

RELEVAMIENTO DE RECURSOS DE SALUD EN TRES ZONAS SELECCIONADAS DE CIUDAD DE BUENOS AIRES. UNA MIRADA DESDE LA PROTECCIÓN INTEGRAL Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA*

HEALTH RESOURCES EVALUATION IN THREE SELECTED AREAS OF BUENOS AIRES CITY. AN APPROACH BASED ON INTEGRAL PROTECTION AND INFANCY AND ADOLESCENCE PUBLIC POLICIES

Luciani Conde, Leandro; Barcala, Alejandra; Corradini, Ana; De Gemmis, Vicente; Barbieri, Adrián; Krotsch, Patricio; Fanelli, Ana María; Camera, Omar; Pambukdjian, María Fernanda; Laino, Cecilia; Luzuriaga, Claudia; Giordano, Paula; Rodríguez, Carlos¹

RESUMEN

En el marco del Proyecto "Protección integral y políticas públicas de infancia y adolescencia: el derecho a la salud de niñas/os y adolescentes en situación de desamparo y desafiliación social de la ciudad de Buenos Aires", esta presentación se basa en uno sus objetivos: identificar la presencia de Organizaciones estatales y de la Sociedad Civil que desarrollen prácticas relacionadas a la salud de niños/as y adolescentes.

Es un estudio exploratorio-descriptivo inscripto en el enfoque de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud. Se realizó un relevamiento en campo en tres zonas geográficas: Palermo, Boca/Barracas y Chacarita. Las Unidades de Análisis se seleccionaron en base a tres criterios: 1-Pertenecer al Sector Público Estatal o la Sociedad Civil, 2-Desarrollar prácticas relacionadas a salud, 3-Implementar acciones destinadas a la infancia. Se presentan los resultados y conclusiones obtenidas del procesamiento de datos cuanti-cualitativos, recolectados durante seis cuatrimestres en base al cuestionario diseñado y administrado.

Palabras clave:

Protección integral - Derechos - Infancia - Salud

ABSTRACT

As part of the project "Integral protection and childhood infancy and adolescence public policies: the right to health of abandoned children and adolescents not covered by social security and health care programs in Buenos Aires City", this paper is based on one of its objectives: to identify state and civil society organizations which take care of infants' and adolescents' health.

It is an exploratory-descriptive analysis, made according to a Health Systems and Services Investigation. A field evaluation was carried out in three geographical areas: Palermo, Boca/Barracas and Chacarita.

Analysis Units were selected according to the following three criteria: they had to: 1- form part of the State Public Sector or the Civil Society, 2- develop practices related to health 3- implement actions for infants.

Results obtained and conclusions made during the quantitative - qualitative data processing, gathered in six quarters by means of the prepared and given questionnaire, are included.

Key words:

Integral protection - Rights - Infancy - Health

* Este informe continúa con la presentación de los resultados de un proceso de indagación iniciado en el año 2001. En una primera publicación realizada (Colectivo de Cátedra Salud Pública/Salud Mental II; 2003), se incluyeron los resultados obtenidos durante un primer momento del estudio, que abarcó las zonas de Palermo y Boca/Barracas. En esta presentación se incluyen los resultados obtenidos en un segundo momento, que abarcó la zona de Chacarita, y se integran los mismos con los del momento anterior. De esta manera, este trabajo constituye una elaboración integrada y definitiva del proceso realizado.

¹ Colectivo sobre políticas de infancia de la II^a Cátedra de Salud Pública y Salud Mental. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo forma parte del Proyecto “*Protección integral y políticas públicas de infancia y adolescencia: el derecho a la salud de niñas/os y adolescentes en situación de desamparo y desafiliación social de la ciudad de Buenos Aires*” (UBACyT 029)¹.

Se basa, a su vez, en una experiencia de trabajo llevada adelante por un colectivo de docentes investigadores de la II^o 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.

El marco institucional para dicha experiencia, en el cual se fueron gestando las líneas de interés plasmadas en el proyecto UBACyT en desarrollo, es el Convenio existente entre la Universidad de Buenos Aires y el Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires en implementación desde el año 2001.

Como objetivo general, la investigación se propone 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*”².

Particularmente, esta presentación se centra en uno de los objetivos específicos de la investigación, correspondiente a identificar la presencia de Organizaciones estatales y de la Sociedad Civil que desarrollen prácticas relacionadas con la efectivización del derecho a la salud de niños/as y adolescentes con participación en el contexto local de estudio.

Para esto, se llevó a cabo un relevamiento de efectores de salud, destinado a generar conocimiento sobre la efectivización de la salud en la Ciudad de Buenos Aires, y de esta manera contribuir al afianzamiento de la atención integral de la salud y al acceso gratuito, universal e igualitario a servicios de salud de los niños/as y adolescentes.

La experiencia de trabajo entre las dos instituciones permitió por un lado introducir en el currículo de la carrera una temática poco desarrollada hasta el momento. El intercambio permitió a un número importante de alumnos y docentes conocer y pensar un campo de problemas del cual en muchos casos no se tenía sufi-

ciente conocimiento. Por otro lado, abrió la posibilidad de generar información que sirva de insumo a los efectores que trabajan con niños, niñas y adolescentes en situación de desamparo social.

Conceptualizamos a la salud como un derecho, y en este sentido, donde hay un problema de salud evitable hay un derecho que está siendo vulnerado. En el caso de los niños/as esta afirmación carga con el peso de la historia, en un país que por años no contempló al niño como sujeto de derecho y que aún en la actualidad, pese a la reciente aprobación de la Ley Nacional 26.061, lucha contra la vigencia de la Ley de Patronato. En este contexto es de suma importancia el conocimiento y la discusión sobre la Convención por los Derechos del Niño y su operacionalización.

DERECHO A LA SALUD Y NIÑOS EN SITUACIÓN DE CALLE

La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CDN), adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989, es ratificada por el Congreso Argentino en 1990, instituyéndola como ley nacional 23.849; siendo incorporada en 1994 a la nueva Constitución Nacional.

Instrumento jurídico donde el respeto y la protección de los derechos del niño/a es el punto de partida para el total desarrollo del potencial individual en una atmósfera de libertad, dignidad y justicia (Abrile de Vollmer; 1997). Dicha herramienta debiera atravesar el campo de la infancia en lo que hace a políticas públicas sociales, programas y prácticas, de la misma manera en que la Ley de Patronato lo viene haciendo desde hace 100 años. El menor, incapaz e inmaduro, corresponde a una subjetividad construida en el marco del Paradigma de la Situación Irregular (Contreras Largo; 1997). La construcción de otro Paradigma, el de la Protección Integral, requiere que la CDN se refleje en la relación adulto/a - niño/a, en las prácticas sociales en las cuales ellos/as se incluyen, en las políticas y programas público sociales a ellos/as destinados/as.

La adhesión de nuestro país a la CDN dio comienzo a un lento proceso, a veces contradictorio, de reformas legislativas y de transformación de los mecanismos institucionales del Estado con relación a la infancia adolescencia con el fin de adecuar su normativa a las nuevas circunstancias. La sanción de la Ley 114 de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia y la ley 937 que dispone la erradicación del trabajo infantil en la Ciudad de Buenos Aires se enmarcan dentro de este proceso.

Uno de los problemas sociopolíticos clave que debe enfrentar el nuevo sistema de protección integral a la infancia y adolescencia, que a nivel nacional cuenta desde hace pocas semanas con la sanción de la Ley 26.061, es la creciente pobreza de la población infantil.

¹ Proyecto financiado por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires. Sede: Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología - UBA. Director: Leandro Luciani Conde. Co-directora: Alejandra Barcala.

² Esta era la denominación del programa al comienzo del Proyecto de Investigación, actualmente el mismo se denomina “Programa contra la Explotación sexual y el Trabajo Infantil”. A su vez, la denominación originaria era “Programa de Erradicación del Trabajo Infantil”.

Para los 28 aglomerados urbanos del país en el primer semestre del 2004, la incidencia de la pobreza en menores de 14 años alcanzó el 60% (INDEC, EPH, 2004). El pico de pobreza se alcanzó en octubre de 2002 cuando los datos del INDEC, arrojaron una pobreza del 57,5% del total la población urbana, que entre los menores de 14 años ascendía al 73,5%.

En el año 2001, existían en la Ciudad de Buenos Aires 1.645 chicos en situación de calle. De los cuales su mayoría (1.282 chicos) vivían en una casa y acudían a las calles para realizar algún tipo de actividad económica. Actualmente, la cantidad de niños/as en situación de calle aumentó considerablemente, estimándose la existencia en Ciudad de Buenos Aires de alrededor de 3.300 chicos entre 5 y 14 años (CDNNyA; 2003).

Las políticas neoliberales llevadas adelante en las últimas décadas en nuestro país, han decantado en profundos procesos de exclusión social dejando por fuera del sistema a una creciente parte de la población. Como consecuencia de esta situación, ha aumentado el sector informal de la economía y con ello la población que se encuentra realizando tareas económicas en la calle. La incorporación prematura en el trabajo ocasiona un desgaste precoz y la aparición temprana de patologías crónicas. Según la Comisión Nacional de Erradicación del Trabajo Infantil (CONAETI; 2002) los indicadores sociales del bienestar infantil, revelan una neta desventaja de los niños y niñas trabajadores/as con respecto a los que no trabajan, siendo las tasas de mortalidad infantil, desnutrición, invalidez, analfabetismo, repitencia escolar, abandono y/o egreso con sobre-edad, más elevadas.

Los niños/as que se ven obligados a trabajar, tienen limitadas sus posibilidades educativas, y de acceso a servicios integrales de salud. En el contexto de la "emergencia sanitaria", el 40,5% de los/as niños/as de 0 a 4 sólo cuentan con cobertura en salud de hospital público, en tanto que la cifra alcanza el 50,7% para el tramo de 5 a 14.

Respecto de los problemas de salud, entre los principales motivos de consulta de chicos/as en situación de calle se destacan los problemas respiratorios (22%), dermatológicos (14%), odontológicos (14%), los controles (17%), las heridas y/o traumatismos/quemaduras (12%) (CDNNyA; 2001).

CONSIDERACIONES RESPECTO DE LOS CONCEPTOS UTILIZADOS

Este trabajo apunta a reconocer las múltiples determinaciones en juego en el proceso que implica la efectivización de los derechos. Dentro de esta línea de trabajo, se intentó deconstruir y construir algunos conceptos que hacen al campo de la niñez, especialmente aquellos referidos a los derechos civiles, sociales y políticos. El derecho a la salud, en particular, incluido en la "protección

integral" de los derechos de niños, niñas y adolescentes convoca a interrogarnos y a pensar cómo el mismo debería ser operacionalizado desde el Paradigma de la Protección Integral.

Se trabajó con una conceptualización de efectores de salud en un sentido amplio. De esta manera, en el relevamiento realizado, incluimos tanto a las instituciones prestadoras de servicios de atención médica como a aquellas organizaciones que aunque no presten estos servicios, suministran servicios públicos sociales ligados al campo de la salud. Tal es el caso de los comedores comunitarios, de organizaciones que desarrollan acciones preventivas, de cooperadoras o gabinetes de escuelas, etc.; las cuales pertenecen en su mayor parte a las denominadas Organizaciones de la Sociedad Civil y que dan cuenta de una importante esfera de participación social pública no estatal en el campo de la salud (Luciani Conde; 2001).

En un momento en el cual los límites entre el Estado, el mercado y la sociedad civil se encuentran desdibujados, se concretiza un proceso que tiende a producir sinergias entre una lógica pública estatal y otra no estatal en la búsqueda del bien público o bien común.

En este contexto de construcción de un nuevo espacio público, en donde lo público ya no es reducible sólo a lo estatal (De Leonardi; 1998), se resignifica el estatuto de los bienes y servicios sociales, puesto que la dicotomía Estado-mercado ya no alcanza por sí sola para referirse a la producción de estos bienes y servicios³. En el presente trabajo reflexionamos sobre las características que asumen los procesos sociales mencionados, en el campo específico de los servicios de salud ligados al área de la niñez y adolescencia.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio exploratorio descriptivo inscripto en el enfoque teórico denominado Investigación en Sistemas y Servicios de Salud (Paim; 2000). Dicho enfoque privilegia en la delimitación del objeto la vinculación con la acción concreta desde una perspectiva transformadora de la realidad; la inclusión en la delimitación de la investigación de la visión de los actores directamente involucrados en la problemática y en la implementación de los resultados; y apunta a relacionar la actividad académica con la toma de decisiones en políticas sociales (Almeida; 2000: 11).

En el marco institucional ya mencionado, el 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.

³Al referirnos a servicios públicos sociales hacemos extensión del concepto de "bien público" a los servicios de salud, educación y cultura entre otros. Esta conceptualización se enmarca en la Teoría del interés Público (Morales; 1998).

Participaron del proceso de investigación autoridades e investigadores del Consejo de Derechos; trabajadores/as de las Defensorías de las zonas seleccionadas; alumnos/as, docentes e investigadores de la II^o Cátedra de Salud Pública y Salud Mental-UBA.

La articulación intersectorial Cátedra - Consejo de los Derechos implicó diferentes momentos de negociación que incluyeron: elección de las zonas geográficas a relevar; confección de los respectivos certificados para docentes y alumnos/as, impresión del Instrumento, devolución de los datos recabados, etc.

Las zonas geográficas de la Ciudad de Buenos Aires seleccionadas conjuntamente como escenario concreto de este estudio, en función de la relevancia que presentaron para los participantes y del tiempo disponible para la realización del trabajo fueron: Boca-Barracas, Palermo y Chacarita.

Como estrategias de integración metodológica (Bericat; 1998) se implementaron procedimientos de triangulación (Janesick; 1994) de datos (cuali-cuanti), de disciplinas (psicología, sociología, abogacía, antropología) y de investigadores (del Consejo y de la Cátedra).

En función del interés de la investigación, las Unidades de Análisis se seleccionaron en base a tres criterios (Goetz; Lecompte; 1988): 1) Ser organizaciones público estatales y/u organizaciones de la sociedad civil, 2) desarrollar prácticas relacionadas al campo de la salud, 3) desarrollar prácticas destinadas a niños/as y/o adolescentes.

El trabajo de campo se realizó durante seis cuatrimestres: segundo de 2001, primero y segundo de 2002, segundo de 2003, primero y segundo de 2004. El mismo implicó un relevamiento exhaustivo manzana por manzana de las zonas geográficas seleccionadas. Para esto la estrategia de entrada al campo fue organizándose a través de grupos de alumnos/as (de alrededor de cinco por grupo) a quienes se les asignó segmentos de seis manzanas a ser relevadas, más seis manzanas que funcionaron como reemplazo. Cada grupo contó con un tutor docente que orientó y acompañó el acceso al terreno.

El trabajo de recolección de datos se organizó por una primer actividad de reconocimiento basado en la técnica de "vagabundeo" (Goetz; Lecompte; op. cit: 108). Y una segunda actividad basada en la identificación de organizaciones y en la administración de una encuesta descriptiva diseñada para aquellas organizaciones que cumplían con los atributos definidos ya mencionados.

Cada alumno/a y docente recibió un certificado que acreditó su participación en la etapa de recolección de datos de la investigación, otorgado por las instituciones incluidas en el Convenio.

Los datos cuantitativos se analizaron por medio de procedimientos estadístico descriptivos (Weinberg; Goldberg; 1982) y se procesaron por medio del software SPSS. Los datos cualitativos se analizaron por medio de tareas de

reducción - disposición de datos y verificación de conclusiones (Huberman and Miles; 1994).

RESULTADOS

A lo largo de los 6 cuatrimestres en los cuales se trabajó, se relevaron 906 manzanas correspondientes a las Zonas de Boca/Barracas, Palermo y Chacarita. En ellas se identificaron en total 304 organizaciones, de las cuales 100 cumplían con los atributos definidos para ser consideradas como Unidades de Análisis de esta investigación.

En la Tabla 1 presentamos el total de manzanas relevadas, indicando el número total de organizaciones halladas y las Unidades de Análisis identificadas, según las Zonas Geográficas delimitadas en este estudio.

En la Tabla 2, tanto las organizaciones como las Unidades de Análisis identificadas se presentan según cuatrimestre.

Al relacionar el número de organizaciones identificadas con la cantidad de manzanas relevadas por zona, se estableció un indicador de densidad de organizaciones por manzanas relevadas (N^o U.A. / N^o de manzanas x 10).

Tomando a las tres zonas, existen 1,1 organizaciones por cada 10 manzanas. Desagregando por zonas observamos que hay 1,6 organizaciones cada 10 manzanas en la zona Boca / Barracas, en tanto que para la zona de Chacarita la densidad es de 1,3 y para Palermo de 0,7. Esto da cuenta de una mayor presencia de organizaciones que reúnen los requisitos definidos en Boca / Barracas y Chacarita. Zonas estas que presentan indicadores de mayor vulnerabilidad social en términos de pobreza estructural y mortalidad infantil.

Al diferenciar estos últimos datos según el Tipo de organizaciones, se observa que existen para las tres zonas en estudio, una razón de 1.2 organizaciones públicas no estatales por cada organización estatal identificada.

En la Tabla 3 presentamos el número de U.A. identificadas según Zona Geográfica y Tipo de Organización. Al desagregar por zonas, se aprecia que existe la misma cantidad de organizaciones estatales y no estatales en la zona de Boca / Barracas. En la zona de Palermo encontramos una presencia considerablemente mayor de Organizaciones de la Sociedad Civil (OSCs) (3.6 por cada organización estatal). En tanto que en Chacarita, existe una razón de 0.8 OSCs por cada organización estatal.

Al desagregar los Tipos de Organizaciones recién descritos según Subtipo, para el tipo "Sector Público Estatal"⁴ se observa la siguiente distribución: el 21.5% corresponde a Salud, el 21.4% a Cultura, el 4.8% a Acción

⁴ En el caso del Tipo "Público Estatal", la distribución corresponde a las organizaciones identificadas a partir de la 2^o toma en adelante ya que en el primer cuestionario administrado esta variable no fue desagregada. Se tomaron en cuenta los distintos subsectores y dependencias administrativas; a su vez el subsector salud fue desagregado según niveles de atención.

Social; el 2.4% al Consejo de Derechos; por su parte el 50% corresponde a la categoría otros.

En el caso del Sector "Público no estatal" se identificaron los siguientes Subtipos: Asociación Civil 33,3%, Entidad Religiosa 23.5%, Fundación 11.8%, Club Social y Deportivo 9.8%, Sociedad de Fomento 5.9%, Mutual y Centro de Jubilados con el 3.9%; Cooperativa, Grupo Comunitario, Unión Vecinal y Cooperadora (con el 2% respectivamente).

En cuanto a la visibilidad jurídica, del total de unidades de análisis identificadas el 63% posee Personería Jurídica, en tanto que el resto no (37%).

En relación a las Áreas de Trabajo en las cuales se desempeñan las organizaciones⁵, del total de respuestas obtenidas el 25,6% corresponde al área de Educación.

En segundo lugar aparecen el área de la Salud con el 15,3%, la de Grupos vulnerables con el 13,8% en tercer lugar; Deportes y recreación en el cuarto con el 12,3% y Cultura con el 11,3% en quinto término. Luego, con porcentajes más bajos se encuentran las áreas de Asistencia y Organización social (9,9%), y Otros (3,9%) Ciencia y Derechos (con el 2,2% respectivamente) Economía (1,5%), Vivienda y Medio ambiente (con el 0.7% respectivamente).

Respecto a las actividades realizadas, un alto porcentaje de organizaciones reconoce desarrollar acciones de Asistencia directa a beneficiarios (34,4% de las respuestas), ubicándose en segundo lugar las actividades de Capacitación (25,6%), Asesoramiento/asistencia técnica en tercer término (7,2%), la Difusión de derechos en cuarto término (5,6%), la Actividades productivas (4%) en quinto lugar y por último la Investigación (3,2%). El 18,4% restante pertenece a la categoría otros.

Dentro de las acciones de asistencia directa, se destacan⁶ las relacionadas a Apoyo escolar (23,3%), la Atención de la salud (16,2%), la Entrega de alimentos (15,4%), la Asistencia y prevención de enfermedades (14,3%) y Comedores y roperos comunitarios (12%).

En una alta proporción, las organizaciones relevadas reconocen a los miembros de la comunidad como los beneficiarios directos de sus acciones, con el 60,4% de las respuestas, seguido por propios miembros y miembros de la comunidad con el 24% y propios miembros solamente con el 13,5%.

Respecto de la accesibilidad a los servicios brindados, de las 100 organizaciones con información, el 54% reconoce la existencia de algún tipo de requisitos para acceder a los servicios que prestan. Entre ellos se mencionaron:

a) Ser socio, pagar la cuota en el caso de los clubes

⁵ Para este como para los demás ítems de la encuesta en los cuales es posible marcar más de una opción, las distribuciones presentadas representan los porcentajes de respuestas obtenidas para cada categoría.

⁶ En esta como en algunas de las siguientes variables, teniendo en cuenta el espacio disponible para este informe, se presentan solo las categorías consideradas más significativas, razón por la cual la suma de los porcentajes no alcanza el 100%.

deportivos;

b) el documento nacional de identidad (DNI), en el caso de Comedores infantiles, parroquias, asociaciones civiles e instituciones educativas;

c) certificados de aprobación de un nivel educativo formal en el caso de las instituciones educativas;

d) examen de nivel y la realización de un curso de ingreso también en instituciones educativas del nivel secundario;

e) vivir en el radio de la organización para las parroquias y algunas instituciones educativas;

e) estar ubicado en un rango específico de edad, para instituciones educativas u organizaciones destinadas al trabajo específico con una población en particular;

f) ser alumno/a de la escuela en el caso de instituciones educativas;

g) la orden del médico;

h) legajos, matrícula, informe psicopedagógico;

i) pertenecer a la cobertura del área programática;

j) tener derechos vulnerados;

k) estar en estado de carencia;

l) que las madres trabajen y no puedan cuidar a sus niños;

m) seguimiento a las familias por parte de Cáritas.

Por su parte, entre los argumentos según los cuales la población no debería cumplir con ningún requisito para acceder a los servicios de la organización, figuran los relacionados con que:

a) exigir requisitos es discriminatorio: "no se discrimina, se pide documento pero en caso de no tenerlo, no importa"; "no, no existe la discriminación";

b) se asocia el acceso a los servicios con un derecho: "se considera que la educación es un derecho básico de los niños";

c) el libre acceso se vincula a la apertura de la institución: "porque está abierta a todos"; "no, es participativa" "apertura a la comunidad", "abierta para el que quiere y necesita";

d) el libre acceso se vincula a "mejorar la calidad de vida";

e) se plantea el acceso con brindar un primer contacto: "se atiende al que lo requiera y si es necesario de lo deriva al hospital".

En cuanto a la modalidad de trabajo, el 66,7% participa en alguna red de organizaciones; y el 62,6% difunde sus actividades por algún medio.

Los medios más utilizados para difundir las actividades de las organizaciones son: Internet, páginas web, y medios gráficos como periódicos barriales, boletines, afiches, folletos, carteleras y posters, cuaderno de comunicaciones y reuniones en caso de las instituciones educativas, comunicación directa con el hospital, ateneos, talleres, vía telefónica y en menor medida, las radios y la TV.

En cuanto a la Defensoría de Derechos que participa en el barrio de cada organización, sobre las 98 organizaciones con información, son tantas las que refieren No conocer la existencia de la Defensoría como aquellas

que la conocen (50% respectivamente). Acerca de la Convención de los Derechos del Niño, para 16 organizaciones con información⁷, 12 (el 75%) refieren conocerla, en tanto que 4 (el 25%) no la conocen.

Respecto del Vínculo de las organizaciones con la Defensoría, al cruzar esta variable con la variable Conocimiento de la Defensoría, se desprende que de las organizaciones que refieren conocer la Defensoría del barrio, el 63% ha tenido algún tipo de vínculo con ella, expresando un nivel considerable de relacionamiento. Los motivos mencionados de vinculación con la Defensoría fueron:

- a) casos de violencia familiar, abuso infantil;
- b) "tenemos muchos chicos bajo juez;
- c) "los chicos presentan sus quejas mediante la Defensoría";
- d) charlas;
- e) asesoramientos legales. Algunas organizaciones respondieron, en lugar del motivo, el medio a través del cual se conectaron con la Defensoría. En esos casos, remitieron haberlo hecho "a través del gabinete (EOE)" y "a través del CGP".
- f) encuentro para organizar jardines maternos;
- g) refieren haber tenido alguna vinculación pero "no saber" de qué manera;
- h) para solicitar ayuda jurídica.

Para 62 organizaciones con información, el 35,2% considera que el intercambio con la Defensoría es Medianamente necesario, en tanto que el 33,3% lo considera Muy necesario, el 27,8% Imprescindible, y el 3,7% lo considera como algo Innecesario.

Respecto del vínculo con el campo de la salud, para el total de Organizaciones identificadas, una gran mayoría piensa que las actividades que desarrollan están muy o medianamente relacionadas con el área de la salud (86,9%). En relación al vínculo con el sistema de salud público estatal, sobre 56 OSCs con datos, 29 (el 51,8%) refieren no haber realizado trabajos conjuntos con servicios de salud estatales. Cuando se pregunta por el trabajo con profesionales pertenecientes al sistema público estatal, de 52 organizaciones con información, una mayor proporción refiere haber realizado algún tipo de trabajo conjunto (57,7%). Como argumentos esgrimidos para fundamentar la ausencia de trabajo conjunto, se planteó el hecho de contar con recursos propios ("tener una salita propia"), o bien la idea de que se estaría solicitando un trabajo ad honorem de los profesionales de la institución ("es difícil contactarse con alguien que quiera trabajar ad honorem").

En las respuestas referidas al trabajo con profesionales del sector salud en las organizaciones, se diferencian aquellas que remiten a las actividades que realiza un profesional perteneciente a la institución, de aquellas que realiza un profesional externo. Para el primer caso, se hace referencia a las derivaciones y las revisiones

médicas. En el segundo caso, se mencionan acciones como dar vacunas, dar charlas y revisar a los chicos.

Otras organizaciones no explicitan las acciones que realizan, sino sólo las disciplinas y/o especialidades con las que se establecen los vínculos. Las que se mencionan son: psicólogos/as, psicoterapeutas, médicos/as, kinesiólogos, traumatólogos, fonoaudiólogos.

Una gran proporción de las organizaciones (88%) reconoce que las actividades que llevan adelante están muy relacionadas a los cuidados de la salud de la población beneficiaria. Las actividades que realizan y que consideran vinculadas al cuidado de la salud de la población se ubican mayoritariamente en relación a lo asistencial. Las diferentes respuestas pueden agruparse en:

- a) tareas de prevención, diagnóstico, asistencia y tratamiento de la población. En este punto se incluyen las charlas informativas, los talleres de prevención, la atención médica, psicológica, la realización de primeros auxilios, la revisión médica de alumnos, orientación escolar y las campañas de vacunación, control de peso;
- b) las actividades deportivas y recreativas;
- c) la provisión de alimentos, ropa, vivienda, medicamentos;
- d) las instituciones religiosas, por su parte, suelen vincular el cuidado de la salud al restablecimiento físico y espiritual de la persona.
- e) la enseñanza / educación de cuidado del cuerpo, construcción de buena conciencia;
- f) la reeducación para el logro de una mejor calidad de vida.

En relación a la población beneficiaria⁸, sobre 78 organizaciones con información, la gran mayoría, 59 (75,6%), reconoce que hubo modificaciones en las características de la población que requiere sus servicios. Como motivo de estas modificaciones surgieron los siguientes: pobreza, falta de trabajo, falta de contención social, mayor porcentaje de inmigrantes, existencia de trabajadores cartoneros, el mejoramiento de la calidad de vida, el contar cada vez con menos donaciones para la clase media baja y baja.

Para 79 organizaciones con información, 57 (72,2%) reconoce la existencia de modificaciones en los tipos de demandas recibidas, entre ellas se mencionaron el "crecimiento de la demanda debido a los límites de la cobertura médica", "seguridad", "control de los chicos", "mejoría de instalaciones", "mayor cantidad de proyectos deportivos", "incremento del pedido de asistencia social", "más trastornos de ansiedad, stress, ataques de pánico, problemas de conducta agravados por la situación social", "nuevas demandas por parte de los cartoneros".

Por su parte, sobre 77 organizaciones con datos, 53 (68,8%) plantean la existencia de cambios en los problemas de salud relativos a la niñez y/o adolescencia.

⁸ Tanto esta como las próximas tres variables se han incorporado a partir de la segunda toma del cuestionario.

⁷ Esta pregunta se realizó solo en la segunda toma.

Estos cambios se asocian al “incremento de violencia, drogas y alcohol”, y se registran cambios al nivel de los “problemas de salud, alimentación, familiares, y socio-económicos”. Se mencionaron como aspectos significativos la a “violencia doméstica, familiar y escolar”, el “maltrato infantil”, la “mayor desnutrición”, “los trastornos posturales”, “problemas en la dentición por la mala calidad de la alimentación”, “problemas de aprendizaje”, “problemas en la salud mental”.

En relación a los cambios que se produjeran en la salud de los niños/as, y adolescentes, 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.

Por último, en relación a los servicios brindados, la mayoría de los encuestados (95%) refiere estar Muy o Medianamente conforme con los servicios que ofrece la organización, en tanto que una pequeña proporción refiere estar poco conforme o disconforme (5%).

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS FINALES

Hemos podido observar a partir de los resultados obtenidos del procesamiento de datos, la existencia de una concentración levemente mayor de organizaciones que cumplen con los atributos definidos en la Zona Boca / Barracas, respecto de la Zona Chacarita. Esta diferencia es notablemente mayor respecto a la Zona Palermo. Este dato hace visible una mayor presencia de entramado institucional en las zonas más desfavorecidas de la Ciudad (Barcala; López Casariego y otros; 2002).

Por su parte, 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.

Como aspectos a resaltar del estudio realizado, cabe mencionar que en un importante porcentaje las organizaciones identificadas reconocen la existencia de algún tipo de requisito para acceder a los servicios que ofrecen, y que 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 esta-

tal es elevada. 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.

Para terminar, puede sostenerse que la articulación intersectorial realizada conjuntamente entre el Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y la II^o Cátedra de Salud Pública Salud Mental de la Fac. de Psicología de la U.B.A., permitió aportar a la construcción de un marco de pensamiento referido a los modos de producción de procesos de investigación encuadrados en el compromiso con el cumplimiento de la CIDN (Luciani Conde, Barcala y otros; 2005).

Por su parte, el enfoque teórico denominado Investigación en Sistemas y Servicios de Salud (Almeida, 2000; Paim, 2000), nos permitió generar un proceso que privilegia la vinculación con la acción concreta y posibilita la transferencia inmediata de los conocimientos producidos en el proceso de indagación al incluir en la delimitación misma del problema y en la posterior implementación de los resultados a los actores directamente involucrados.

Como ejemplo de esto último, puede mencionarse que la construcción colectiva de la base de datos con información sobre el universo de organizaciones relevadas e identificadas en las distintas zonas geográficas, se constituyó para cada una de las Defensorías involucradas en un insumo valioso para su acción concreta.

Entendemos que así se contribuye a acortar la brecha entre “saber práctico” y “saber académico” favoreciendo la reflexión conjunta entre docentes y trabajadores involucrados en la construcción de las políticas públicas referidas a la infancia y adolescencia.

Esto último nos permite avanzar en metodologías compartidas de análisis y evaluación sobre las políticas sociales destinadas a la infancia, integrando y promoviendo la producción de conocimientos y la transformación de las políticas y los programas destinados a garantizar la efectivización de los derechos de niños/as y adolescentes.

ANEXO

Tabla 1

Zona	Cantidad de manzanas relevadas	Nº de organizaciones relevadas	Nº de organizaciones que no reunieron los atributos	Nº de Unidades de Análisis identificadas	Densidad (Nº de U.A. / Nº de manzanas x 10)
Boca / Barracas	146	62	38	24	1.6
Palermo	373	121	95	26	0.7
Chacarita	387	121	71	50	1.3
Total	906	304	204	100	1.1

Tabla 2

Cuatrimestre	Organizaciones		Total
	U.A.	Relevada	
Segundo 2001	17	35	52
Primero 2002	18	51	69
Segundo 2002	16	20	36
Segundo 2003	23	43	66
Primero 2004	7	21	28
Segundo 2004	19	34	53
Total	100	204	304

Tabla 3

Zona	Tipo		Total	Razón
	Público estatal	OSCs		
Boca/ Barracas	12	12	24	1
Palermo	6	22	26	3.6
Chacarita	27	23	50	0.8
Total	45	55	100	1.2

BIBLIOGRAFÍA

- Abrile de Vollmer, M. I. (1997) *Las Políticas Públicas y la Programación Social para la protección de los derechos de los niños y adolescentes*. Ministerio de Desarrollo Social y Salud. Gobierno de la Pcia. de Mendoza Mendoza - Argentina
- Almeida, C. (Editora) (2000) *Investigación en Sistemas y Servicios de Salud*. Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur. Cuadernos para Discusión N° 1. CIID-Fiocruz.
- Barcala, A.; López Casariego, V.; Czerniecki, S.; Scavino, C.; Stolkiner, A.; (2002) "Notas sobre inequidades en salud de los niños/as de la Ciudad de Buenos Aires y estrategias familiares de cuidado". En *Revista Ensayos y experiencias* Ediciones Novedades Educativas. Argentina.
- Bericat, C. (1998) *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social*. Barcelona. Ariel.
- CDNNyA (2003) "Programa de Fortalecimiento del Circuito de Protección Integral contra toda forma de explotación visible o no, remunerada o no de niños y niñas menores de 15 años". GCBA.
- CDNNyA. (2001) "Programa de atención de la salud de chicos en situación de calle - Movil Sanitario". GCBA.
- Colectivo de Cátedra Salud Pública/Salud Mental II. Facultad de Psicología-UBA (2003). "Relevamiento de los recursos de salud en la Ciudad de Buenos Aires. Una mirada desde la protección de derechos de la infancia". En *XI Anuario de Investigaciones*. Pág. 227 - 235. Fac. de Psicología - UBA. Secretaría de Investigaciones.
- CONAETI (2002) "Propuesta Nacional para la Erradicación Progresiva del Trabajo Infantil".
- Contreras Largo, C. (1997) "Hacia un diagnóstico para el ejercicio de la ciudadanía". En *De la Tutela a la Justicia*. UNICEF - Corporación Opción Chile.
- De Leonardis, O. (1998) *In un diverso welfare. Sogni e incubi*. Milán. Feltrinelli.
- Goetz, J.P.; Lecompte, M.D. (1988) "Selección y muestreo: el comienzo de la investigación etnográfica". En *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid. Morata.
- Huberman, A. and Miles, M. (1994) "Data management and analysis methods" in *Handbook of qualitative research* (edited by N. Denzin, Y. Lincoln) London. Sage.
- Indec (2004) Encuesta permanente de hogares.
- Janesick, V.J.; (1994) "The dance of Qualitative research design. Metaphor, methodolatry, and meaning". In *Handbook of Qualitative research*. United States of America, Edited by Denzin, Norman; Lincoln Yvonna. Sage Publications.
- Luciani Conde, L. (2001) "Lo público no estatal en salud" En *Investigaciones en Psicología*. Rev. Inst. de Investig., Año 6 N° 11. Bs As. Fac. de Psicología, UBA.
- Luciani Conde, L; Barcala, A; Corradini, A; De Gemmis, V; Barbieri, A; Krotsch, P; Fanelli, A.M; Camera, O; Pambukdjian, M; Laino, C; Luzuriaga, C; Giordano, P; Rodríguez, C (2005) "De la infancia en los márgenes a la ampliación de los márgenes de la infancia: ¿Es posible la efectivización del derecho a la salud de niñas y niños en situación de calle?" En *Diagnósticos en la infancia. En busca de la subjetividad perdida*. Gisela Untoiglich (Coord.) Pag. 107-120. Buenos Aires. Ediciones Novedades Educativas.
- Morales, A.M. (1998) "Suministro de servicios sociales a través de organizaciones públicas no estatales". En *Lo público no estatal en la reforma del Estado*. Luiz Carlos Bresser Pereira y Nuria Cunill Grau (editores). Bs As. Paidós /CLAD.
- Paim, J. S.; (2000) "Redefiniciones posibles en la investigación en sistemas y servicios de salud". En *Investigación en Sistemas y Servicios de Salud. Cuadernos para discusión N° 1 - 2000*. Celia Almeida (Editora).
- Weinberg y Goldberg (1982) *Estadísticas básicas para las ciencias sociales*. México. Nueva Editorial Interamericana.

Fecha de recepción: 19 de diciembre de 2005

Fecha de aceptación: 7 de abril de 2006