no sé desde donde la salita podría llegar a ellos..** en cuanto al seguimiento, de controles de peso, de talla, de esas cosas.. **otra familia que conozco que también trabajan en el carro, el chiquito que trabaja, desde los 6 que lo conozco, es un desnutrido crónico.** El otro chiquito que si bien te estoy diciendo que la mamá es bastante bien, es decir todo lo que le pedías, también es un desnutrido crónico, va a ingresar a la secundaria!”* (relato informante clave de la comunidad)

“... Lo que pasa que claro, con el primer desarrollo, los chicos al crecer es como la mamá le resta importancia a lo que vos trataste desde los 3, que es un chico desnutrido, es un chico que ya queda con esta capacidad diferente.. ese es el aspecto que más me preocupa.. inclusive mamás, eso de la desnutrición, que estamos trabajando con desnutridos crónicos (...) Porque ya lo que no recuperó no lo recupera más... yo en este momento tengo chiquitos de entre 8 y 9 años y chiquitos que quedaron con ese retraso tanto sea madurativo como estatura, **en ese sentido me gustaría que la sala siguiera, que esos hombres del futuro no tengan esa carencia que van a tener toda la vida..** Otra cosa en la que hay necesidad de atención es en lo psicológico, porque vienen arrastrando sus historias, sus historias de vida que tienen de todo... desde la mínima necesidad de lo que te puedas imaginar, de lo que les pueda faltar, lo mínimo, lo elemental, el plato de comida, el golpe, el abuso.. cosas que muchas veces ni siquiera nos llegamos a enterar, que lo vemos de costado, como al pasar, la droga, está tan a mano de todo estos chicos que trabajan.. porque tienen tantas libertades de...”(relato informante clave de la comunidad)

- Del centro de salud con la escuela:

Teniendo en cuenta el papel de la escuela en la vida cotidiana de los niños y niñas en general, como de los niños y niñas que trabajan en particular, resulta necesario incluir este actor en el contexto de articulaciones.

Desde la perspectiva de la pediatra hay una visión crítica sobre la posibilidad de articulación de las acciones del centro de salud con las de la escuela para aportar en la salud de éstos y éstas. Luego se recupera un fragmento de entrevista a informante clave

de la comunidad en el cual se refleja la desarticulación entre C de S, escuela y Casa del Niño, visualizándose una propuesta de mejoramiento de esta realidad.

*“... a mi me parece que las cosas están lo que pasa es que no se practica, el chico cuando ingresa a primer grado tiene que tener las vacunas y yo no digo que el nene pierda la vacante, pero ahí desde la docente, la secretaria, o ponemos un puesto de vacunación y el que no tiene la vacuna completa el día de la inscripción se lo vacuna y se acabó, o ... porque al chico **que ingresa a la escuela teniendo la vacuna incompleta y no se corrobora, no se le exige a la madre el cumplimiento del esquema... chau, ese queda por seis años en la escuela, asiste a la escuela, repetirá o no, pero no se completa más.. Es un papel que queda archivado... se dice, está en el discurso, que tiene que traer los certificados de vacunas, y hay chicos que no tiene vacunas y extraviaron el carnet, y a veces las madres justamente como saben que es un requisito llega a tener algún quilombo y dice ‘no, si, lo perdí, me lo robaron’”**(informante clave de centro de salud)*

“... o no los pueden traer de lo mal que está la criatura, y ahí le decimos, no lo traigas hasta que no esté de alta y acordate que para volver tenés que traer el certificado médico, y van al médico allá a las cansadas cuando ya se curó, y el médico que dice “se encuentra en condiciones de asistir a la Guardería” porque cuando va al medico el nene ya está sano.. que le va a poner? Que padeció? Estuvo enfermo? Si, de que? No sé.. uno como madre que puede decir? Un resfrío... tuvo la quinta, la sexta? Como sabe? Tuvo varicela? Sarna? Y es la mayoría... inclusive desde la Escuela, porque el mismo chico que no está viniendo la guardería porque está con sarna está yendo a la escuela con sarna! Ahí es donde más nos sentimos perjudicadas porque somos las guachas que no le dejamos entrar el nene pero en la escuela me lo dejan.. yo no se como lo maneja la

escuela, yo entiendo que si nos cuesta a nosotros que tenemos nada más que 10/15 chicos por sala de repente hasta que te diste cuenta que una nena que vino todo el invierno con manga larga y de repente te dice ‘mire señor lo que tengo’, imagínate una maestra con 30 y pico de pibes, ni se entera.. pero a su vez si ya tiene el diagnóstico hecho y la mamá sabe que no puede venir a la guardería porque va a contagiar a otros chicos lo mismo es para la escuela, tanto acá como allá los va a contagiar.. si bien entiendo a quien está trabajando en la escuela, pero hasta donde? Y también desde el centro de salud, hay un chiquito con sarna, que hago? Doy aviso a la escuela? Hago el certificado, quien te lo pide? Tomá este para la guardería, este para la escuela, decirle fijate que no puede concurrir a ningún... también hay médicos que te dicen que no lo aisle, que siga estando en la guardería, por la violencia en la casa, por la falta de higiene, de comida... si bien vos le decís que venga a retirar la vianda, nos hemos encontrado con eso.. dependiendo de la indicación médica no podés hacer otra cosa, si el médico dice que no va a contagiar a otro chico, que no deje de concurrir, siempre que no use la misma toalla, que no esté en contacto directo, yo no puedo decirle que no venga.. vos te encontrás con esa pared... entonces lo estoy discriminando yo al nene pero poniendo en riesgo así a todos los demás.. entonces optamos por pedir disculpas, hablar con la mamá que entienda, si fuera otro chico que contagiaría el suyo, apelamos a ir tomando conciencia, pero ese es un trabajito.. a alguna mamá le entrará, a otra no (comentario informante clave casa del niño).

Accesibilidad. Largo camino a andar. La comunicación. “Aunque quede cerca, está lejos”.

Retomando la perspectiva de Czerniecki (2003:75) respecto de “ningún niño por el solo hecho de ser niño concurre solo al sistema de salud, siempre por su condición de infante necesita de otro que codifique que su dolor tiene que ser resuelto en el ámbito hospitalario”, para describir uno de los aspectos que forman parte de las condiciones de accesibilidad se rescata el siguiente fragmento de entrevista, el cual otorga peso al *posicionamiento* de los padres como vehículo para el acceso de los/as niños/as a la atención:

“el acceso del tema del niño tiene que ver con sus padres, con el posicionamiento de sus padres, que puedan considerar oportuno y necesario (...) No está saldado el acceso, la demanda supera ampliamente la oferta, esto está desbordado, hay mucha gente acá que no accede.. yo creo que de acá no a muchas cuadras nosotros no existimos, yo creo que ni idea que está la Unidad Sanitaria. Un poco me parece que tiene que ver con esto que hablábamos de la percepción, otra cosa es lo que tiene que ver con nosotros que la vorágine de la demanda te chupa tanto que no podemos tener otra forma de brindar cobertura a otros grupos que por ahí no tienen acceso.. uno se podría estar planteando ver que pasa con los que no llegan, lo que pasa que con los que llegan estás desbordado y no tenés tiempo para pensar en los que no llegan. (informante clave C de S).

El acceso a la vacunación es un claro indicador de salud. Resulta necesario detenernos sobre este indicador, ya que en el marco del Primer Nivel de Atención se considera indicador estratégico para evaluar la accesibilidad. En este estudio, se han descrito situaciones diversas respecto del acceso a la vacunación, lo cual deja abiertos ciertos interrogantes. Los resultados obtenidos de las encuestas a madres nos encontramos que el 45,45% refiere que el participante en el estudio tiene el calendario de vacunación

completo, sin embargo los informantes del centro de salud advierten sobre el bajo índice de vacunación en la población en general y sobre esta situación señalan - además de la escasa coordinación inter-institucional en este sentido- , un aspecto relacionado con el ejercicio de “derechos” que podría estar condicionando el acceso:

“(...) insistir que traigan la libreta sanitaria, y también que empiecen a ejercer sus derechos, tienen los chicos, están las vacunas, no se necesita orden del médico para vacunar, en realidad tendría que concurrir al centro de salud por la vacuna y ser vacunados, pero también si van a un control de salud que el médico o el profesional anote, y le diga la madre lo que pesa y lo que mide” (comentario informante clave del centro de salud)

El fragmento que sigue refleja una de las situaciones sobre el acceso a la vacunación por lo cual se plantea que deja abierto interrogantes respecto a los condicionantes que intervienen en las diferentes realidades que aparecen en los relatos de los informantes clave del C. de S, de la comunidad y de las madres de los/as niños/as.

“... en mi casa cada vez que se vienen a vacunar se terminan las vacunas y me queda gente pendiente...” (informante clave de la comunidad)

“las vacunas en los operativos, no los voy a llevar por una vacuna” (comentario de una madre)

De lo dicho, podría inferirse que junto a otros factores intervinientes, uno de ellos podría ser la falta de vacunas en algunos períodos en los Centros de Salud; debido a lo cual son las organizaciones intermedias (Casa del Niño, Manzaneras) las que solicitan las vacunas al Municipio y en función de esto se generan otros espacios de vacunación en la comunidad con otro nivel de acceso.

De acuerdo a los relatos presentados a lo largo del análisis sobre la **articulación real y posible entre el Centro de Salud y el acceso a la atención de los niños y niñas que trabajan como de sus familias** se puede visualizar que **la comunicación** resulta ser un componente central en el proceso salud-enfermedad-atención. En los dos fragmentos de entrevista que siguen se destaca el tiempo destinado a *la comunicación* entre el profesional de la salud y los usuarios del servicio de salud como una potencia para la accesibilidad en tanto construcción de vínculo. “... *generalmente, a mi me parece que el secreto está ahí, todo lo que se les explica, ser claros con los padres, ponerlo en palabras y explicarles el por qué de ciertas actitudes. Yo en algunas cosas soy muy, no rígida, pero a lo mejor estricta, yo por ej uso la leche del plan materno infantil como estímulo positivo, entonces les digo ‘yo la leche te la doy si venís al control de salud, si no venías al control de salud, si venís por la consulta cuando el nene está enfermo no te la doy’ y obviamente esa es una norma que a veces yo mismo la transgredo pero cuando sé que la madre que viene es una madre que tiene el carnet de vacunación al día.. es un mimo, o un refuerzo positivo para que al menos estos primeros años de vida hacer una buena base, buenos cimientos en cuanto a la salud del pibe.*” (informante clave pediatra)

“*Te voy a dar una cosa muy acotada de pediatría y lo que pasa con los aerosoles y las patologías respiratorias. Si la madre viene enseguida y vos le das el aerosol y la cámara, que de hecho el recurso está y se le da, y le enseñás a esa mamá ‘mira tenés que hacerle el puff y fijate como respira, hacéselo en tu casa y si ves que no mejora o tenés que ir a un lugar con guardia pediátrica, no pierdas tiempo, vení a la salita o hacé la consulta precoz’, se han evitado un montón de internaciones, y eso porque vos adiestras, y circulás la información con la madre*”(informante clave pediatra)

En el mismo sentido, el fragmento que se rescata a continuación da cuenta de la importancia de este componente para mejorar la accesibilidad: “*Muchas veces ha salido en las charlas que tuvimos con la gente del Plan AHÍ que viene y te dicen, se quejan, ‘nooo, porque están atendiendo nada más que 10 turnos por día’, entonces la administrativa de la sala, Romina en este caso, te puede decir, saca la hojita, y dice ‘no, hoy atendimos por fiebre tanto, con turnos tanto, sin turnos tanto’, ese conocimiento yo me lo llevo y quién más se entera? Nadie más... entonces el vecino que ayer vino y me dijo que fue a la sala y no encontró a nadie, y que es una sala de m...., nunca hay nadie, si justo no me lo comenta a mi y se lo comenta a Pato que no le da bolilla, se queda con esa bronca y ya está....*” (informante clave de la comunidad)

Por último, no podemos dejar de considerar la accesibilidad geográfica, descrita ya en numerosos estudios. Se describen las estrategias que llevan adelante las familias para acceder a la atención cuando recurren a un Segundo o Tercer Nivel de atención, las cuales recurren a Hospitales de otros Municipios en función de resultar más accesible, en términos económicos y geográficos.

“*Van al Hospital de Wilde, y como un ‘lujo’ el Hospital Finochietto. El Hospital de Quilmes como el de Solano (del mismo distrito) queda muy a trasmano. En general van cuando están de última, cuando ven que no se van a curar solos, porque tienen que ir y volver por la placa, y volver y sacar otro turno para análisis, y eso es muy complicado cuando tienen que ir tan temprano y muchas veces dejar los chicos solos. (...)*Para el Hospital Evita de Lanús se toman dos colectivos y caminan. He visto gente que se toma el colectivo y se baja antes y llegan caminando 10 cuadras

*aproximadamente al Hospital Finochietto. (...) Muchos van en carro, pero les da vergüenza ir en carro y a la mamá también. Otra forma en la que recurren a la atención también es caminando, porque no tienen la moneda para el colectivo, a veces le damos nosotros las monedas. La gente que trabaja con el carro tiene un circuito fijo porque de alguna manera tienen sus 'clientes', pero a veces no saben como llegar a otra Unidad Sanitaria o al Hospital, no saben donde queda. **Lo que para nosotros es re cerca, para ellos es muy lejos, no conocen.**" (informante clave de la comunidad)*

En función de dimensionar esta última expresión, se recupera un fragmento de entrevista a informante clave del Centro de salud, quien señala **“para la gente es un abismo llegar al equipo de Restitución de Derechos”**.

Teniendo en cuenta a Comes, Y; quien advierte que “los Servicios de salud también son productores de subjetividad ya que sus acciones e *inacciones* producen efectos subjetivantes en la población y ofrecen indicios para construir ideas o creencias sobre ellos mismos” (Comes, 2003:6), es importante visualizar que las percepciones referidas describen una realidad que expresa que para mejorar la accesibilidad existe un largo camino a andar.

6. Conclusiones

Esta investigación se ha centrado en rescatar las percepciones y significaciones sobre estar sano y enfermo y conocer las condiciones de salud de los niños y niñas que trabajan.

Se han rescatado sus opiniones y valoraciones desde una concepción del niño/a como sujeto, por lo cual, estos y estas son portavoces de conceptos culturales y socialmente contruidos y a la vez productores de los mismos.

En todo este recorrido se ha tenido en cuenta que “la percepción de la enfermedad se configura sobre la base de un sistema de representaciones y comportamientos de la población acerca de la salud y la enfermedad, que está estrechamente vinculado con la ubicación socioeconómica de los individuos” (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, 1990, p.73). Esta investigación arroja resultados que muestran que además de la pertenencia a una clase social, hay otros factores a tener en cuenta como el contexto familiar, la adhesión y la práctica de una religión y las redes comunitarias.

En las respuestas de los niños y niñas que realizan trabajo callejero como trabajo doméstico, en todas las franjas etáreas, predomina una *fuerte representación de salud que incluye una visión totalizante, no reduccionista a lo biológico ni a la ausencia de la enfermedad*. Una visión que incluye también el colectivo de prójimos más próximos, un

Nosotros. Liliana Guido³⁹ (1997) refiriéndose a los momentos fundantes de la construcción de la subjetividad plantea la posibilidad de Ser *con* el otro. Concibe lo colectivo como sostén, contención de lo individual, ámbito esencial para la reconstrucción de la identidad en una nueva perspectiva.

El proceso salud-enfermedad-atención se caracteriza por una atención que incluye a otros, más allá de la asistencia sanitaria. Incluye la asistencia sanitaria y/o la intervención del Centro de Salud, pero no adquiere mayor relevancia que la contención de la madre en situaciones de dolor físico extremo, que la recurrencia a la fe y a creencias religiosas, que la presencia de un vecino/a que acompañe en determinadas circunstancias. La medicación alopática forma parte de las estrategias de resolución de situaciones de enfermedad, pero no siempre relacionadas con la atención médica; gran parte de los niños y niñas son medicados por sus padres, fundamentalmente ante cuadros agudos, pero referido a padecimientos crónicos, es decir, a padecimientos con los cuales se convive por largo tiempo.

“Está comprobado que el deterioro de las redes vinculares potencializa las patologías a la vez que disminuye las posibilidades de recuperar la salud (...), así como su contrapartida: la riqueza de las interacciones constituye un ‘*factor protector*’” (Giorgi, 1997:17). En el momento en el que se realiza el estudio, las redes vinculares (familiares, institucionales, comunitarias) se encuentran atravesadas por los procesos de descolectivización y ruptura del tejido social que tiene sus raíces en la Dictadura de 1976, que se profundiza con las políticas neoliberales implementadas en la década del 90 y con el desencadenamiento de la crisis económica, social y política de fines de

³⁹ La autora señala que “no hay realización humana fuera de los vínculos, a través de experiencias que adquieran sentido según un orden cultural que otorga significados. Estos preceden a nuestro nacimiento y hacen a nuestra inscripción en una cultura, en un transcurso, que seguiremos a través de tres metáforas: a-Ser a través del otro, b-ser sin el otro, c-ser con el otro.” Se tomará la tercera metáfora para significar el Nosotros para los/as niños y niñas que participaron del estudio.

2001. Respecto al proceso de empobrecimiento en nuestro país, Stolkiner señala que “pese a que se había iniciado con anterioridad, su fase más aguda redundó en una mayor visibilidad del problema y en la publicitación de la *falta de acceso a la alimentación* como indicador más dramático” (Stolkiner, A., 2010:4). No obstante estos atravesamientos de más de tres décadas, se visualiza una dinámica comunitaria que, - aún en el contexto de pobreza estructural en el que se encuentran las familias que constituyeron la muestra -, está en proceso de recuperación de su trama solidaria y de participación activa frente a los problemas colectivos, de la cual parte del Equipo de Salud del Centro de Salud de dicha comunidad es protagonista. Esta situación ineludiblemente favorece el potencial “factor protector” que existe en dicha comunidad, en la medida que la participación activa frente a los problemas colectivos se fortalezca. El siguiente fragmento destaca la perspectiva de una referente comunitaria, Directora de una Casa del Niño, que vive en la comunidad y porta una trayectoria de veinte años en el trabajo con niños/as, que configura una de las posibles respuestas frente a lo planteado: “*muchas veces la gente dice ‘gastas pólvora en chimango, que vas a hacer por estos, si el padre...’, pero muchas veces el chico no quiere seguir en lo mismo que el padre; me ha pasado no con chicos que trabajan pero casos que los padres son alcohólicos, que te digan “no, yo no quiero ser lo mismo que mi viejo o que mi vieja que se junta con todos los vagos, con los borrachos” y vos los ves a lo largo del tiempo y no repitieron la historia.. esa mano que vos le das, que no es en lo material, el chico no repite la historia, es ese poquito de demostrarle otra cosa”* (informante clave comunidad)

Las significaciones de los niños y niñas sobre salud y enfermedad se inscriben en este contexto, donde pareciera que, a pesar de las privaciones cotidianas, las múltiples estrategias que deben desplegar para subsistir y la violación a sus derechos (al trabajo

digno para sus padres, a la salud, a la vivienda, a la educación, al alimento, a la recreación, etc.) estos niños y niñas sostienen para si mismos y para los demás concepciones y significaciones de la salud que contienen desde hábitos saludables diversos (no fumar, poder jugar) hasta aspectos relacionados con la afectividad (ser cuidados, bienestar en el grupo de pertenencia). Ellos/as expresan que una persona está sana cuando/porque: *“porque la mamá la curó”; “porque sonrío”; “porque está contenta”; “cuando no tiene problemas”, “cuando no fuma”; “que puede seguir más adelante” “cuando está bien cuidado por los padres, por la mamá”; “cuando está feliz, cuando está con ganas de hacer cosas, tiene ganas de estar con alguien, cuando pueden jugar” “hacer gimnasia o algo físico” “cuando tiene fuerza”; “cuando uno está contento, está alegre, está en familia y se ríe, salud para mi es estar bien con la familia.”; “cuando tiene cara de contenta”; “porque juega, hace la tarea; porque va con su hermano a jugar a la plaza”.*

En la línea de describir las prácticas relacionadas con la salud como las diferentes resoluciones con relación a la enfermedad, se visualiza en los niños y niñas en general escasas prácticas que contribuyan a producir salud (escasas posibilidades de realizar deportes en forma sistemática, inaccesibilidad a alimentación rica en nutrientes, baja concurrencia a controles de salud, etc.) y se destaca de manera significativa la diversidad de estrategias relacionadas con la atención de la enfermedad.

El no acceso a la alimentación adecuada, es una realidad común a todos/as los/as niños/as entrevistados. En relación a este indicador de salud, existen situaciones narradas que dan cuenta de estrategias como por ejemplo, priorizar la comida a la noche para “poder dormir lleno”, o privilegiar a los más pequeños en el caso de que no alcance la comida. En muy pocos casos se refiere consumir frutas, y esto lo relatan como un

alimento de difícil acceso. En todos los casos los carbohidratos es el plato principal (fideos, pan), por lo cual básicamente es aporte calórico. Las proteínas, la carne por ejemplo, se mencionan como una posibilidad a la que acceden cuando el papá “cobra el sueldo”.

No obstante lo dicho, cabe realizar una consideración respecto *al juego*. A pesar de las observaciones de los informantes clave “veo que los nenes, estas nenas que trabajan, no tuvieron infancia... no saben lo que es jugar, son nenes que vos les decís, que se yo, divertirse, saltar, correr, no, nos los hemos visto jugar... hay chicos que los tuvimos ... y la frustración de ellos ‘que no puedo, yo no sé, yo no sirvo’ ”, como de las madres, sintetizado en la expresión de una de ellas cuando dice “ *a veces no la dejo jugar..*”, y de una niña que manifiesta “*no tengo tiempo libre, yo no salgo a la calle*”; se observa que el juego, con la durísima condición de “cuando se puede”, ocupa un lugar de significación importante en los/as niños y niñas, y se produce fundamentalmente en el encuentro con otros, es decir, en el grupo. *La posibilidad de “tiempo de juego” diferenciada de “tiempo de trabajo” considero que constituye una práctica de salud.*

En el trabajo desarrollado se pudo visualizar que los/as niños y niñas vivencian *el juego como una situación distinta a trabajar*, es decir, perciben la diferencia entre el juego como momento de disfrute y encuentran esa posibilidad, en gran parte de los casos analizados, en los momentos que el trabajo se los permite. Esa posibilidad está relacionada con el espacio físico placita-calle, es decir, con el espacio y el aire libre y con el juego compartido.

Esta observación posibilita enmarcar ciertas dificultades para el encuentro desde el juego que se visualizaron en la experiencia de taller, considerando que el espacio

cerrado no se corresponde con lo habitual en estos/as niños y niñas en función del espacio sumamente reducido de sus viviendas, donde no existe “un patio”, y por tal la relación con la calle, además de ser el espacio donde se trabaja, forma parte de sus territorios de juego. En palabras de Czerniecki, S; (2003) “la calle es sinónimo de movimiento y dinámica colectiva, además de ser un espacio de interacción abierta y lugar de visibilidad social”.

Con relación a las estrategias de resolución relevadas en los/as niños/as, éstas se presentan heterogéneas. Se incluye la asistencia sanitaria y/o la intervención del Centro de Salud fundamentalmente cuando “*el dolor no para más*”, pero no adquiere mayor relevancia que la contención de la madre en situaciones de dolor físico extremo, que la recurrencia a la fe y a creencias religiosas, que la presencia de un vecino/a que acompañe en determinadas circunstancias, o en otras circunstancias “esperar a que pase solo”, que la medicación alopática auto suministrada (por un adulto). Esta caracterización permite considerar la impronta de la autoatención en las familias de los niños y niñas participantes en el estudio.

Cabe retomar un fragmento de la informante clave pediatra del Centro de Salud sobre la dificultad del equipo de salud para reconocer estas prácticas mencionadas. Y sobre esta dificultad, respecto de la cual refiere estar atravesada por cuestiones de poder, desde su perspectiva plantea la importancia de “*escuchar los saberes de las madres o las prácticas que tienen las familias porque siempre las prácticas tiene algún motivo, tiene una fundamentación o un origen, un por qué*” (informante clave C de S)

Esto está en consonancia con lo señalado por Pagnamento y Weingast (2007) sobre que las acciones desplegadas ante los padecimientos y las formas de atenderlos implican razones, posicionamientos valorativos, experiencias previas, saberes acumulados y

opciones concretas, que se sopesan para decidir los cursos de acción posibles. Estas acciones no siempre coinciden con las esperadas por los responsables del funcionamiento de las instituciones y los diagramadores de políticas de salud.

Desde lo dicho se considera la importancia de conocer estas estrategias como facilitadoras para la accesibilidad desde la perspectiva de *encuentro*.

En estos procesos, vincular prácticas, percepciones y creencias con la historia de atención de los adultos cuando fueron niños es parte de la lectura necesaria, así lo expresa una informante: *“si los niños son criados por padres que a su vez también sufrieron esa pobreza estructural y nunca fue vacunado o llevado a control de salud, es difícil que lo haga con su hijo.”* (informante clave pediatra)

Es posible que las condiciones que caracterizaron la crianza de los padres (el 68,18% de las madres y el 40,91% de los padres tienen primaria incompleta, y un 9,09% de las madres es analfabeta) agudizadas por lo que implica la reproducción generacional de la pobreza, sean las que caracterizan los condicionamientos de los niños para sobreadaptar sus cuerpos a condiciones adversas, y constituyan parte del escenario para la existencia en la mayoría de los/as entrevistados/as de una significativa **auto percepción de malestar** que convive con un **alto umbral de tolerancia al dolor**. **Esta relación, siguiendo la perspectiva de Menéndez, E, debe ser trascendida, no quedar en el nivel de la evidencia, atrapado en el dominio microsocioal, sino situarla en un “modelo global que determina tales percepciones, las que deben ser relacionadas con el juego de procesos socioeconómicos, políticos y culturales que las constituyen.”** (Menéndez, 1997; en Eguía y Ortale, 2007:17)

Otro aspecto destacable en relación a lo que se viene planteando, es que en la mayoría de los/as niño/as entrevistados *la percepción del padecimiento es marcadamente diferente a estar enfermo/a.*

Las articulaciones existentes entre las concepciones de salud y enfermedad operantes en las prácticas de los sujetos y los aspectos vivenciales y subjetivos asociados a la condición de trabajador tienen gran similitud con las características descritas con frecuencia en adultos, es decir, rige para sus vidas un criterio similar, con algunas salvedades en situaciones de gravedad, a la “*salud elástica*”(Escudero, JC, comentario verbal) en la que suele convertirse la salud en el mundo laboral de los adultos, con mayor agudeza en los sectores pobres. En el listado de problemas de salud más frecuentes del participante en el estudio se mencionan en todos los casos varios problemas de salud, sin embargo en la pregunta “*que edad tienen los hijos con los que más asiste*”?, en esa respuesta no existe, en la mayoría de los casos correspondencia con la edad del niño/a participante del estudio, por lo cual se deduce que la salud se “*estira*” en la medida de que se pueda seguir “*de pié*”. Pese a esto, se relata por parte de las madres que han llevado a sus hijos cuando necesitaron atención, aunque no es posible precisar respecto de *cuándo se considera “necesaria” la atención*, a pesar de haberse indagado sobre percepciones y prácticas (que hacen cuando empiezan a sentirse mal, si esperan para consultar, cuanto tiempo esperan para consultar, etc.). Es destacable que al cruzar estos datos con las entrevistas a los niños existen otros problemas postergados; y en las madres es común la respuesta sobre **haber postergado la atención de su hijo/a por la situación de trabajo**. La consulta odontológica no se consigna dentro de

principales consultas, sin embargo se refiere como uno de los principales problemas de salud.⁴⁰

En cuanto al derecho a la salud y a la educación. Me he referido al derecho a la salud y la educación en forma conjunta porque entiendo que en las vivencias de los niños y niñas que trabajan la *situación de vulneración* de estos derechos se expresa nítidamente. En este estudio se exponen situaciones de *derechos vulnerados* y de **niños vulnerables**, teniendo en cuenta sus vivencias de niños trabajadores. Son niños y niñas que estando en edad escolar, no concurren a la escuela; que los que concurren presentan una no correspondencia entre el grado y la edad de los niños, junto con una situación de alta permanencia en un mismo grado.

En este marco, cabe destacar que existen desafíos importantes en las expresiones de los niños y niñas como en las madres y en los informantes clave porque en sus vidas estos derechos sean respetados. Estos desafíos se encuentran en los niños cuando dicen “voy a “terminar la escuela” mientras relatan haber tenido que dejarla para trabajar, en las informantes que comentan como un niño le pide que lo anote en la escuela y la misma asume ese rol, ocupándose de esta situación que tal vez la familia no pueda ponderar dentro de su cotidianidad, o una madre relatando que se ha acercado a la escuela para plantear que su hijo no puede ir a la escuela porque trabaja. Ubicar estos derechos en “primer plano” no implica fragmentar la mirada o restarle valor al resto de los derechos vulnerados, sino que se rescatan desde lo que los resultados de esta investigación arrojan a la luz de los objetivos que la orientaron y fundamentalmente por considerar que en la efectivización de los mismos estarían contenidos tantos otros como el derecho

⁴⁰ En la toma de entrevista con niños y niñas se presentaban situaciones donde ellos/as al describir sus padecimientos lo hacían de modo directo mostrando, por Ej., la falta de piezas dentarias o las severas infecciones dentarias. Estas imágenes generaron, desde la implicancia del investigador, gran preocupación por el daño evitable que se refleja en la falta de salud bucal de los niños y niñas con las consecuencias presentes y futuras que este daño implica (digestivas, metabólicas, etc.)

a una niñez vinculada al juego, al desarrollo de la creatividad, a no padecer enfermedades evitables, a contar con una atención integral de la salud.

Esta perspectiva resulta de todo el proceso de investigación y desde un interrogante-disparador expresado por una informante clave refiriéndose a las dificultades que se presentaban en una estrategia para arribar a un diagnóstico de salud de un niño que trabaja, y en ese marco, desde una perspectiva de análisis auto-crítico sobre sus prácticas y sobre la complejidad que se materializa en estas situaciones plantea: “*que está primero?*”. Con esta pregunta expone lo que a mi entender en la realidad de muchos de los trabajadores de los servicios de salud y de otros servicios que abordan la problemática de la niñez en contextos de pobreza, se expresa como un atravesamiento concreto y opera como limitación hasta que puedan destrabarse algunos obstáculos para el trabajo en red.

En este sentido, considerando el potencial existente en los intentos para transformar la realidad, podemos visualizar el *juego dialéctico de la salud*, tal como lo concibió Floreal Ferrara (1966).

Considero importante rescatar la historia de los niños y niñas entrevistadas con relación al sistema educativo, adhiriendo a la visión de Novacovsky, (2001:11) quien señala que “*el acceso al jardín de infantes tiene un efecto benéfico a lo largo de la historia educativa del niño...*”. Es alta (63,64%) la asistencia de los niños y niñas al Jardín de Infantes, pero la inserción al mismo presenta una media de edad de 4 años, y ha sido un proceso que no ha podido darse de manera continua. Entre los niños que concurren a la escuela al momento del estudio, se destaca la sobre-edad respecto al grado que se encuentran cursando.

En términos de procesos de construcción de subjetividad, teniendo en cuenta las prácticas y estrategias de los niños y niñas, se podría pensar que para la salud existen otras referencias de atención (la mamá, la religiosidad, los vecinos, etc.), mientras que para la educación, si no se cuenta con la escuela se deja de contar con muchas cosas; como dice una canción **“la escuela puede ser un lugar donde todo lo puedo encontrar, si me dejan buscar... donde imaginar el porvenir...”**⁴¹

En la cita que sigue se sintetiza parte de lo que se viene intentando dar cuenta en el análisis que precede, recuperando la categoría Infancia, la cual ha sido descripta, “narrada” desde las voces de los/as niños y niñas dando cuenta de la Otra Infancia, que designa sujetos relacionados con la carencia de familia, hogar, recursos o desamparo.

“... la infancia, se conformaba entonces como un período de latencia, de espera y formación para la vida adulta. Era el espacio de la vida en dónde se sentaban las bases para la modulación de la clase que vive del trabajo a través del mecanismo disciplinario propio de esa etapa de la vida; la escuela.” (Grima, JM; Illanes, G; Galarza, R; 2008:61; en Luciani Conde y Barcalá: 2008)

Conocer las vivencias de los niños y niñas que trabajan ha implicado establecer lazos con los procesos de construcción histórica, social y cultural del concepto Infancia.

Las Condiciones de salud de los niños y niñas que trabajan están fuertemente determinadas por sus condiciones de NBI (Necesidades básicas insatisfechas). No se encontró en los niños y niñas que formaron parte de la muestra condiciones de salud que presenten determinantes de salud de carácter predominantemente orgánico, excepto en tres niños donde dos de ellos presentan diagnóstico de epilepsia y una de las niñas una

⁴¹ Canción de Hugo Midón y Carlos Gianni, “La escuela puede ser”, del disco “Derechos Torcidos”.

cardiopatía. Los resultados sobre los problemas de salud más frecuentes en los/as niños/as participantes del estudio *se asocian a precarísimas condiciones habitacionales, inaccesibilidad a servicios básicos de saneamiento y a alimentación adecuada.*

Se rescata un comentario de una madre respecto del combustible que utilizaban para calefaccionarse, lo cual da cuenta de las condiciones de vida de los niños y niñas que trabajan y de sus familias y el impacto de las mismas en la salud. La misma comenta **“antes con carbón, hasta que se quemó el más chiquito”.**

Cabe hacer mención a dos aspectos que amplían la descripción sobre las condiciones de salud de los niños y niñas que trabajan, estos son **la violencia** expresada de distintos modos y **la convivencia con el consumo de drogas ilícitas** en un marco de internalización de esa realidad en sus vidas cotidianas pero a la vez visualizada por la mayoría de los niños/as como un hecho que produce daños en la salud.

En relación a la violencia esta se expresa en vivencias de niños que conviven con hechos de muerte (suicidios, asesinatos de hermanos, tíos); con padres/tíos/hermanos presos; con situaciones de abuso sexual y violencia contra la mujer y los niños/as. Una madre verbaliza: **“Yo le pegaba mucho a E, ella que me ayuda... yo me desquitaba con ella”**

Respecto del consumo de drogas ilícitas, son “habladas” por los niños y niñas entrevistados/as, desde diferentes dimensiones de análisis posibles. Se destacan entre la heterogeneidad de miradas, en principio la presencia de las drogas en sus vidas cotidianas, principalmente *paco* y *marihuana*, aunque también se relatan situaciones de *inhalación de pegamentos*. Se relata el consumo habitual en hermanos, tíos, y pares del barrio; los cuales refieren ver, conocer, etc.

La percepción del consumo de drogas como daño para la salud toma mayor significación si lo cruzamos con algunas representaciones de los niños y niñas sobre

estar sano o enfermo, donde respuestas como “*porque no se droga, no fuma*” “*cuando está bien cuidado por los padres, por la mamá... se preocupan mucho por el, por el hijo... cuando no tiene problemas con la droga*”, se asocian claramente a la percepción sobre salud que tienen los/as niños/as. Antes de abordar específicamente el tema, ellos/as mismos/as lo han puesto en sus relatos.

Frente a estas condiciones de vida, desde el Primer Nivel de Atención de la Salud, el desafío expresado en las fuentes consultadas tanto del Centro de Salud como de la Comunidad respecto de la importancia de poder efectivizar los controles de salud y otras acciones de prevención se ubica dentro de la “articulación real y posible con el Centro de Salud”, y representan la bisagra para evitar la reproducción de las inequidades en salud. Todo esto, en la medida de que se logre mejorar y fortalecer el trabajo intersectorial.

En relación a la **tensión visibilidad-invisibilidad** sobre la cual se ha puesto énfasis en el planteo del problema se rescata un fragmento de entrevista que ilustra la persistencia de esta situación y algunos de los factores que están en juego en esta tensión. La *naturalización* de esta situación *persiste* en un contexto de vigencia de Programas desde el ámbito del Estado que apuntan a la Restitución de derechos de Niños, Niñas y Adolescentes; a la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil y Programas específicos de salud; y de prácticas profesionales de contundente compromiso con hacer efectivo el derecho a la salud. “... *estamos **naturalizando** algo que no corresponde porque el chico tendría que estar estudiando o jugando, ya cuando sea adulto tiene que hacer cosas de adulto; es como se están salteando etapas, no se están atravesando*

bien; encima mal, porque no bien, mal, no por desarrollo o evolutivo” (informante clave de centro de salud, pediatra)

Teniendo en cuenta que para la mayoría de los/as participantes del estudio el Centro de Salud está muy accesible geográficamente y refieren concurrir al mismo desde hace más de 5 años, surgen elementos que señalan que las dificultades para la atención están altamente relacionadas con la *accesibilidad simbólica*; esto también se destaca en virtud de lo referido por las informantes respecto de la gente que no conoce la existencia del centro de salud viviendo probablemente a muy pocas cuadras.

En párrafos anteriores se mencionó el trabajo intersectorial, el cual en el marco del Paradigma referido el Centro de Salud se constituye en un efector más de una red de atención. Dicho objetivo, - más allá de que el Sistema de Salud porta una historia de larga data referida a la fragmentación interna -, no se produce en las prácticas cotidianas. Esto lo expresa el testimonio de una informante del centro de salud: *“en algunas situaciones con niños hay que tomar decisiones pero con toda esta cuestión de la nueva ley que está bárbara, pero que muchas veces hay como un gris, si bien lo otro era un negro... me he encontrado con temas de abuso, adolescente en que la abusada embarazada por ese abusador seguía viviendo con el abusador sabiendo todo el mundo que habían intervenido los organismos que cuidan la cuestión de la infancia y esto seguía igual...”* (informante clave del c. de salud)

Moreyra (2008) señala que uno de los “problemas sociopolíticos” que debe enfrentar el Paradigma de Promoción y Protección de Derechos de la Niñez y Adolescencia desde la perspectiva de integralidad promovida por la ley 26.061 es el de la *pobreza de los niños*. En la descripción de las condiciones de vida de los/as niños y niñas y sus familias se constata esta situación. Junto con la pobreza de su población infantil, otro de los

problemas sociopolíticos de los que menciona la autora está expresado en las precariedades y deficiencias con las cuales se pone en práctica la atención desde el nuevo Paradigma: *“con el equipo de restitución de derechos ahora estamos más o menos empezando a trabajar, pero tiene sus limitaciones, el otro día me decían que cada equipo tiene 180 casos, son dos personas las que conforman el equipo”* (informante clave del c. de salud)

En este estudio, si bien se trata de un estudio de caso y sus resultados no son generalizables para el Universo del estudio, la relación entre el trabajo infantil y las condiciones de salud constituyen el proceso salud enfermedad atención; *por trabajar los niños y niñas reciben menos cuidados del sistema formal de atención de la salud (en varios relatos los niños comentan que se cortan, se vendan y siguen trabajando), tienen menos posibilidades de acceso a promoción de la salud y cuando la enfermedad se hace presente a raíz del trabajo la consulta tampoco se efectiviza o se realiza tardíamente.*

Una reflexión necesaria en pos de aproximar un cierre de este proceso, surge en la línea de la relación que establece uno de los niños entrevistados entre su concepción de salud y su comentario *“que puede seguir más adelante” (J, 11 años)*. Esta significación, da cuenta de una realidad concreta en la cotidianeidad de los/as niños y niñas entrevistados/as y es la que tiene que ver con la *capacidad para sobreponerse*. En este sentido, retomando lo que Llobet (2003) define como *procesos resilientes*, se visualiza un potencial en el proceso de encuentro entre el personal sanitario del centro de salud, los referentes comunitarios comprometidos con la contención y acompañamiento a los/as niños/as para construir proyectos de vida y los/as niños y niñas, donde es posible

una intersubjetividad que efectivamente condicionará las posibilidades para que cada sujeto escriba su historia.

Por último, retomo una reflexión de B.Sarlo (2006), porque considero que expresa en la metáfora de “*la deuda*” las severas consecuencias que ésta representa en la vida presente y futura de quienes tienen negados y/o vulnerados sus derechos humanos esenciales. En función de la población que formó parte de este estudio, pienso, en particular, en quienes viven situaciones de vulneración de sus derechos en sus primeros años de existencia.

“(…) la Argentina vive, entonces, como acreedora de sí misma porque millones de personas no pueden ejercer los derechos de los que son titulares. La deuda es la forma actual de la realización incompleta de la vida en sociedad. A diferencia de las deudas comunes y corrientes, esta deuda puede no ser percibida como tal incluso por quienes tienen más necesidad de que se la reconozca. La deuda asume, además, una dimensión histórica irreparable porque deja marcas que no se borrarán con el cumplimiento futuro de las obligaciones. Aún cuando se la pague, las heridas de la deuda no cierran del todo. (...) Incluso en una situación más benigna, el perjuicio subsistirá para quienes no pudieron acceder a los bienes materiales y simbólicos que necesitaban de modo perentorio (...)” (Sarlo, 2006: 16)

Al finalizar el trabajo de campo se planteó en el contexto nacional una Política Social de vasto alcance para los niños y niñas que viven en situación de pobreza y /o vulnerabilidad social. Desde la Presidencia de la Nación Argentina y el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, se creó la Asignación Universal por Hijo, derecho al cual podrán acceder una significativa cantidad de niños y niñas. Dicha medida

contempla junto con el pago de \$180 por hijo hasta 5 hijos por familia; y \$700 por hijo con discapacidad, la asistencia a la escuela y a controles de salud. Por tal, deja abierto un gran interrogante respecto a cuál será el impacto que esta política pública tendrá sobre la salud de los niños y las niñas.

Cabe rescatar un informe⁴², respecto del potencial impacto de la ampliación del régimen de asignaciones familiares sobre las condiciones de vida de la población, a partir de la implementación del Decreto 1602/09⁴³, ya que **implica la inclusión en el mencionado régimen de cerca de 5 millones de niños**. Este informe (Observatorio Social, Serie Informes de Coyuntura, 2009) destaca que “el 39,3% de los menores alcanzados habita en el 10% de los hogares más pobres de nuestro país, en tanto que el 30% de los hogares más desfavorecidos concentran el 74,7% de los beneficiarios. De esta forma, la ampliación del régimen de asignaciones familiares supone una transferencia directa de ingresos a los sectores menos favorecidos, posibilitando una mejora, aunque parcial, en la estructura distributiva.

Si bien la ampliación del régimen, (...) afecta centralmente a los hogares de menores ingresos, su impacto en términos de reducción de los niveles de pobreza no es muy significativo. Mientras que en la actualidad, con las salvedades mencionadas, el 25,2% de la población habita en hogares pobres, dicha proporción se reduciría sólo hasta un 21,3% como consecuencia de la ampliación del régimen de asignaciones familiares. Es decir, la incidencia de la pobreza en la población se reduciría en un 15,5% como consecuencia de esta medida. *En cambio, el impacto es mucho más significativo al evaluar la reducción que experimentaría la indigencia, la cual bajaría desde un 7,6%*

⁴² Informe 11, *el impacto en la ampliación del régimen de asignaciones familiares*, en <http://www.observatoriosocial.com.ar/Diciembre 2009, pdf>. Acceso: 6/3/2010.

⁴³ Tienen derecho a esta asignación los desempleados, los trabajadores no registrados que ganen menos del salario mínimo vital y móvil, el personal de servicio doméstico, los monotributistas sociales. No hay cupo que limite la cantidad de personas que puedan cobrar esta asignación. www.anses.gob.ar/AAFF_HIJO2/. Acceso: 10/11/09

de la población hasta un 3,2% tras la ampliación del régimen. Es decir, la incidencia de la indigencia en la población se contraería en un 57,2% como consecuencia de esta medida.”

A partir de esta nueva coyuntura, de la mano de un modelo de Estado que demuestra en algunas áreas una tendencia a adoptar un papel intervencionista (Educación, Previsión Social, Trabajo, Derechos Humanos) se presenta un contexto que podría potenciar los procesos que se han recuperado en esta investigación en términos de desafíos para lograr el acceso a la salud de los niños y niñas que trabajan, y que de darse en forma articulada y sistemática entre los diferentes actores, podrían tener otra impronta en los procesos salud/enfermedad/atención, es decir, ser concretamente *constitutivos* de esos procesos.

“Aún cuando se la pague, las heridas de la deuda no cierran del todo”, plantea B. Sarlo; tal vez a partir de asumir que existe una deuda se pueda empezar a revertir un proceso que hasta ahora sólo deja heridos; y que en palabras de Alberto Morlachetti, referente del Movimiento Nacional de los Chicos del Pueblo, “no admite espera”.

7. Referencias bibliográficas

- Aguirre, P. (s/f). *Alimentación en la modernidad tardía*. Paper.
- Berger, P, y Lukman T. (1995). La sociedad como realidad subjetiva. En *La construcción social de la realidad*. (164-223). Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- Bianchi, María del C. y cols. (1998). Infancia y Sociedad Civil en Argentina. En *CONJUNTOS. Sociedad Civil en Argentina.*_Consejo Asesor de la Sociedad Civil. Representación del Banco Interamericano de Desarrollo en Argentina. Buenos Aires, Edilab Editora.
- Bronfman, M. (2001). *Como se vive se muere. Familias, redes sociales y muerte infantil*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Bortman, M, Verdejo, G y Sotelo, JM. (1999). *Situación de la equidad en salud*. Argentina. OPS/OMS
- Cariola, L, Cerra, M. (1986). *Trabajo Infantil: Mito o Realidad*. Santiago de Chile, CIDE. Centro de Investigaciones y Desarrollo de la Educación
- Comes, Y, Solitario, R, Garbus, Pamela y cols. (2007). *El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios*. Facultad de Psicología-UBA/Secretaria de Investigaciones.
- CONAETI (2002). *Contextualización de las condiciones sociales asociadas a la problemática del Trabajo Infantil*. Buenos Aires. Disponible en http://www.trabajo.gov.ar/conaeti/que_es/estadisticas.htm. 2002 . Acceso 5/4/09
- CONAETI. (2000). Propuesta de Plan Nacional para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil. Argentina. Documentos IPEC. Planes Nacionales. OIT.

- *Convención Internacional de los Derechos del Niño*. (1989). Naciones Unidas. Ley Nacional N° 23.849/90.
- Costa, M; Galiano, R. (2001, a). Las infancias de la minoridad. En S.Duschatzky; (comp.); *Tutelados y Asistidos*;(69-113).Bs.As: Paidós.
- Czerniecki, S. (2003). *Prácticas de salud de los niños trabajadores callejeros de Constitución*. Tesis de Maestría en Salud Mental Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús.
- Danani, C. (1996). Algunas precisiones sobre la política social como campo de estudio y la noción de población objeto. En J.L Coraggio, C.Danani; E.Grassi y S.Fleury; (Org.) S. Hintze; *Políticas sociales. Contribución al debate teórico metodológico*; (21-35). Buenos Aires, Colección CEA-CBC
- da Silva Telles,V, Abramo, H.W. (1987). Experiencia urbana, trabajo e identidad. Apuntes a una investigación sobre menores proletarios en San Pablo, En *La ciudad y los niños*. (197). Quito. Ed. Ciudad.
- Eguia, A, Ortale, S. (2007). Introducción. En A.Eguia, S. Ortale; (Coords); *Los significados de la pobreza*;(13-34). Buenos Aires, Editorial Biblos.
- Evans, R., Barer, M. (s/f). Producir salud, consumir asistencia sanitaria. En R.Evans, M.Barer, T.Marmor; *¿Por qué alguna gente está sana y otra no*;(29-70). Ed.Díaz de Santos.
- Feldman, S. (1997). Los niños que trabajan en la Argentina. En S.Feldman, E.García Méndez y H.Araldsen; *Los niños que trabajan*. (7-31). Argentina. UNICEF.
- Ferrara, F. (1966). *Desarrollo y Bienestar argentino*. La Plata: Librería Renacimiento Editorial.

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Santiago de Chile, (1990). *Infancia y Pobreza en la Argentina*. Buenos Aires: UNICEF-INDEC.
- Gabrinetti, Mariana. (2009). *Transformaciones en el mundo del trabajo y Mercado laboral en la Argentina*. Mimeo. Facultad de Trabajo Social. UNLP.
- Galeana Cisneros, R. (1990). *Tesis: El trabajo infantil y adolescente como instancia socializadora y formadora en, para y por la vida*. México: Departamento de Investigaciones Educativas del Centro de Investigaciones y Estudios Avanzados del IPN. (Instituto Politécnico nacional)
- Galende, E. (2004). Prólogo. En J. Samaja; *Epistemología de la salud, reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires: Editorial Lugar.
- García Méndez, E. y Araldsen, H. (1997). El debate actual sobre el trabajo infanto-juvenil en América Latina y el Caribe: tendencias y perspectivas. En S.Feldman, E.García Méndez y H. Araldsen, *Los niños que trabajan*. p. 34. Argentina: UNICEF.
- Gatchalian, J y col. (1990). El trabajo infantil en Filipinas. Industrias de la madera y el vestido. En A.Bequele y J.Boyden (Dirs.); *La Lucha contra el trabajo infantil*; (98-101). Ginebra: OIT
- Giberti, E. (1997). *Políticas y Niñez*. Buenos Aires: Ed. Losada.
- Giorgi, V. (1997). Neoliberalismo, subjetividad y salud. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 8(1), 14-17.
- Grima, JM, Illanes, G y Galarza, R. (2008). Trabajo infantil y situación de Calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Procesos de Trabajo, Coproducción y Políticas pública. En L. Luciani Conde y A.Barcalá (Organizadores); *Derechos*

- en la niñez. Políticas Públicas y efectivización del derecho a la salud en el contexto de la protección integral.* (61-78). Buenos Aires: Ed. Teseo
- Grimberg, M; Margullies, S; Wallace, S. (s/f). *Construcción Social y hegemonía: representaciones médicas sobre SIDA. Un abordaje antropológico.* Dossier. Programa de Antropología y Salud. I.C.A. Fac. de Filosofía y Letras. UBA.
 - Guido, L. (1997). *Procesos y momentos fundantes en la construcción de la identidad.* Instituto de Derechos del Niño. Fac. Ciencias Jurídicas y Sociales. UNLP.
 - Ilari, S. y Villar, A. (2000) *Enfoque Territorial para el análisis de la pobreza. Los Partidos de Quilmes, Berazategui y Florencio Varela.* Centro de Estudios e Investigaciones. Universidad Nacional de Quilmes.
 - INDEC (1995). *Infancia y Condiciones de Vida.* Buenos Aires: INDEC.
 - INDEC (2005). *Encuesta permanente de hogares.* Buenos Aires.
 - Kohen, J., Brufman, G. (1998). Rosario y el trabajo infantil. Una aproximación al problema y algunas reflexiones iniciales. En *Salud, Problema y Debate.* N° 19. Buenos Aires: Ed. Ateneo de Estudios Sanitarios y Sociales.
 - Konterllnik, I., Muñoz, T. y Pelliza, C. (1999). *Niñez y adolescencia. Promoviendo derechos desde el municipio.* Municipalidad de Guaymallén, Secretaría de Desarrollo Social. Mendoza: UNICEF. Oficina de Argentina.
 - Lezcano, A. y cols. (2002). *Condiciones de Vida y laborales de los niños y adolescentes que transitan la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.* Buenos Aires, 2002.

- Llobet, V. (2003). *Chicos de la calle: prácticas y representaciones de la carencia*. IV Jornadas Nacionales de Debate interdisciplinario en Salud y Población, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Fac. Cs. Sociales, UBA
- López, E., Findling, L., Abramzóm. M. (2006). Desigualdades en salud: ¿Es diferente la percepción de morbilidad de varones y mujeres? En *Salud Colectiva*. 2(1), 61-74.
- López, A. (2001). *Feliz Día del Niño! Ausencia de cobertura de salud, indigencia y trabajo ilegal para la población de hasta 14 años de edad según la EPH y de Desarrollo Social-Indec*. Buenos Aires: Equipos de Investigación Social (Equis).
- López, A. (1999). *Niños Trabajadores. Tramo entre 10 y 14 años. Según EPH, Encuesta Especial para Diagnóstico y Evaluación de las Metas Sociales y Encuesta de Desarrollo Social*. Buenos Aires: Equipos de Investigación Social (Equis).
- Luciani Conde, L. (1999) Coexistencia de prácticas en salud. Relatos de Viaje V. En *Revista Margen de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, (13). Edición Electrónica www.margen.org
- Luciani Conde, L., Barcalá, A., Barbieri, A., Corradini, A., De Gemmis, V., Fanelli, A. y cols. (2008). El derecho a la salud de niñas, niños y adolescentes en situación de desamparo y desafiliación social en el contexto de la protección integral. En L. Luciani Conde y A. Barcalá (Orgs.); *Derechos en la niñez. Políticas públicas y efectivización del derecho a la salud en el contexto de la protección integral*. (94-137). Buenos Aires: Ed. Teseo
- Corradini, A., Galarza, A., Gauna, C., Luciani Conde, L., Miramontes, L., Pambukdlian, M. (2008). Taller “Radio Ranchada”: hacia estrategias

- compartidas de indagación cualitativa en el marco de la Convención de los Derechos del Niño. En L. Luciani Conde y A. Barcalá (Orgs.); *Derechos en la niñez. Políticas públicas y efectivización del derecho a la salud en el contexto de la protección integral*. (137-167). Buenos Aires: Ed. Teseo
- Macri, M. y col. (2005). *El trabajo infantil no es juego. Estudios e investigaciones sobre trabajo infanto-adolescente en Argentina (1900-2003)*. Buenos Aires: La Crujía Ediciones-Ed.Stella.
 - Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? En *Alteridades*, 4(7), 71-83.
 - Moscovici, S. (s/f). *Psicología social, II. Pensamiento y Vida Social. Psicología Social y Problemas Sociales*. (470-493) Barcelona-Buenos Aires- México: Ediciones Paidós.
 - Myers, William. (1990). Servicios Alternativos para los niños callejeros. Métodos utilizados en el Brasil. En A.bequele y J.Boyden (Dir.); *La Lucha contra el trabajo infantil*; (146-147). Ginebra: OIT.
 - Observatorio Social. Serie Informes de Coyuntura. Informe 11. (2009). *El impacto de la ampliación del régimen de asignaciones familiares*. Disponible <http://www.observatoriosocial.com.ar/Diciembre 2009>. Acceso: 6/3/2010.
 - OMS. (1987). *El trabajo de los niños: riesgos especiales para la salud*. Serie de Informes Técnicos 756. Ginebra.
 - OMS. “Resumen del análisis de situación y tendencias de salud”. Disponible en http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_032.htm. Acceso: 6/4/09
 - Oyhandy, M. (2005). *Tesis de Maestría: “Mano de obra bajita. Un estudio sobre el trabajo infantil y su relación con la sobrevivencia familiar en contextos*

de pobreza urbana en la ciudad de La Plata, período 2005". Facultad de Trabajo Social. UNLP.

- Pavlovsky, Eduardo (2008). *Causas y soluciones de los problemas de seguridad, el hambre no tiene tácticas moderadas*. Edición Digital Diario Página/12. 21/2/2008. www.pagina/12.com.ar
- Pojomovsky, J. y col. (2008). *Cruzar la calle. Tomo I. Niñez y Adolescencia en las calles de la ciudad*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Pojomovsky, J. y col. (2008). *Cruzar la calle. Tomo II. Vínculos con las instituciones y relaciones de género entre niños, niñas y adolescentes en situación de calle*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Pratesi, A. (1999). Los chicos trabajando. En J. Roze, A. Pratesi, M. Benítez y L. Mobilio; *Trabajo, moral y disciplina en los chicos de la calle*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Romano Yalour, M., Tobar, F. (1999, b). *¿Cómo hacer tesis y monografías sobre políticas, servicios y sistemas de salud?*. Buenos Aires: Ediciones ISALUD.
- Rosas, M.E, y Waisgrais, S. y cols. (s/f). Actividades económicas de niños, niñas y adolescentes en la Argentina. En *Trabajo, ocupación y empleo. Relaciones Laborales, territorios y grupos particulares de actividad*; (1-35). Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Disponible en <http://www.trabajo.gov.ar/left/biblioteca/files/estadisticas/02activ.ecomomicas.pdf>

- Roze, J. (1999). Final abierto a nuevas reflexiones. En J. Roze, A. Pratesi, M. Benítez y L. Mobilio; *Trabajo, moral y disciplina en los chicos de la calle*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Ruiz, A. (2000). ¿Es posible la democracia cuando muchas criaturas no pueden jugar? Reflexiones acerca del trabajo infantil. En *Justicia y Derechos del Niño*, Número 2. Buenos Aires: UNICEF.
- Sabino, C. (1993) *Cómo hacer una tesis. Guía para elaborar y redactar trabajos científicos*. Buenos Aires: Editorial Humanitas.
- Sarlo, B. (2006, a) *Tiempo Presente. Notas sobre el cambio de una cultura*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina.
- Save the Children, Argentina. (2001). *La situación de la infancia en Argentina. Observatorio Save de Children de la Infancia y la Adolescencia*, Documento I. Bs.As. Disponible en www.savethechildren.net. Acceso 2/7/2009.
- SENNAF-ONU. (2008) Tercer Informe Periódico de la Convención sobre los Derechos del Niño. En virtud de su Art. 44. Secretaria Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Argentina. Disponible en: www.derechoseducacion.org.ar/derechos/images/pdf/informe_estado_al_comite_onu08.pdf
- Stolkiner, A. (1994). Tiempos Posmodernos-Procesos de Ajuste y Salud Mental. En O.Saidon; P.Troianovsky; (Comps) *Políticas en Salud Mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial
- Stolkiner, A. (2000). *Contexto y Vivencia. Reforma Sanitaria, Grupos Familiares y prácticas de salud en Eldorado (Misiones)*. Plan de Tesis de Doctorado. Fac. de Psicología. UBA.

- Stolkiner, A. (2010). Pobreza, prácticas en salud y subjetividad durante la crisis de principio de siglo. *Revista Colegio de Psicólogos, Distrito XI. Dossier Científico. Lo singular, lo colectivo. Año III(3)*, 3-10.
- Stolkiner, A y cols. (2011) Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en la Argentina En *Revista Ciência & Saúde Coletiva* 16 (6). (referato aprobado, en prensa, Publicación en Junio/2011). Brasil.
- Svampa, M. (2005). *La Sociedad Excluyente*. Buenos Aires: Taurus.
- Torrado, S. (1998). *Familia y Diferenciación Social. Cuestiones de Método*. Buenos Aires: Eudeba
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1996). El trabajo con los datos. Análisis de los datos en la investigación cualitativa. En S.Taylor y R. Bogdan; *Introducción a los métodos cualitativos de la investigación*; (152-176). Barcelona: Paidós.
- UNICEF (s/f). Infancia y pobreza en la Argentina. UNICEF, INDEC, Siglo XXI de España Editores.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2003) *Pobres, pobreza, identidad y representaciones sociales*. Barcelona: Gedisa
- http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/argentina_statistics.html (acceso: 6/6/07)
- http://www.msal.gov.ar/hm/site/ennys/pdf/documento_resultados_2007.pdf
- http://www.trabajo.gov.ar/conaeti/que_es/urbano.htm Acceso: 5/4/09
- <http://www.trabajo.gov.ar/conaeti/institucional/organismos.html> Acceso 5/4/09.
- http://www.cta.org.ar/base/IMG/pdf/Pobreza_e_indigencia_y_asignaciones_familiares_227nov08.pdf (acceso: 6/3/ 2010)
- http://www.indec.gov.ar/nuevaweb/cuadros/74/pobreza_menoresde14_sem_02_06.xls. Acceso: 19/05/09.

- http://www.indec.gov.ar/nuevaweb/cuadros/74/pob_tot_1sem09.pdf. Acceso 7/8/09
- www.anses.gob.ar/AAFF_HIJO2/. Acceso: 10/12/09
- <http://www.ms.gba.gov.ar/EstadodeSalud/vitales/Menor01-02-03-04-05.pdf>. Acceso 28/7/08
- www.unicef.org/spanish/sowc08/docs/sowc08-sp.pdf. Acceso 30/6/09

ANEXO

GUIA DE ENTREVISTA SEMI-DIRIGIDA

A) EXPLICITACION DE OBJETIVOS DE ENTREVISTA.

A)1. Presentación de la entrevistadora

A)2. Objetivos generales del estudio

A)3. Aclaración de los tiempos de la investigación, del anonimato y reserva de la información, pedido de consentimiento, aclaración de participación voluntaria, y de las modalidades de devolución de la información

B) CONSIGNA DE LA ENTREVISTA

Estuve charlando con tu mamá/papá para conocer algunos aspectos de tu familia, y hablamos sobre vos cuando naciste, cuando eras chiquito/a, sobre las enfermedades que han tenido en la familia, sobre las cosas que hacen para sentirse mejor cuando se enferman, y también sobre ... (se menciona la actividad que realiza que es tomado del cuestionario). Me gustaría conversar de estas cosas con vos, que incluyas todos los aspectos que tengas más presentes de esa actividad.

Quisiera que conversemos sobre cuando te has sentido enfermo/a y cuando te has sentido más sanito/a, que incluyas todos los elementos que te parecen importantes de esa sensación. También quisiera que me cuentes como es un día tuyo recolectando cartón (ej.), con quien salís, cuando salís (para el caso de trabajo callejero) Y por último conversaremos de como te has sentido cuando has ido o te han llevado al centro de salud. Yo te voy a ir haciendo preguntas a medida que transcurra la charla o cuando no entienda algo.

C) DATOS GENERALES. Nombre de pila, edad, dónde vive, con quién vive.

A) 1. Concepciones de salud

En este punto, cabe aclarar para las preguntas que siguen que se trata de ejes temáticos sobre los cuales se profundizará si es necesario.

- 1) Cuando crees que una persona está sana?
- 2) Cuando te parece que alguien esta enfermo?
- 3) Te acordás cual fue la ultima vez que estuviste enfermo?
- 4) Que cosas sentís cuando te empezás a sentir enfermo?
- 5) Te acordás que cosas hiciste o te hicieron para sentirte mejor?

6) Cuando has estado enfermo, seguiste saliendo a trabajar?

7) Te acordàs de que alguien en la familia haya estado enfermo en esta ultima semana? Que le pasó?

8) Si pensàs en todos los que componen tu familia, te parece que haya alguien de la familia que estè mas sano que los demás? Por qué?

9) Tenès amigos? Alguno de ellos está enfermo ahora o estuvo hace un tiempo? Como te enteraste que estaba enfermo?

A) 2. Problemas de salud más frecuentes (en cuestionario a padres)

(a manera de ejemplo)

tos y resfrío

golpes y caídas que requirió atención médica

quemaduras

problemas respiratorios

accidentes

intoxicación y apuñalamiento

A) 3. Prácticas relacionadas con la salud

Descanso:

10) A que hora aproximada te acostàs y a que hora te levantàs?

11) Cuando te levantàs, que hacès?

Alimentación:

12) Comès en tu casa?

13) Concurren a un comedor?

14) Reciben algùn tipo de ayuda en alimentos? Quien cocina en tu casa?

15) Se juntan para comer? Esto sucede para almorzar y cenar, o solo en una de las ocasiones?

16) Cuales de estos alimentos que te voy a mencionar comes con màs frecuencia: carnes, frutas y verduras, arroz, fideos, polenta, huevos, pan?

Recreación:

- 17) Que hacès cuando tenès tiempo libre?
- 18) Practicàs algùn deporte?
- 19) Te reunis con amigos? Tenés o tienen algùn juego favorito?
- 20) Hay alguna salida que hagas con alguien de tu familia? Por ejemplo, ir a la cancha?
- 21) Escuchàs mùsica? Que mùsica te gusta?

Hàbitos

22) Fumas tabaco? Si fumas, podrías contarme cuando fue la primera vez que fumaste? Cuantos años tenías? Fumas todos los días?
Pauta de profundización. Conocimiento de drogas, marihuana, si ha consumido, si consume, y sobre otro tipo de sustancias.

23) Mientras estás juntando cartón (ej) usas alguna de esas sustancias? Pauta de profundización: porque lo necesita, otros motivos.

24) Miras TV? Que programas miras? Hay algùn programa que el mayor de tu casa no te deje ver? Sabes por qué? Podrías calcular cuanto tiempo estás mirando TV durante el día?

25) Existe algùn día en el que no vuelvas a dormir a tu casa mientras estás trabajando? Si la respuesta es SI, pauta de profundización: contame por qué decidís no volver, dónde pasas la noche, como te sentís, etc....

Aspectos habitacionales (seràn relevados en cuestionario a los padres).

A) 4. Prácticas relacionadas con la enfermedad

26) Cuando has estado enfermo, alguien te ha ayudado para que estès mejor? Quien?

27) Hay en tu familia o en tu barrio alguien que los cure de algunas enfermedades que no sea un doctor? Pauta de profundización: quien, que medicina usa, etc.

28) Cuando te sentis enfermo, recurren a alguna consulta ni bien te sentis así o dejan pasar algunos días? Cuàntos días màs o menos? Alguna vez esperaste o esperaron a que te mejores solo?

29) si te ve un doctor y te dice que tenés que quedarte en la cama, vos te quedás? (Si la respuesta es NO) por qué no te quedás?

30) Le contás al doctor o a la enfermera o alguien del lugar donde vas que estás mucho tiempo trabajando? Te parece que ellos deberían saberlo? Si-no- por qué.

31) te has cortado trabajando, o has tenido algùn problema, accidente, dolores, etc? Que hiciste cuanto te pasó esto? Se lo contaste a alguien? Encontraste a alguien que te acompañara a un lugar para que te vea un doctor? Pauta de

profundización: podrías contarme alguna anécdota de que cosas te pasaron y que hiciste alguna de esas veces?

A) 5. Relación con establecimientos de atención de la salud

- 32) Conoces dónde queda el centro de salud de tu barrio? Has ido en algún momento?
- 33) Recordàs cuando fue la última vez que concurriste y por que motivo? Fuiste con alguien de tu familia o de la escuela?
- 34) Pudiste ser atendido? Tuviste que esperar mucho tiempo para que te atiendan? Te dijeron que tenías que volver? Pudiste volver? Si no pudiste, me podrías decir cuáles fueron las razones por las que no volviste?
- 35) Alguna vez te llevaron por un accidente o emergencia? Fué suficiente para tu problema la atención que te brindaron en el centro de salud o te dijeron que tenias que ir al Hospital? Si era necesario ir al hospital, recordàs como se organizó tu traslado?
- 36) Conocès a las personas que trabajan en el centro de salud? Te sentís escuchado? Pauta de profundización: por quién te sentís más escuchado? Que actitudes te parece que son importantes que tengan las personas que trabajan en el centro de salud?

ENCUESTA:

- A)1. Presentación de la entrevistadora
A)2. Objetivos generales del estudio
A)3. Aclaración de los tiempos de la investigación, del anonimato y reserva de la información, pedido de consentimiento, aclaración de participación voluntaria, y de las modalidades de devolución de la información

C) CONSIGNA DE LA ENTREVISTA

- Es importante conversar con Ud. y que me cuente sobre *los problemas de salud más frecuentes* en su hija/a y conocer que *características ha tenido o tiene la relación con el Centro de Salud*, con el Hospital o cualquier otra posibilidad de atención a la que Ud./Uds. recurren. Conversar sobre esto permitirá conocer mejor que siente, que piensa y que hace su hijo/a con relación a su salud.
- Se realizarán preguntas referidas a su hijo/a así como al núcleo familiar (condiciones de vida, instrucción, oficio, salud, etc.) dado que solamente mediante una historia familiar completa, pueden reconocerse relaciones significativas.
- Yo le voy a ir haciendo preguntas a medida que transcurre la charla o cuando no entienda algo.

Encuesta a madre/padre

**Datos personales del participante del estudio
(Niño/a entre 8 y 14 años)**

Fecha de nacimiento:

Edad:

Sexo: masculino () Femenino ()

Datos Confidenciales y opcionales:

Para preservar el anonimato, esta primera hoja con sus datos personales junto a la declaración de consentimiento, se guardan bajo llave y separada de la entrevista.

Nombre y Apellido:

Domicilio:

Teléfono:

Se reitera que sus datos se mantienen bajo el secreto profesional. Serán utilizados exclusivamente en el contexto de las disposiciones de protección legal de datos para el estudio “Percepciones y significaciones sobre el proceso salud/enfermedad/atención y condiciones de salud en niños y niñas de 8 a 14 años que trabajan en un barrio de Quilmes, en el año 2009”

a. DATOS PERSONALES

A.1 Fecha de nacimiento del participante del estudio: ... /.../.....

A.2 Edad:

A.3 Sexo: masculino () femenino ()

A.4 Actividad pre-escolar y escolar de su hijo/a:

A.4.1 su hijo/a asistió a pre-escolar? Si () No ()

Si la respuesta es SI:

A.4.2 ¿a qué edad se hijo comenzó la actividad pre-escolar? años

A.4.3 su hijo/a asistió a la escuela? Si () No ()

Si la respuesta es SI:

A.4.4 ¿a qué edad se hijo comenzó la actividad escolar? años.

A.4.2 ¿concorre en este momento? Si () No ()

A.4.3 ¿qué grado está cursando?

A.4.4 (en el caso de que NO concorra) ¿a que edad dejó de concurrir?

b. DATOS DEMOGRÁFICOS (núcleo familiar).

B.1 Estado de familia: Nuclear, Extendida, Red.

B.2 ¿cuántas personas viven el hogar? ... niños ... mayores

B.3 nivel educativo alcanzado por los padres: madre padre curso

B.3.1 primario incompleto

B.3.3 primario completo

B.3.4 secundario incompleto

B.3.5 Secundario completo

B.3.6 Terciario no universitario incompleto

B.3.7 Terciario no universitario completo

B.3.8 Terciario universitario incompleto

B.4 ¿Cuál es su situación ocupacional actual? Madre Padre

B.4.1 trabajador por cuenta propia

B.4.2 empleo doméstico

B.4.3 cuenta con Plan de empleo?

B.4.4 cartonero/a

B.4.5 venta ambulante

B.4.6 desocupado/a

B.5 La casa que usted habita es SI

B.5.1 propia o de su familia

B.5.2 alquilada

B.5.3 prestada

B.5.4 otra situación

c. VIVIENDA FAMILIAR

- C. 1. **características de su vivienda** SI NO
- C.1.1 ¿es de mampostería?
- C.1.2 ¿está terminada?
- C.1.3 tipo de piso.....
- C.1.4 material de construcción predominante
- C.1.5 techo de chapa sin aislamiento
- C.1.6 tiene provisión de agua por cañería dentro de la vivienda?
- C.1.7 dispone de retrete con descarga de agua?
- C.2 **que combustible utiliza para calefacción?**
- C.2.1 madera, carbón ...
- C.2.3 gas ...
- C.2.4 electricidad ...
- C.2.5 kerosèn ...
- C.2.6 otros ...
- C.3 **que utiliza para cocinar?**
- C.3.1 madera, carbón ...
- C.3.3 gas ...
- C.3.4 electricidad ...
- C.3.5 kerosèn ...
- C.3.6 otros ...

d. PROBLEMAS DE SALUD MAS FRECUENTES²

D.1 Antecedentes.

- D.1.2 Que edad tenía usted (madre) cuando nació su hijo/a? años
- D.1.3 Con respecto a su hijo/a:
- D.1.4 Qué lugar ocupa en el grupo familiar? Ej.(1º,2º,3º..)
- D.1.5 nació a término? Si No.....
- D.1.6 Cuánto pesaba su hijo/a al momento de nacimiento? grs
- D.1.7 Cuánto pesaba su hijo/a al momento de nacimiento? cm
- D.1.8 Pudo amamantarlo? Si ... No...
- D.1.9 Si responde SI: Cuánto tiempo fue amamantado exclusivamente?
.....
- D.1.10 Con qué edad le dió a su hijo/a alimento sólido? meses
- D.1.11 Cuanto pesa su hijo ahora? kg
- D.1.12 Cuánto mide su hijo/a ahora? cm

D.2 Inmunizaciones (esta información será recabada por recordatorio

² La clasificación de problemas de salud más frecuentes se hizo en base a resultados (aunque se realizaron ampliaciones en base a la problemática propia) del estudio realizado por Czerniecki, Silvina (2003) en el marco de su Tesis de Maestría en Salud Mental Comunitaria de la UNLanùs. "Prácticas de salud de los niños trabajadores callejeros de Constitución.". También se tomó como referencia la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud del Ministerio de Salud de la Nación y la Encuesta Epidemiológica para el Estudio de los efectos Medioambientales sobre la Salud Infantil implementada por IDIP (Instituto de Desarrollo de Investigaciones Pediátricas, La Plata) y la Facultad de Trabajo Social de la UNLP, con el apoyo de la CIC.

de las dosis aplicadas o por las dosis consignadas en la libreta sanitaria de acuerdo al calendario de inmunizaciones)

D.3 del núcleo familiar

D.3.1 en este ultimo tiempo, recuerda quienes del grupo familiar han estado enfermos y cuál fue el problema?

D.4 del participante del estudio

D.4.1 tos y resfrío

D.4.2 golpes y caídas que requirió atención médica

D.4.3 quemaduras

D.4.4 problemas respiratorios (asma, neumonías, bronquitis, etc)

D.4.5 accidentes

D.4.6 intoxicación

D.4.7 apuñalamiento

D.4.8 problemas cardíacos

D.4.9 anemias

D.4.10 cefaleas

D.4.11 problemas congénitos

D.4.12 alergias (bronquiales, en piel)

D.4.13 parasitosis

D.4.14 escabiosis

D.4.15 Otros

E) INFORMACIÓN SOBRE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

E.1 Conocimiento

E.1.1 Cuánto hace que concurre al Centro de Salud de su barrio?

E.1.2 Siempre concurre a ese Centro de Salud?, si concurre a otro, podría decirme en qué casos y por qué motivos?

E.1.3 A cuántas cuadras está de su casa el Centro de Salud de su barrio?

E.1.4 Conoce los horarios de atención?

E.1.5 Conoce los programas de salud?

E.1.6 Cuáles conoce?

E.1.7 Como los conoce? Quién le informó sobre esos Programas?

E.1.8 Le han informado sobre los requisitos de acceso?

E.1.9 Conoce cual es la cobertura de la Vacuna antitetánica? En algún momento que su hijo/a se haya cortado, se la han aplicado?

E.1.10 Cuándo tiene alguna inquietud sobre temas de salud suyos o de su familia, qué hace? (si incluye la asistencia al Centro de Salud, pasar a E.2.9)

E.2 Utilización

E.2.1 cuándo fue la última vez que necesitó recurrir al Centro de Salud?

E.2.2 Podría relatarme sobre ese día? Cómo fue? Que sucedió? Y todo lo que ud considere importante de lo que tuvo que ver con la atención de ese día tanto desde lo que vivió en su casa como lo que le pasó hasta llegar como lo que sintió cuando fue atendida?

E.2.3 Cuales son las situaciones por las que mayormente recurre?

E.2.4 Existen otros problemas por los cuales busca atención en otro lugar además del centro de salud?

E.2.5 Cuándo fue la ultima vez que necesitó atención para su hijo/a (el participante del estudio)? Lo llevó?

E.2.6 Pudo ser atendido? Tuvo que esperar mucho tiempo para que lo/a atiendan? Le dijeron que tenía que volver? Pudo volver? Si no pudo, me podría decir cuáles fueron las razones por las que no regresó?

E.2.7 Con cuáles de sus hijos debe asistir más seguido? Por qué?

E.2.8 Qué edad tiene el/los hijos/as con los que más asiste al Centro de Salud?

E.2.9 Que factores son los que le permite pensar que puede contar con el centro de salud?

E.3 Opiniòn

E.3.1 Que opiniòn tienen de los requisitos de acceso a los Programas?

E.3.2 Considera que el centro de salud podría aportar a la salud de su hijo/a que trabaja? Como cree que puede hacerlo?

E.3.3 Cree que su hijo/a que trabaja ha necesitado ser atendido pero que al necesitar que este realice la actividad ha debido postergar la atención de su malestar?

E.3.4 piensa que en algún momento del trabajo su hijo/a está expuesto a algún riesgo para su salud?

E.3.5 Hay alguna manera que Ud tiene para atender estos problemas? Si la hay, cree que alcanza en relación a las necesidades de cuidado de la salud de su hijo/a o le parece que necesita el apoyo de otros? (Si responde que no alcanza, pasar a la sig.)

E.3.6 Me podría decir quienes serían esos otros?

E.3.7 Conoce a las personas que trabajan en el centro de salud? Se siente escuchado/a? Pauta de profundización: por quién se siente más escuchada/o? Que actitudes le parece que son importantes que tengan las personas que trabajan en el centro de salud?

Guia entrevista informantes claves (trabajadores)

1) Cuanto tiempo hace que trabaja en este Centro de salud?

2) Cual es la franja etàrea que màs concurre al centro de salud? Por que motivos? Con quien concurren?

3) cuales son los motivos por lo que mas consultan?

4) en que condiciones acceden?

5) como acceden? lo hacen caminando, en colectivo, en otro medio?

6) En el caso de la atención de niños, ha tenido dentro de motivos de consultas necesidad de seguimiento

y esto ha sido posible? En caso de que lo sea, cuales han sido los facilitadores?

7) De las indicaciones de seguimiento, en que grado considera que se pueden efectivizar? Cuales serian a su parecer, los condicionamientos?

8) Que aspectos de las prácticas de salud considera que podrían contribuir al proceso salud/enfermedad/atención de los niños/as que trabajan?

9) Considera que los niños que trabajan son un grupo de mayor vulnerabilidad dentro de la situación de vulnerabilidad social que caracteriza a la población de este barrio? Por que?

10) En la atención de la salud, existen algun momento donde se recaba información respecto de situación de trabajo infantil?

11) Que relación existe entre el Centro de salud y la vida cotidiana de las personas? Existen dispositivos de abordaje de la VC?

12) Cuales son los mecanismos de acceso de los niños y niñas a la atención de la salud?

13) En el tiempo que lleva trabajando, percibe un cambio en los problemas de salud en los procesos salud enfermedad atención en la población en general y en alguna franja etarea en particular? En que aspectos?

14) Que articulaciones considera viables/posibles en esta realidad entre el C. de Salud y esas condiciones de salud?

15) Cree que hay formas de mejorar mecanismos de accesibilidad? Cuáles serían?

16) cuál sería la concepción de salud que en general observa como dominante en la población?

17) podría decirme ud que entiende por salud?

18) considera que dentro de las consultas de atención existe una auto percepción de enfermedad? Como la podría caracterizar? Alta, mediana, baja? Cuál sería la concepción que se tiene de la enfermedad?

19) considera que existen peligros de morbimortalidad para los niños que trabajan en trabajo callejero como en trabajo domestico?

20) una reflexión que rescatè de un estudio sobre los niños y el derecho a la salud plantea que *“uno de los problemas socio-políticos más importantes que debe enfrentar el nuevo sistema de protección integral de la niñez es la pobreza de la población infantil”*. Qué opinión le merece esta reflexión? Como lo relaciona con el derecho a la salud de los niños en este barrio?

- 21) cuales son los padecimientos que supone pueden vivenciar los niños/as que trabajan?
- 22) que indicadores de salud/enfermedad visualiza en esta población?
- 23) como caracteriza la niñez de este barrio?
- 24) que entiende por Infancia?
- 25) cree que los niños/as y sus flias tienen estrategias para resolver o atenuar los padecimientos? Podría mencionar algunos?
- 26) otra observación que he rescatado de un estudio realizado en Ciudad de Bs As sostiene que *“estos niños concurren a la consulta urgidos por el síntoma, dolor agudo y en términos generales por cualquier situación de urgencia buscando una respuesta inmediata”*, esto se da en este Centro de salud, como condicionan sus prácticas?
- 27) que alcance considera puede tener el C. de salud desde el 1er. Nivel de atención ante esta situación?
- 28) que opina de la frase “los mandan a trabajar, los padres los explotan” “y que vas a cambiar? si son los hijos de (fulano)... “
- 29) visualiza diferencias de género en la situación de trabajo infantil? Cuáles?
- 30) Visualiza Diferencias de genero en los problemas de salud y enfermedad?
- 31) Podria identificar diferencias y similitudes respecto de la implicancia para la salud atendiendo la singularidad del tipo de trabajo (callejero y domèstico)?
- 32) para concluir, cuando considera ud que un niño/a presenta “buena salud” y cuando le parece que “carece” de ella.

Guia entrevista informantes claves (referentes comunitarias)

- 1) cuánto tiempo hace que vive en el barrio?
- 2) Cuáles son las principales actividades que realiza relacionada con los niños?
- 3) A su criterio, cuáles son los principales problemas de la comunidad y en particular de los niños/as?
- 4) Percibe algún cambio en las condiciones de salud en este último tiempo en los niños/as? En que aspectos?
- 5) En qué espera o cree que el C. de salud puede contribuir a la salud de los niños que trabajan?
- 6) Cuáles son los padecimientos que supone pueden vivenciar los niños que trabajan?
- 7) cree que los niños/as y sus flias tienen estrategias para resolver o atenuar los padecimientos? Podría mencionar algunos?
- 8) visualiza diferencias de género en la situación de trabajo infantil? Cuáles?

- 9) Para su parecer, cuál es la imagen que se tiene en la sociedad de los niños que trabajan? Y en el barrio?
- 10) Que opinan de la frase tan usada “los padres los mandan a trabajar..”?
- 11) En que medida considera que se respeta el derecho a la salud de la población en general y de los niños que trabajan en particular?
- 12) Podria mencionarme algunas impresiones sobre la situación de salud de los niños y niñas que trabajan en este barrio?
- 13) Cual considera Ud que es la concepción de salud y de enfermedad dominante en la comunidad?
- 14) Podría decirme como entiende ud la salud y la enfermedad?
- 15) En que aspectos de la atención de la salud cree que se contribuye a la salud y en que aspectos cree que no se contribuye?
- 16)Cuál seria a su parecer, la relación entre el derecho a la salud y el acceso a un trabajo, alimentos, vivienda, educación?
- 17) Sus observaciones, conocimientos, propuestas son tenidas en cuenta por el centro de salud? Podría mencionarme alguna?
- 18) Cual es la población que ud cree que menos accede al centro de salud? Por qué?
- 19) Que opinión tiene sobre la accesibilidad a la atención? Hay aspectos a mejorar? Podria decirme alguno?
- 20) Para concluir, cuando creeria Ud que una persona tiene “buena salud”?

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado será la comunicación sobre investigación que llevaremos a cabo y el procedimiento consistirá en su lectura, explicación y entrega de copia previamente a la realización de las entrevistas, encuestas, utilización de los instrumentos metodológicos que se utilizarán en este proceso de estudio.

En la recolección de datos no se registrara ninguno que permita identificar a los niños y sus familias que respondan y participen en este estudio, así como tampoco a los trabajadores del Centro de Salud y de las instituciones sociales comunitarias. Así se garantiza el respeto a la reserva de la identidad.

Información para el sujeto de investigación

El **objetivo de este estudio** es investigar las percepciones de salud/enfermedad/atención y las condiciones de salud que tienen los niños y niñas de 8 a 14 años que trabajan en trabajo callejero y en trabajo doméstico.

Es importante su participación en el proyecto de investigación para poder conocer los problemas de salud más frecuentes en su hijo/a y conocer que características ha tenido o tiene la relación con el Centro de Salud, con el Hospital o cualquier otra posibilidad de atención a la que Ud./Uds. recurren. Conversar sobre esto permitirá conocer mejor que siente, que piensa y que hace su hijo/a cuando se siente mal o está enfermo.

Se realizarán preguntas referidas a su hijo/a así como al núcleo familiar (condiciones de vida, instrucción, oficio, salud, etc.) dado que solamente mediante una historia familiar completa, pueden reconocerse relaciones significativas.

Se dedicará el tiempo que sea necesario para aclarar y explicar los propósitos en este proyecto, porque su participación, nos permitirá analizar, encontrar y pensar los problemas para poder construir otras maneras de *andar por la vida*, haciendo posible una mejor calidad de sus vidas cotidianas, fortalecer el acceso a las instituciones de su comunidad, como el Centro de Salud, la Escuela, el Comedor.

Haremos saber que pueden retirarse o interrumpir en cualquier momento esta participación y negarse a contestar las preguntas que se les formule.

Formulario de Consentimiento informado

Transmitiremos nuestra posición respecto a la importancia de realizar investigaciones como trabajador de la salud, pero por tratarse de un estudio donde lo cualitativo es muy importante, no queremos introducir supuestos o aprioris en el planteo de las preguntas, o el despliegue de la entrevista.

Y por supuesto se le preguntará en un primer momento si quiere participar de este estudio o no.

No constará el nombre del entrevistado, a menos que lo solicite. Se lo hará partícipe del tiempo que puede llevar el encuentro, entrevista para que elija el momento adecuado para su efectivización.

CONSENTIMIENTO INFORMADO INFORMANTES CLAVE.

El consentimiento informado será la comunicación sobre investigación que llevaremos a cabo y el procedimiento consistirá en su lectura, explicación y entrega de copia previamente a la realización de las entrevistas, encuestas, utilización de los instrumentos metodológicos requeridos en este proceso de estudio.

En la recolección de datos no se registrará ninguno que permita identificar a los trabajadores del Centro de Salud y de las instituciones sociales comunitarias que respondan y participen en este estudio. Así se garantiza el respeto a la reserva de la identidad.

Información para el sujeto de investigación

El **objetivo de este estudio** es investigar las *percepciones de salud/enfermedad/atención* y las condiciones de salud que tienen los niños y niñas de 8 a 14 años que trabajan en trabajo callejero y en trabajo doméstico.

Es importante su participación en el proyecto de investigación para poder conocer los problemas de salud más frecuentes en la comunidad, la mirada que desde sus prácticas y/o inserción en la comunidad pueda aportar para describir los procesos *salud/enfermedad/atención de los niños y niñas que trabajan en particular*; como así también poder conocer y pensar las articulaciones posibles entre el Centro de Salud y los problemas de salud descritos, incluyendo las representaciones de la salud que expresan los participantes del estudio. Conversar sobre esto permitirá conocer mejor el contexto micro social en el que se inscriben los relatos de los niños y niñas entrevistados y establecer relaciones significativas.

Se dedicará el tiempo que sea necesario para aclarar y explicar los propósitos en este proyecto, porque su participación, nos permitirá analizar, encontrar y pensar los problemas para poder construir otras maneras de *andar por la vida*, haciendo posible una mejor calidad en la vida cotidiana, fortaleciendo el acceso a las instituciones de la comunidad.

Haremos saber que pueden retirarse o interrumpir en cualquier momento esta participación y negarse a contestar las preguntas que se les formule.

Transmitiremos nuestra posición respecto a la importancia de realizar investigaciones como trabajador de la salud, pero por tratarse de un estudio donde lo cualitativo es muy importante, no queremos introducir supuestos o a priori en el planteo de las preguntas, o el despliegue de la entrevista.

Y por supuesto se le preguntará en un primer momento si quiere participar de este estudio o no. Se lo hará partícipe del tiempo que puede llevar el encuentro, entrevista para que elija el momento adecuado para su efectivización.