Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Licenciatura en Terapia Ocupacional Tesis de Terapia Ocupacional

2015

Universalidad y garantía de derechos : derecho a la salud, adolescentes y asignación universal por hijo

Palumbo, Anabela Soledad

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/234

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

Universalidad y Garantía de Derechos

Derecho a la salud. Adolescentes y Asignación Universal por Hijo

Palumbo, Anabela
Peters, Lucía

2015

Tesis de grado para optar por el título de

Licenciatura en Terapia Ocupacional

presentada en la

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social

MAR DEL PLATA • BUENOS AIRES • ARGENTINA

INDICE

Índice 2

Dirección/Asesoría metodológica/Tesistas 7

Introducción

Introducción 14

Fundamentación del problema de investigación 17

Parte 1: Marco conceptual

Capítulo 1- Salud y políticas públicas: AUH

1.1 Derecho a la salud 21

1.1.1 ¿Qué es la salud? 21

1.1.2 Consideraciones generales del Derecho a la Salud 22

1.1.3 Derecho Constitucional a la Salud 24

1.2 Políticas públicas 25

1.2.1 Definiciones y alcances 25

1.2.2 Emergencia de la AUH en Argentina 26

1.2.2.1 Requisitos para percibir la AUH 27

1.2.2.2 El impacto de la AUH en la Argentina 29

Capítulo 2- Promoción de la salud: Una mirada desde Terapia Ocupacional en el Ámbito Social

2.1 Promoción de la salud y Terapia Ocupacional 32

2.1.1 Definición de terapia ocupacional 32

2.1.2 ¿Qué es la Promoción de la Salud? 32

2.1.3 Terapia Ocupacional en promoción de la salud 35

2.1.4 Terapia Ocupacional en el ámbito social 36

Capítulo 3- Adolescencia: ¿por qué hablamos de adolescentes vulnerables?

3.1 Adolescencia 41

3.1.1 ¿De qué hablamos cuando hablamos de adolescencia? 41

3.1.2 Adolescencia en situación de vulnerabilidad 42

Capítulo 4- Representaciones sociales: definiendo conceptos

4.1 Representaciones sociales 48

4.1.1 ¿Qué entendemos por representaciones sociales? 48

4.1.2 Dimensiones de las representaciones sociales 50

Parte 2: Estado Actual de la Cuestión

Estado actual de la cuestión 53

Parte 3: Problema y objetivos

1. Problema 60

2. Objetivo general 60

3. Objetivos específicos 60

Parte 4: Aspectos metodológicos

1. Enfoque y diseño de investigación 62

2. Muestra 62

3. Criterios de selección de la muestra 63

3.1 criterios de inclusión 63

3.2 criterios de exclusión 63

4. Definición conceptual y operacional de las variables 63

5. Recolección de datos 66

5.1 Técnicas de recolección de datos 66

5.2 Procedimiento de recolección de datos 67

6. Análisis de los datos 68

6.1 Técnicas de análisis de los datos 68

Parte 5: Resultados

1. Descripción de la población 76

2. Material visual utilizado 76

3. Entrevista semi-estructurada 77

4. Encuesta auto-administrable 89

Parte 6: Conclusiones

Conclusiones 103

Parte 7: Bibliografía

1. Bibliografía 110

2. Bibliografía electrónica 112

Parte 8: Anexos

1. Material visual 118

2. Entrevista semi-estructurada 119

3. Encuesta auto-administrable 120

4. Carta de presentación 121

Directora:

-T.O Vega, María Carlota ……

Asesoramiento Metodológico:

-Lic. Maccarone, Silvina ……..

-Taller de Tesis T.O

Autoras:

-Palumbo, Anabela Soledad .....

M.U. 8973/05

DNI 32907369

-Peters, Ana Lucia …….....

M.U. 8977/05

DNI 32885818

AGRADECIMIENTOS

A Carlota Vega, por su apoyo permanente y compañía en este tránsito tan particular.

A Silvina Maccarone, por su valiosísima generosidad y asesoramiento.

Al taller de tesis por su gran dedicatoria, apoyo constante y sobre todo paciencia en esos momentos en que las dudas nos inundaban.

A todos los docentes que nos formaron a lo largo de estos años y que nos mostraron lo hermoso y enriquecedor que es ser Terapista Ocupacional.

A las instituciones que nos abrieron sus puertas permitiéndonos sentirnos parte de ellas.

A los adolescentes, que nos permitieron ampliar nuestros conocimientos y generarnos constantemente nuevas inquietudes.

DEDICATORIAS

"Parecía que habíamos llegado al final del camino y resulta que era sólo una curva abierta a otro paisaje y a nuevas curiosidades"

A mis papás, Juan y Alejandra, que me dieron la libertad de elegir esta hermosa carrera, por su esfuerzo y sacrificio, su confianza en mí y su apoyo permanente...

A Rodrigo, compañero de estudio y de vida, por todos los momentos compartidos, por el aguante y esfuerzo para llegar al final...

A mis hermanos, Juana, Julieta, Victoria y Eduardo porque a pesar de las distancias, están junto a mí en cada instancia de la vida...

A mis sobrinos, Santino, Julia, Margarita y Clara, por su amor puro, y por hacer la vida tan alegre y divertida...

A todos los que creyeron que este día llegaría, abuelos, tíos, primos, amigos y familia política...

Lucía Peters

Gracias a todos ellos que me permitieron ingresar al mundo donde podré hacer de mis sueños una hermosa realidad…

A vos mamá que tu amor y tu apoyo fueron el combustible que me permitieron seguir adelante sin bajar los brazos. A vos por estar siempre, por alentarme en todo momento, por ser mi mamá, amiga y consejera, gracias por confiar siempre en mí.

A vos papá que siempre estuviste ahí, atento a cada fecha, esperándome para gritar juntos de emoción después de cada examen, calmándome en los momentos en que mis nervios no me dejaban pensar y depositando toda tu confianza en mí.

A vos mi amor porque siempre creíste en mí, en lo que yo podía dar aún cuando yo ni siquiera sabía de lo que yo misma era capaz, por las tardes y noches estudiando donde sólo verte a vos al lado me calmaba. Gracias por confiar en mí y disfrutar conmigo cada logro, por convertir la pasión que me genera mi profesión en tu pasión, en tu orgullo.

A mis hermanos que a lo largo de la vida me enseñaron que siempre mis mejores profesores serán mis hermanos mayores. Porque pasan la vida molestando, pero sin ustedes nada sería igual.

A mis amigas y hermanas, Flor y Meli, por soportar mis manías, por entender cada sentimiento, por estar cada vez que las necesité, por hacerme reír y porque me hacen sentir especial, por enseñarme que la verdadera amistad se trata de quien llegó y nunca se fue, son mis amigas en la vida y mis hermanas del alma.

A Mari mi cuñada, mi amiga, mi hermana por estar siempre, por hacerme sentir que ya no era la única hija mujer en la familia que también tenía una hermana mayor que me aconsejaba, me calmaba y me acomodaba el camino para que siga andando tranquila.

A mis sobrinos, Gian y Valentín, que con sus sonrisas y alegrías me daban fuerzas para seguir, transformaban mi llanto en una sonrisa, mis nervios en más nervios pero en unos nervios alegres y llenos de risas.

A mis suegros, Mari y Carlos que los fines de semana me brindaban su casa como si fuera parte de ella, haciéndome sentir tranquila, feliz de

tener ese espacio para mí. Gracias por atenderme y calmarme como si fuera su hija.

A mis nonnos que ante cada locura de examen, en esos momentos en los que hasta el aire me molestaba, me dejaban encerrar en su casa, sólo cuidándome, sólo preocupándose porque "me alimentara para pensar mejor".

A mi luz que me guió en todo el camino, no existió examen en que me fuera de mi casa a la facu sin darle un beso a tu foto y pedirte que me dieras paz, que no dejes que me venzan mis nervios. La última vez que hablaste conmigo te dije lo que iba a estudiar y acá estoy en el fin de la carrera. Gracias abuelo.

...A todos ellos gracias por dejarme hacer realidad esa frase que va a quedar en mi piel hasta los últimos días de mi vida,

"Decir Adiós es Crecer"...

Anabela Palumbo

Introducción

INTRODUCCIÓN

La situación de la niñez y la adolescencia en Argentina puede analizarse sobre la base de las brechas existentes entre la realidad actual y el cumplimiento pleno de los compromisos asumidos por el Estado, teniendo en cuenta lo contemplado en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN). La CDN considera a todos los niños, niñas y adolescentes sujetos de derecho. *"...Este documento, ratificado por Argentina en 1990, configura el horizonte al cual deben apuntar los esfuerzos de las políticas públicas y el accionar de la sociedad en temas que afectan a las personas menores de 18 años."*[1]

Los derechos que se presentan en la CDN son: Derecho a la Salud, a la Nutrición y al Desarrollo Infantil Temprano; Derecho a la Educación; Derecho a la Protección Especial; Derecho a la Identidad y el Derecho a la Participación. En su conjunto, un ambiente donde se respeten plenamente todos estos derechos se configura como un *"entorno protector"* de los niños, niñas y adolescentes que puede concretizarse a nivel de comunidad, municipio, provincia y estado nacional.

El ***Estado***, la ***sociedad*** en general, y la ***familia*** en particular, conforman una trilogía responsable de hacer efectivos los derechos de los niños, niñas y adolescentes. La obligación del Estado está básicamente en crear condiciones a las familias en lo social, cultural y económico, entre otras, para que éstas puedan satisfacer las necesidades y derechos de sus hijos.

El *derecho a la salud* incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna,

[1] UNICEF Argentina. "*La niñez y la adolescencia*". http://www.unicef.org/argentina/spanish/children.html [consulta agosto 2014]

aceptable, asequible y de calidad satisfactoria. Significa que los Estados deben crear las condiciones que permitan que todas las personas puedan vivir lo más saludablemente posible, condiciones que incluyen *"...la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos"*[2]. Es uno de los derechos humanos fundamentales para los ciudadanos. En la Argentina, su cumplimiento está garantizado por la Constitución Nacional. *"El Estado nacional define políticas públicas que son desarrolladas y aplicadas por el Ministerio de Salud de la Nación y el Consejo Federal de Salud, encargado de coordinar tales políticas con todas las provincias."*[3]

En estos últimos diez años en el país se han implementado Planes, Programas, Proyectos sociales y de salud dirigidos a niños y adolescentes con derechos vulnerados asociados a situaciones de pobreza, entre ellos: Plan Nacer, Programa Sumar, Progresar, Asignación Universal por Hijo (en adelante AUH). Estos han sido implementados con el objeto de contribuir al desarrollo integral, a la salud, educación y fortalecimiento de la población a la que se dirige.

Los adolescentes conforman un gran sector destinatario de las políticas públicas mencionadas. Si consideramos a la adolescencia como un período de la vida donde se construyen y consolidan ciertos valores y fortalezas sociales, psicológicas y sexuales, como el momento donde comienzan a perfilarse proyectos de vida y se sientan las bases para el desarrollo individual y de la

---

[2]Organización Mundial de la Salud (OMS). "*Derecho a la salud*". http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/ [consulta agosto 2014]
[3]EDUCAR. "*El derecho a la salud en la Argentina*". http://www.educ.ar/sitios/educar/recursos/ver?id=14403 [consulta agosto 2014]

sociedad, entonces priorizar a jóvenes y adolescentes resulta indispensable.

Por lo dicho anteriormente, el énfasis de ésta investigación está puesto en indagar el conocimiento que los adolescentes poseen de sus derechos como ciudadanos, principalmente del derecho a la salud, sus prácticas habituales de salud, la valoración de las propuestas del sistema de salud y la representación social que los mismos adolescentes tienen respecto a una política pública (la AUH), de su implementación e impacto.

FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo se enmarca en un proyecto mayor de investigación de la UNMDP que profundiza una de sus líneas de investigación de los últimos años: los Planes, Programas, Proyectos sociales y de salud implementados en el último período en la ciudad, dirigidos a niños con derechos vulnerados asociados a situaciones de pobreza y que, actualmente, se propone evaluar el impacto de las últimas decisiones en políticas de inclusión social: la AUH en cuanto a forma de implementación y contribución al desarrollo integral, salud, educación y fortalecimiento de ciudadanía.[4]

Se han realizado investigaciones acerca del impacto que la AUH tuvo en sus receptores, aunque la mayoría de las publicadas hasta el momento se centran en las modificaciones que esta política provocó en la escolaridad de los jóvenes, pero no así en su salud y menos aún se conoce acerca de la representación social que los adolescentes poseen respecto a las acciones que los tienen como objeto.

Dado que el desarrollo de estrategias de promoción de la salud debe tomar en cuenta las características singulares de la población a la que se dirige, resulta de particular importancia focalizar y caracterizar a la población de estudio elegida para esta investigación. Ésta se conforma por adolescentes en condiciones de vulnerabilidad, no sólo por ser la adolescencia una etapa de crisis vital, sino también debemos agregarle la vulnerabilidad propia del sector

[4] VEGA, M.C y cols. "*Reflexión y análisis acerca de la implementación de políticas sociales dirigidas a la niñez y familias de la ciudad de Mar del Plata: La Asignación Universal por Hijo, alcance e impacto.*" CD. IX Jornadas de Debate en Salud y Población. Instituto de Investigación Gino Germani. Facultad de Cs. Sociales. UBA. Buenos Aires. Argentina. 2011.
http:// webiigg.sociales.uba.ar/saludypoblacion /?seccion=jornadas_nacionales [consulta mayo 2014]

socio-económico de adolescentes que perciben la AUH. *"...En años recientes se ha empezado a plantear cada vez más la importancia de considerar la opinión de los propios beneficiarios cuando se analizan programas sociales (...) si la definición respecto a quiénes son y qué necesitan es básica en la formulación de políticas, el conocimiento de cómo son apreciadas por los usuarios, ha pasado a ser un componente indispensable en el momento de evaluar su marcha y resultados".*[5]

Con respecto al ámbito estrictamente disciplinar de la Terapia Ocupacional, se espera que los hallazgos ayuden a consolidar la nueva área en formación, relativa a la implementación de técnicas etnográficas. La asimilación de mirada etnográfica brinda una intervención terapéutica idónea, ya que dicha mirada se especializa precisamente en contemplar las representaciones de los actores sociales estudiados.

Al centrarnos en un determinado campo social se pretende dar a conocer el significado de los términos, ideas y conceptos que se han construido social e históricamente, pero que han cambiado a lo largo del tiempo. En lo que respecta a los derechos humanos tenemos en cuenta las realidades, las costumbres y las creencias y peculiaridades de un limitado campo intentando que los hallazgos sirvan de base al desarrollo de teorías y de acciones de promoción de la salud (transferencia y extensión de conocimientos).

[5]GRASSI, E; HINTZE, S; NEUFELD, MR. "*Políticas Sociales: Crisis y Ajuste Estructural*". Editorial Espacio.1994.Pág. 200

Parte 1

Marco Conceptual

CAPÍTULO 1

Salud y políticas públicas: Asignación Universal por hijo

DERECHO A LA SALUD

"Un Derecho no es lo que alguien te debe dar, un derecho es lo que nadie te debe quitar"
(Anónimo)

¿Qué es la salud?

No es posible comprender en qué consiste el Derecho a la Salud del cual hacemos mención en la presente investigación si previamente no definimos de qué se trata aquello que se busca proteger por medio de un derecho, por lo cual, a continuación, se presentará el modo en el cual se concibe lo saludable. La idea de lo que se entiende por salud depende de la interacción de múltiples factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos.

Como apunta Briceño-León (2000), *"la salud es una síntesis; es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional."*[6]

Desde esta perspectiva que no monopoliza el saber en los profesionales del área, sino que entiende la salud como un proyecto de vida de un grupo humano, ésta se presenta básicamente como aquello que resulta de la interacción de todos los actores sociales, de modo, que *"la responsabilidad en*

[6] BRICEÑO-LEÓN, R. "*Bienestar, salud pública y cambio social.*" En Briceño- León, R.; De Souza, M; y Coimbra, C. (Coords.). Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales. Editorial Fiocruz. Río de Janeiro. 2000. Pág. 15

la planificación, puesta en práctica y evaluación le pertenece a la comunidad en su conjunto"[7]

Consideraciones generales del Derecho a la Salud

"El derecho a la salud significa que los gobiernos deben crear las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones incluyen la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos. El derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar sano".[8]

El derecho a la salud está consagrado en tratados internacionales y regionales de derechos humanos y en las constituciones de países de todo el mundo.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, que supervisa el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptó en 2000 una Observación general sobre el derecho a la salud.

En dicha Observación se afirma que el derecho a la salud abarca cuatro elementos:

1. **Disponibilidad.** Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
2. **Accesibilidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

[7] NAJMANOVICH, D.; LENNIE, V. "*Pasos hacia un pensamiento complejo en salud*" *[pdf]* http://www.denisenajmanovich.com.ar/htmls/0303_textos.php [consulta octubre 2014]
[8] OMS. "*Derecho a la salud*". 2013. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/ [consulta noviembre 2014]

- no discriminación;
- accesibilidad física;
- accesibilidad económica (asequibilidad);
- acceso a la información

3. **Aceptabilidad.** Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.
4. **Calidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

Según la Observación general mencionada, el derecho a la salud también comprende "obligaciones básicas" referentes al nivel mínimo esencial del derecho.

Entre esas obligaciones básicas figuran las siguientes:

- servicios esenciales de atención primaria de salud;
- alimentación esencial mínima que sea nutritiva;
- saneamiento;
- agua potable;
- medicamentos esenciales.

Otra obligación básica es la de adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública en los que se tengan en cuenta las preocupaciones en materia de salud de toda la población. Esa estrategia y ese plan deberán prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados.

Derecho Constitucional a la Salud

A partir de la reforma de la Constitución Nacional de 1994, el derecho a la salud se encuentra expresamente reconocido con jerarquía constitucional por el art. 75, inc. 22, de la Carta Magna, que enumera una serie de tratados. Entre ellos el art. 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que dispone que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y bienestar y, en especial, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.

En el mismo sentido, el art. XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, establece que toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.

En procura de la consecución de los mismos fines, el art. 75, inc. 23, de la Constitución Nacional, establece –en cuanto resulta pertinente en la presente investigación- entre las atribuciones del Congreso, legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por la Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad. En consonancia, la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires garantiza el derecho a la salud integral (art. 20).

POLÍTICAS PÚBLICAS

"Solo sirven las conquistas científicas sobre la salud si éstas son accesibles al pueblo"
(Ramón Carrillo)

Definiciones y Alcances

Teniendo en cuenta que la presente investigación se encuentra centrada en una política pública (la AUH), que tiene como principal objetivo que los niños y adolescentes asistan a la escuela, se realicen controles periódicos de salud y cumplan con el calendario de vacunación obligatorio, nos parece relevante señalar brevemente qué se entiende por *políticas públicas*.

La noción de política pública remite al estado, a sus articulaciones con la sociedad, a la administración pública y a sus actividades concretas. Cada uno de estos temas reclama un tratamiento particular que no será abordado en este trabajo. Sólo se señala que las políticas públicas están respaldadas por el imperio del estado, pretenden tener consecuencias sobre la sociedad y requieren para ello acciones de la administración pública.

Las políticas públicas ocupan un espacio destacado en la compleja articulación entre el Estado y la sociedad civil. Son formuladas por el Estado y se proponen impactar en la sociedad. Siguiendo a Norberto Zeller entendemos las políticas públicas como *"...un conjunto de decisiones que se orientan a impactar en el ámbito social. También pueden ser acciones gubernamentales sin una clara*

explicitación de sus objetivos"[9], si bien no existe una definición única ya que el concepto tiene diversas interpretaciones y alcances.

Las políticas no son un momento o un instante sino que constituyen un proceso que incluye decisiones y no decisiones, implican valores sociales, normas, procedimientos, recursos materiales y actores sociales. Generan impactos en el conjunto social, que en algunos casos resultan claramente observables y en otros no. *"...La política pública puede entenderse como un proceso lineal y secuencial en términos analíticos. Pero en la realidad aparece como un accionar dinámico sujeto a acciones y reacciones, a consensos y conflictos entre los diversos actores que intervienen".*[10]

Emergencia de la Asignación Universal por Hijo en Argentina

A través del Decreto Presidencial (DNU) n. 1.602, del 29 de octubre de 2009, se incorpora al Sistema de Asignaciones familiares el Subsistema no Contributivo de Asignación Universal por Hijo para Protección Social (AUH). La confirmación de la Asignación Universal por Hijo ha concretado la incorporación de amplios contingentes de población a uno de los beneficios del régimen de asignaciones familiares, definido históricamente bajo un esquema contributivo, sólo vigente precedentemente para los trabajadores empleados en relación de dependencia. En tal sentido la instauración de la AUH por parte del Poder Ejecutivo determinó la ampliación hacia todos los menores de 18 años cuyos padres o tutores se encuentren desocupados, sean monotributistas sociales o

[9] ZELLER, N. "*Políticas Públicas. Marco conceptual metodológico para el estudio de las Políticas Públicas.*" Dirección de Investigaciones. Instituto Nacional de la Administración Pública. Subsecretaria de la Gestión Pública. Buenos Aires.2007 http://www.sgp.gov.ar/contenidos/inap/publicaciones/docs/politicas_publicas/politicas_publicas.pdf [consulta noviembre 2014]

[10] MARTINEZ NOGUEIRA, R. *"Análisis de Políticas Públicas."* Ed. INAP. Bs. AS. 1997.

se desempeñen en la economía informal o en el servicio doméstico, siempre que perciban remuneraciones inferiores al Salario Mínimo Vital y Móvil.

Los programas de transferencias condicionadas son utilizados por distintos países de la región como mecanismo de lucha contra la pobreza y la desigualdad. El objetivo básico de estas políticas es focalizar las transferencias monetarias sobre familias con hijos menores de edad en situación de vulnerabilidad social, y condicionar las mismas con el fin de fomentar tanto el cuidado de salud como la formación de capital humano de los niños.[11]El monto a cobrar es de $644 y de $2100 para Hijo con Discapacidad.[12]

Un aspecto destacado de la AUH es su magnitud y grado de universalidad. Respecto de la magnitud, el gasto previsto para el plan supera a los ejemplos de otros países ya que el mismo representa 0,6% del PIB. Por otro lado, si bien el plan no tiene un carácter universal, puesto que sólo apunta a aquellos sectores que no perciben la asignación por medio del régimen contributivo, el diseño del mismo implica equiparar los ingresos que reciben todos los menores. En este sentido, el plan no pretende estipular un ingreso de carácter universal, sino más bien a universalizar un ingreso.

- Requisitos para percibir la AUH

En cuanto a los requisitos, el cobro del 20% del estipendio previsto en la AUH está sujeto al cumplimiento de escolaridad y de normas de salud por parte del menor. En particular, los beneficiaros cobrarán el acumulado de ese 20% a principios de cada año lectivo que será acreditado en una cuenta bancaria siempre que presentaran los correspondientes certificados. Esta

[11] ANSES. *"Asignación Universal por Hijo."* http://www.anses.gob.ar/asignaciónuniversal-68 [consulta agosto 2014]
[12] Ibid

condicionalidad parece estar dando resultados positivos en materia de educación y salud.

Para percibir la Asignación Universal por Hijo para Protección Social, ambos padres o los mayores a cargo, y los menores e hijos con discapacidad que integren el grupo familiar, deben encontrarse en alguna de las siguientes situaciones:

- Encontrarse desocupados, es decir, no percibir ninguna suma de dinero en concepto de prestaciones contributivas o no contributivas, nacionales o provinciales (Subsidios, Planes, Pensiones, etc.).
- Ser trabajadores no registrados, es decir, que se desempeñen en la economía informal y percibir una suma de dinero igual o menor al Salario Mínimo, Vital y Móvil.
- Ser trabajadores inscriptos en los planes "Argentina Trabaja / Manos a la Obra" del Ministerio de Desarrollo Social o "Programa de Trabajo Autogestionado" del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social.
- Ser trabajadores inscriptos en el Régimen de Monotributistas Sociales.
- Ser trabajadores incorporados en el Régimen Especial de Seguridad Social para Empleados del Servicio Doméstico, (artículo 21 de la Ley Nº 25.239) y percibir un ingreso menor al Salario Mínimo, Vital y Móvil.
- Ser trabajadores de temporada, encontrarse con reserva de puesto de trabajo a mes completo y no percibir ninguna suma de dinero durante ese período.
- Encontrarse privados de su libertad, incluyendo a aquellos que desempeñen tareas dentro de las Unidades del Servicio Penitenciario Federal, inscriptas dentro del "Ente de Cooperación Técnica y Financiera del Servicio

Penitenciario Federal (ENCOPE)", y dentro del "Servicio Penitenciario Provincial de Córdoba", siendo determinante la condición procesal de los internos.

- El impacto de la Asignación Universal por Hijo en la Argentina[13]

- *Impacto de la asignación sobre indicadores del bienestar social*: según estudios realizados por el Centro de Estudios para el Desarrollo Argentino (CENDA), el Programa de Formación Popular en Economía (PROFOPE) y el Centro de Estudios e Investigaciones Laborales (CEIL) del Conicet, gracias a la implementación de la Asignación Universal por Hijo, los principales indicadores del bienestar social (pobreza, indigencia, desigualdad y vulnerabilidad relativa) experimentan una notable mejoría.

- *Impacto en la indigencia:* con la AUH, los indicadores de indigencia se reducen entre un 55 y un 70%, retornando así a los mejores niveles de la historia argentina (los de 1974).

- *Impacto en la desigualdad*: luego de la AUH, el indicador más arquetípico de desigualdad (cuántas veces ganan los ricos más que los pobres) se reduce en un 30%, llevando a que la Argentina sea ahora el país más igualitario de América Latina.

- *Impacto en la vulnerabilidad relativa*: por primera vez en décadas, la AUH ha logrado que los grupos poblacionales históricamente más vulnerables (como niños, madres solteras o familias numerosas) tengan una menor probabilidad relativa de indigencia que el resto de la sociedad.

[13] ANSES. "*El impacto de la Asignación Universal por Hijo en la Argentina.*" http://www.anses.gob.ar/archivos/gacetilla/Impacto_AUH.pdf [consulta agosto 2014]

- *La Asignación Universal por Hijo y el PBI*: la AUH es el programa de asistencia social de Latinoamérica al cual se destina el mayor porcentaje de PIB. Los desembolsos anuales previstos representan 0,58% del PIB de la Argentina. Los fondos previstos para la Asignación Universal por Hijo duplican lo presupuestado por otros países en términos del PIB.

CAPÍTULO2

Promoción de la salud: Una mirada desde Terapia Ocupacional en el Ámbito social

"La función de proteger y desarrollar la salud debe ser una prioridad superior a la de restaurar dicha salud cuando la misma está afectada"

(Hipócrates)

Definición de Terapia Ocupacional

Según la ***Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT)*** ***"****la terapia ocupacional es una profesión que se ocupa de la promoción de la Salud y el Bienestar a través de la ocupación. El principal objetivo de la terapia ocupacional es capacitar a las personas para participar en las actividades de la vida diaria. Los terapeutas logran este resultado mediante la habilitación de los individuos para realizar aquellas tareas que optimizarán su capacidad para participar, o mediante la modificación del entorno para que éste refuerce la participación."*[14] Siguiendo en palabras de Cristina Labrador (Delegada Española en WFOT) *"…los terapeutas ocupacionales establecen que la participación podría estar facilitada o restringida por entornos físicos, sociales, actitudinales y legislativos (…) por todo ello la práctica de la terapia ocupacional podría estar dirigida a aquellos aspectos variables del entorno para mejorar la participación…"*[15]

¿Qué es la promoción de la salud?

Se entiende por promoción de la salud al *"proceso mediante el cual uno toma*

[14] LABRADOR, C. *"Federación Mundial de terapeutas ocupacionales (WFOT). Definición de terapia Ocupacional"* 2004.
http://www.**wfot**.org/ResourceCentre/tabid/132/did/43/Default.aspx [consulta noviembre 2014]
[15] Ibid

conciencia de la necesidad de un cambio de comportamiento y estilo de vida y adquiere los aprendizajes y destrezas necesarios para lograr dicho cambio. Específicamente, la promoción de la salud es el esfuerzo sistemático de personas u organizaciones para incrementar el bienestar."[16]

Bajo el lema "Salud para todos en el año 2000" la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, reunida en Ottawa en noviembre de 1986, entendió que la promoción de la salud consiste en *"proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma."*[17]

Siguiendo lo establecido en dicha conferencia *"la promoción de la salud se centra en alcanzar la equidad sanitaria. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial."*[18]

Según la Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud, elaborada por los participantes en la 6ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, celebrada en Tailandia entre el 7 y el 11 de agosto de 2005 y copatrocinada por la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud Pública de ese país "*...mediante la promoción de la salud se pretende capacitar a la gente para que tenga un mayor control sobre su salud y sus determinantes, para lo cual se fomentan sus aptitudes personales, se aprovecha la acción de la comunidad y se potencian las políticas públicas idóneas, los servicios de salud y los entornos favorables. La promoción de la salud orienta hoy día políticas*

---

[16] OPATZ, J.P. *"A primer of health promotion."* Oryn Publishers. Washington DC. 1985. En: Hopkins HL, Smith HD, Willard/Spackman. Terapia Ocupacional. 8va. edición. Madrid. Edit. Médica Panamericana. 1998. Cap. 29. Pág. 844.

[17] Carta de Ottawa para la promoción de la salud. 1986

[18] Ibid

sanitarias mundiales, nacionales y comunitarias, contribuyendo así a reducir los riesgos para la salud."[19]

Dicha Carta, dirigida a las personas, los grupos y las organizaciones cuya intervención es crucial para el logro de la salud, complementa los valores, principios y estrategias de acción establecidos en la *Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud*, así como las recomendaciones de las sucesivas conferencias mundiales sobre promoción de la salud que han sido ratificadas por los Estados Miembros en la Asamblea Mundial de la Salud, y plantea, como estrategias para la promoción de la salud, medidas políticas enérgicas, una amplia participación y actividades permanentes de promoción.

La perspectiva de promoción de la salud *"permite pensar las políticas sociales en salud desde políticas públicas saludables –las pps- según las cuales los esfuerzos desde una consideración de Salud Pública se hallan coordinados en objetivos comunes intersectoriales que posibilitan optimizar los recursos".*[20]

En síntesis, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende las ideas de formas de vidas sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario. Comprende tanto la transformación de los comportamientos individuales y familiares como la ejecución de políticas de salud públicas dirigidas a la comunidad, con el fin de proteger a las personas frente a numerosas amenazas a la salud y despertar un sentimiento general de

---

[19] VELEZ ALVAREZ, C. (Directora) *"Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado".* Rev. Hacia La Promoción De La Salud. ISSN 0121-7577. Colombia. Vol. 11, Enero-Diciembre 2006, pág. 138
http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2011_14.pdf [consulta noviembre 2014]

[20] Ministerio de Salud. "*Derecho A La Salud: Un Derecho Humano. Desde la Perspectiva de la Atención Primaria."*
http://www.ms.gba.gov.ar/wp-content/uploads/2013/03/**derecho-a-la-salud**.pdf [consulta noviembre 2014]

responsabilidad personal.

Terapia ocupacional en promoción de salud

La promoción de la salud es un proceso al cual Terapia Ocupacional puede contribuir. Así como el terapista ofrece intervenciones significativas basadas en la persona, en el trabajo en instituciones; en promoción de la salud se pueden ofrecer programas centrados en la comunidad.

Las nociones amplias de protección y promoción de la salud deben reemplazar a los modelos curativos previos que se basan en la idea de tratar a personas disfuncionales y buscan ajustarlos o, incluso, adaptarlos a su condición de deprivación.

Para trabajar en el marco de la promoción de la salud *"no podemos solo trabajar en la comunidad, debemos trabajar con la comunidad."*[21]

Los T.O pueden hacer contribuciones en cinco áreas de la promoción de la salud:[22]

1. *aumentando el acceso a los servicios de salud;*
2. *desarrollando un ambiente saludable;*
3. *fortaleciendo los grupos y recursos comunitarios;*
4. *promocionando comportamientos saludables e*
5. *incrementando los conocimientos acerca de la salud*

Deben brindar acciones dirigidas a la participación activa, entendiendo que la misma supone un proceso gradual, y posibilitando la creación en las personas de un sentido de responsabilidad en cuanto a su bienestar y el de la comunidad de la que son parte. Que las personas puedan participar fortalece y permite el

[21] PELLEGRINI, M. "*Terapia ocupacional en el trabajo de salud comunitaria.*" 2004 http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Salud-Comunitaria.shtml [consulta noviembre 2014]
[22] Ibid

desarrollo de la autonomía, asumiendo así la responsabilidad de su propio quehacer y la de los otros.

Terapia ocupacional en el ámbito social

En relación con lo dicho anteriormente y teniendo en cuenta que la presente investigación hace referencia a la intervención de terapia ocupacional en promoción de salud en un determinado campo social, buscando comprender la realidad social desde el punto de vista de quienes están involucrados, vemos de suma relevancia desarrollar los principales alcances y conceptos de la terapia ocupacional en el ámbito social, lo que constituirá el posicionamiento ideológico que se desplegará a lo largo del presente trabajo de investigación. Desde este punto de vista de la terapia ocupacional, en concordancia con nuestro objeto de estudio, *"...los terapeutas ocupacionales (...) deberían estar preparados para comprender las peculiaridades de las tensiones y conflictos de un lugar concreto, reconocer los prejuicios y la discriminación y ser conscientes del modo en que se establecen las relaciones de poder. Los terapeutas ocupacionales deberían hacer uso del relativismo cultural, que tiene en cuenta las creencias y costumbres de las otras personas en el contexto de su propia cultura, no en la del terapeuta. También deben tener en cuenta los derechos humanos, como el derecho a la vida, a la dignidad y a la autodeterminación..."*[23]

Basada en su experiencia de muchos años en Brasil, tanto en el campo académico como en el profesional, Sandra María Galheigo sostiene que *"...aparte de su papel tradicional en rehabilitación, la terapia ocupacional ha*

[23] KRONENBERG, F.; SIMO ALGADO, S.; POLLARD, N. "*Terapia ocupacional sin fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes.*" Editorial Médica Panamericana. 2007. Pág. 89

desarrollado una experiencia significativa con quienes están por debajo de la línea de la pobreza, que se encuentran en una situación doble de vulnerabilidad, con relación a los vínculos emocionales y la ayuda social…" [24]

La **terapia ocupacional en el campo social** tiene como objetivos el empoderamiento, la emancipación, la construcción de la subjetividad, la acción colectiva y la ciudadanía. Bourdieu define al campo social como *"una esfera de la vida social que se ha ido autonomizando de manera gradual a través de la historia en torno a cierto tipo de relaciones, intereses y recursos propios, diferentes a los de otros campos..."*[25] y considera que para estudiar un campo es necesario *"…analizar el habitus de los agentes, los diferentes sistemas de disposiciones que han adquirido al interiorizar un determinado tipo de condición social y económica…"*[26] En el campo social no se utilizan los conceptos de normalidad y funcionalidad sino que éstos deberían dar lugar a nociones como las de igualdad, accesibilidad e inclusión.

Partimos desde una perspectiva crítica de la terapia ocupacional que entiende la exclusión social como parte del modo de vida capitalista y, los conflictos sociales, como parte de la dinámica de las relaciones sociales. Por lo tanto, las personas excluidas no pueden *"reinsertarse en la sociedad"* (a diferencia de la creencia del punto de vista funcionalista) ya que nunca dejaron de estar en ella, su problema principal, en realidad, es que están excluidos del acceso a los derechos sociales básicos y de la participación en la vida social y la política.

Entre los objetivos de la terapia ocupacional en el campo social, y como uno de

---

[24] KRONENBERG, F.; SIMO ALGADO, S.; POLLARD, N. "*Terapia ocupacional sin fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes.*" Editorial Médica Panamericana. 2007. Pág. 86

[25] GUERRA MANZO, E. "*Las teorías sociológicas de Pierre Bourdieu y Norbert Elias: los conceptos de campo social y habitus.*" Estudios sociológicos. México. Vol. XXVIII, núm. 83, mayo-agosto, 2010. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59820673003 [consulta noviembre 2014]

[26] Ibid

los conceptos que se debería poner en práctica dentro de un marco crítico, mencionamos la **emancipación humana** (idea expresada por Marx hace más de 160 años). La misma es entendida como *"ir más allá de las costumbres y condiciones de la dominación jerárquica"*[27], lo cual implicaría la reducción de la desigualdad y la búsqueda de una mejor distribución del poder y los recursos. Como menciona la Dra. del Instituto de Filosofía de Cuba, Concepción Nieves Ayús *"...Uno de los principales aportes de Marx a la teoría política, cuya esencia radica en el cambio revolucionario de la sociedad, consistió precisamente en haber definido al sujeto capaz de protagonizar las tareas que demandan la lucha por la emancipación de la persona humana, en su sentido universal..."*[28]

Asimismo, por medio del **empoderamiento**, definido como el "*proceso por el cual las personas fortalecen sus capacidades, confianza, visión y protagonismo como grupo social para impulsar cambios positivos de las situaciones que viven"*[29] y la **reapropiación,** las personas pueden tomar decisiones y contemplar nuevos cursos de acción y, por lo tanto, percibir nuevas oportunidades en sus vidas. Son procesos que dan lugar a un movimiento por medio del cual se busca que las personas sean conscientes de su derecho a tener derechos y es esto de lo que trata el concepto de **ciudadanía**.

La práctica de la terapia ocupacional en el ámbito social depende de la realidad social en la que se vayan a centrar los esfuerzos. El primer paso debe consistir

---

[27] KRONENBERG, F.; SIMO ALGADO, S.; POLLARD, N. "*Terapia ocupacional sin fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes.*" Editorial Médica Panamericana. 2007. Pág. 91

[28] AYÚS NIEVES, C. "*La emancipación humana y sus perspectivas actuales*". http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/cuba/if/marx/documentos/22/La%20emancipaci%F3n%20humana%20y%20sus%20perspectivas....pdf [consulta noviembre 2014]

[29] MURGUIALDAY, C.; PÉREZ DE ARMIÑO, K.; EIZAGIRRE, M. *"Empoderamiento"*. En: Pérez de Armiño, K. (dir.). Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo. Bilbao, Icaria y Hegoa. http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/86 [consulta octubre 2014]

en recoger información y examinar las necesidades y las redes de apoyo a nivel local. El segundo paso consiste en fomentar las iniciativas locales, desarrolladas por organizaciones gubernamentales o no gubernamentales.

El papel de *articulador social*[30] es uno de los primeros que los terapeutas ocupacionales deben desarrollar al trabajar con poblaciones vulnerables, y desarrollar por tanto, ambientes inclusivos, contribuyendo al fortalecimiento de los vínculos familiares y comunitarios.

[30] GALHEIGO, S. "*Terapia Ocupacional en el ámbito social. Aclarando conceptos.*" 2011 http://tosc4grado.blogspot.com.ar/2011/03/terapia-ocupacional-en-el-ambito-social.html [consulta noviembre 2014]

CAPÍTULO 3

Adolescencia: ¿Por qué hablamos de Adolescentes Vulnerables?

ADOLESCENCIA

"Adquirir desde jóvenes tales o cuales hábitos no tiene poca importancia: tiene una importancia absoluta."

(Aristóteles)

¿De qué hablamos cuando hablamos de adolescencia?

La **adolescencia** es una etapa, en el ciclo de la vida humana, ubicada entre la niñez y la edad adulta, que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. No es solamente un período de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.

Entendemos la adolescencia, siguiendo a Alvaro Nin, como un *"período de la vida relativamente indefinido en su comienzo y finalización, como un tiempo de tránsito entre la infancia y la adultez, al cabo del cual emerge un nuevo psiquismo reformulado con nuevas inscripciones psíquicas que producen una reelaboración de las identificaciones infantiles, dando lugar a identificaciones adultas".*[31]

Winnicott (1972) destaca con relación a la inmadurez adolescente que *"lo único que la cura es el paso del tiempo".* Según Grassi A. (2010) *"no se trata tanto del paso del tiempo como quien dice 'ya va a crecer, y va a madurar', sino del paso*

[31] NIN, A. "*Juegos de vida-juegos de muerte en la adolescencia.*" Revista Uruguaya de psicoanálisis. 2006. Pág. 216.
http://www.apuruguay.org/revista_pdf/rup103/rup103-nin.pdf [consulta noviembre 2014]

del tiempo por el aparato psíquico, la marca que el paso del tiempo deja en el psiquismo; es decir, su inscripción (...) inscripción de lo pasado, lo vivido como perdido. Lo ya vivido, pasado, en simultáneo con la inscripción del presente como fugacidad, como algo que tiene fin, que no dura siempre y, a la vez, la necesidad de (construir) un por-venir..." [32]

Si bien es cierto que *"cuando todo transcurre por los carriles de la salud (es decir, si no hay patología grave o fracasos importantes en su organización), todo el aparato está en intercambio en sus procesos de constitución, organización y reorganización, desde los inicios de la vida pasando por la pubertad, adolescencia y más allá de la misma",*[33] qué es lo que sucede cuando las condiciones no son las adecuadas, cuando sí existen estos fracasos en los intercambios con el medio ambiente y en las funciones parentales, teniendo en cuenta que cuerpo, psiquismo y funciones parentales se constituyen articuladamente, entrelazados.

Adolescencia en situación de vulnerabilidad

"La adolescencia transcurre en lúdica adquisición de nuevas identificaciones y cancelaciones de otras caducas, obsoletas. Cuando este juego queda obstaculizado o detenido, vemos el alto precio pagado por el niño/adolescente por su alienación en el otro, con la fijeza de identificaciones reactivas y/o defensivas".[34]

La adolescencia por ser una etapa de cambios bio-psico-sociales es, además, un período donde los jóvenes se encuentran en situación de vulnerabilidad,

[32] GRASSI, A. *"Niñez y adolescencia. Nuevos Paradigmas, sus nombres y escritura."* En: Entre niños, adolescentes y funciones parentales. Editorial Entreideas. Buenos Aires. 2010. Pág. 16
[33] Ibid pág. 18
[34] Ibid pág. 20

debida a la gran cantidad de transformaciones que deben producirse para ingresar a la vida adulta.

A esta situación descripta, se le agrega, en un porcentaje de la población adolescente de la Argentina, la vulnerabilidad propia del sector socio-económico al que pertenecen. Según UNICEF (2011), las personas que tienen entre 0 y 18 años de edad en Argentina, corresponden al 30,2% de la población del país (12.231.219), de los cuales el 29,2% habita en las principales urbes del país y el 22,2% se encuentra bajo la línea de pobreza.

Las condiciones de vida de estas familias son deficitarias dada la inequidad que afecta a los hogares en términos de acceso a la salud, condiciones de subsistencia, habitabilidad, calidad educativa, asistencia pública, condiciones adecuadas de crianza y socialización, etc.

Al hablar de condiciones adecuadas de crianza y socialización, nos referimos a los *"aspectos de la estimulación emocional e intelectual de los niños y adolescentes a través del reconocimiento de prácticas y hábitos en el ámbito primario de socialización que es la familia"*[35]. Estas prácticas son indispensables para el logro de la estabilidad emocional, para lograr la autoafirmación, de gran importancia si tenemos en cuenta que *"...los procesos adolescentes llevan a una batalla para lograr (auto) afirmaciones mediante (pseudos) actos que no obstante tienen el valor de ensayos. Pero, como en el teatro y otros espacios, el ensayo es y origina, deja sus marcas, verdaderas inscripciones en busca de esa combinatoria única que personaliza y empuja a*

[35] TUÑÓN, I., HALPERIN *V. "Condiciones de Vida de la Niñez y Adolescencia en tres dimensiones de derechos: Nivel de Vida material, Crianza, Socialización y Formación en la Argentina Urbana."* II Simposio Internacional Infancia, Educación, Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. Viejos Problemas ¿Soluciones Contemporáneas? Argentina. 2009 http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo68/files/Condiciones_de_vida_de_la_niñez_y_adolescencia_en_tres_dimensiones_de_derechos.pdf [consulta noviembre 2014]

apropiarse del nombre".[36]

El acceso a la atención de salud y a una cobertura de salud, así como el acceso a una adecuada alimentación y vestimenta son indispensables para lograr un pleno desarrollo integral. Las condiciones de hábitat repercuten en forma directa en la salud, en el proceso de socialización y de formación, ya sea potenciando u obstaculizando su desarrollo y crecimiento. Si este derecho se encuentra vulnerado, el ejercicio de otros muchos derechos probablemente tampoco podrá hacerse efectivo. Estas diferencias socioeconómicas de los hogares, entre otros aspectos como los geográficos, culturales, etc., configuran diferentes modos de ser adolescentes.

Datos de la CTA[37] (2008) señalan que un 9.8% de adolescentes (aproximadamente 200.000, sólo en los grandes centros urbanos) entre 13 y 17 años no están insertos en el sistema educativo, de lo que se infieren inserciones ocupacionales precarias y dificultades en el de acceso a niveles de aprendizajes superiores (UNICEF, 2011)

Para varios de los adolescentes considerados pobres el paso por la escuela primaria esta signado por el retraso y los bajos logros educativos. A las dificultades de acceso y, sobre todo, de permanencia y rendimiento en la escuela, debe agregarse que suelen acceder a los segmentos más deteriorados del Sistema Educativo. Las desigualdades en el tipo de recursos con los que los niños transitan el proceso de enseñanza-aprendizaje y las desigualdades asociadas al estrato social de los hogares, se mantienen en el interior de la escuela pública. A medida que disminuye el estrato

[36] GRASSI, A. *"Niñez y adolescencia. Nuevos Paradigmas, sus nombres y escritura."* En: Entre niños, adolescentes y funciones parentales. Editorial Entreideas. Buenos Aires. 2010. Pág. 21

[37] Central de Trabajadores de la Argentina

socioeconómico se incrementa la propensión a no concurrir al colegio o a encontrarse en situación de atraso escolar.

Este grupo poblacional, desde lo laboral, tiene tasas de actividad más altas que adolescentes de otros sectores sociales y acceden a empleos precarios, inestables y poco calificados.

Las oportunidades de socialización en actividades deportivas y/o culturales o el acceso a espacios de interacción con grupos de pares y participación social se encuentra reducido.

Diversos estudios (como los llevados a cabo por CASACIDN,[38] en el año 2010, entre otros) sostienen que entre la retórica de las nuevas leyes sostenidas en el Paradigma de la Protección Integral de la Infancia y las prácticas sociales con niños, niñas y adolescentes existen fuertes brechas que cuestionan el acceso universal de la infancia y la adolescencia a sus derechos. Los datos sobre la situación de niños, niñas y adolescentes en Argentina aluden a un vasto sector de la infancia que es expulsada al campo de la minoridad, fuera de la ciudadanía.[39] La existencia de más de un millón y medio de chicos y adolescentes trabajando vulnera brutalmente sus derechos a la educación, a la salud, y a la protección.

Para los adolescentes, la vulnerabilidad económica y social se refleja en mayores posibilidades de estar excluido y privado de oportunidades, lo que determina el acceso desigual a bienes materiales, sociales y culturales.

---

[38] Comité Argentino de Seguimiento y Aplicación de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño.

[39] ZALDÚA, G; LENTA, M. *" Niños, niñas y adolescentes excluidos y procesos de subjetivación. Una perspectiva desde los protagonistas."* http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S185116862011000100034&script=sci_arttext [consulta septiembre 2014]

Considerando que si se desea alcanzar un futuro saludable de los jóvenes se hace imprescindible favorecer el desarrollo de los mismos a través de un trabajo intersectorial de promoción y protección de salud, debe entenderse desde un abordaje integral que *"la salud del adolescente comprende tanto el bienestar físico como el mental, social y espiritual e incluye aspectos relacionados con su desarrollo educativo, la adecuada participación en las actividades de la comunidad, acorde con su cultura, y con el desarrollo de su máxima potencialidad".*[40] Se considera indispensable que éste grupo etario sea sostenido e impulsado a asumir un rol protagónico y activo como principal responsable de su salud, reactualizando lo aprehendido (o no) en la temprana infancia.

[40] Ministerio de Salud de la Nación. *"2° Encuesta Mundial de Salud Escolar. Argentina 2012."* Buenos Aires. Noviembre 2013. http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2014-09_informe-EMSE-2012.pdf [consulta noviembre 2014]

CAPÍTULO 4

Representaciones sociales: definiendo conceptos

REPRESENTACIONES SOCIALES

"Los sistemas de lenguaje humano son representaciones derivadas de un modelo más completo: la suma total de las experiencias que un ser humano ha tenido en su vida."

(John Grinder)

¿Qué entendemos por representaciones sociales?

El autor de este concepto, Serge Moscovici (1979) define a las representaciones sociales como *"una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos(...) la representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación."*[41] Dicho en otros términos, es el conocimiento de sentido común que tiene como objetivos comunicar y sentirse dentro del ambiente social, y que se origina en el intercambio de comunicaciones del grupo social. Según dicho autor, no se trata sólo de productos mentales sino que son construcciones simbólicas que se crean y recrean en el curso de las interacciones sociales, es decir, no tienen un carácter estático. A medida que el intercambio lingüístico colectivo progresa, se va regularizando el relato logrando precisión de las expresiones; y posteriormente, cada nueva actitud que se genera en la sociedad se ordena en

[41] MOSCOVICI, S. "*El Psicoanálisis, su imagen y su público*", 2da. edición. Ed. Huemul, Buenos Aires, 1979. Págs. 17-18

función de la misma.

En otro texto Moscovici (1981) las define como un *"conjunto de conceptos, declaraciones y explicaciones originadas en la vida cotidiana, en el curso de las comunicaciones interindividuales. Equivalen, en nuestra sociedad, a los mitos y sistemas de creencias de las sociedades tradicionales (...) son la versión contemporánea del sentido común".*[42] Así, estas formas de pensar y crear la realidad están constituidas por elementos de carácter simbólico dado que tienen la capacidad de dar sentido a la realidad social no sólo creando y reproduciendo el conocimiento sino transformando lo desconocido en familiar. Sobrepasan el objetivo de la mera comunicación otorgando sentido de pertenencia a través del intercambio de comunicaciones del grupo social.

Denise Jodelet (1998), las define como *"...una forma de conocimiento específico, el saber del sentido común* [no científico], *cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social.*

Las representaciones sociales constituyen modalidades de pensamiento práctico orientados hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. En tanto que tales, presentan características específicas a nivel de organización de los contenidos, las operaciones mentales y la lógica.

La caracterización social de los contenidos o de los procesos de representación ha de referirse a las condiciones y a los contextos en los que surgen las representaciones, a las comunicaciones mediante las que circulan y a las

[42] MOSCOVICI, S. "*On Social representation*". En J.P. Forgas (comp.). Social Cognition. Perspectives in everyday life, Academic Press. Londres. 1981. Pág. 181

funciones a las que sirven dentro de la interacción con el mundo y los demás".[43]

Para sintetizar, a partir de las recurrencias en las definiciones de Representaciones Sociales de los autores citados podemos establecer una definición general que las caracteriza como una forma de reconstrucción mental de la realidad, producto de procesos históricos y culturales. La principal función que se les atribuye es la de condensar un conjunto de significados, sistemas de referencia para interpretar y clasificar los fenómenos, circunstancias o individuos con los que nos relacionamos. Sin desconocer su raíz social, cada teorización reconoce que la apropiación y construcción de cada representación va a estar determinada también por cada sujeto particular que activamente la tome. Por último, los autores comparten también la idea de que estas representaciones se vehiculizan y transmiten a través del discurso social.

Dimensiones de las representaciones sociales

Además de las características mencionadas, la representación social se define de acuerdo a su *contenido*. Moscovici menciona tres dimensiones que la constituyen:

- Información: es la organización o suma de conocimientos con que cuenta un grupo acerca de un acontecimiento, hecho o fenómeno de naturaleza social.

[43] JODELET, D. "*La representación social: fenómenos, concepto y teoría*". En Moscovici, S. (comp.), Psicología Social II: Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Ed. Paidós. Barcelona. 1998. Págs. 474-475

- El campo de la representación: es la forma mediante la cual se organiza el contenido de una representación según los patrones de jerarquización, clasificación y coherencia que un grupo social ha construido.
- Actitud: significa la orientación general, favorable o desfavorable en relación con el objeto de la representación social. Es el componente más aparente, fáctico y conductual de la representación; expresa el aspecto más afectivo de la representación, por ser la reacción emocional acerca del objeto o del hecho. Es el elemento más primitivo y resistente de las representaciones y se halla siempre presente aunque los otros elementos no estén. Por ello Moscovici sostiene que la actitud es la más frecuente de las tres dimensiones y, quizá primera desde el punto de vista genético. Concluye diciendo que *"... nos informamos y nos representamos una cosa únicamente después de haber tomado posición y en función de la posición tomada."*[44]

En consecuencia, conocer o establecer una Representación Social implica determinar qué se sabe (información), qué se cree, cómo se interpreta (campo de la representación) y qué se hace o cómo se actúa (actitud).

[44] MOSCOVICI, S. *"El Psicoanálisis, su imagen y su público"*, 2da. edición. Ed. Huemul, Buenos Aires, 1979. Pág. 49

Parte 2

Estado Actual de la Cuestión

De la revisión bibliográfica acerca de los estudios e investigaciones sobre la temática abordada, surgen como antecedentes de relevancia los trabajos brevemente reseñados a continuación:

En íntima consonancia con la línea de intervención plasmada en la presente investigación, **Abadíe Mariana (2011)**[45] publica su tesis de maestría denominada "Condiciones de salud, percepciones y significaciones del proceso de salud - enfermedad - atención de los niños / niñas que trabajan de 8 a 14 años: un estudio de caso en el barrio IAPI de Quilmes en el año 2009" en la cual procura conocer las condiciones de salud y las percepciones y significaciones sobre el proceso salud/ enfermedad/atención que tienen los niños y niñas de 8 a 14 años de edad que trabajan. La autora sostiene que 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.

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 y las redes comunitarias. En las respuestas de los niños y niñas que realizan trabajo callejero como trabajo doméstico predomina una

[45] ABADÍE, M. -Tesis de Maestría- *"Condiciones de salud, percepciones y significaciones del proceso de salud - enfermedad - atención de los niños / niñas que trabajan de 8 a 14 años: un estudio de caso en el barrio IAPI de Quilmes en el año 2009."* FLACSO. Sede Académica Argentina, Buenos Aires. 2011. http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/3400 [consulta noviembre 2014]

fuerte representación de salud que incluye una visión totalizante, no reduccionista a lo biológico ni a la ausencia de la enfermedad.

En la línea de promoción de la salud se destacan como publicaciones científicas: **Loyarte Alonso, L. (2011)**[46] quien presentó como tesis de grado para optar por el título de Lic. en Terapia Ocupacional un estudio exploratorio-descriptivo multidimensional, de enfoque cuantitativo, denominado *"Terapia Ocupacional en promoción de la salud: Hábitos, opiniones y percepción vincular de jóvenes escolarizados y no escolarizados, y su relación con los antecedentes de lesiones"* teniendo como población de estudio todos los jóvenes de 16 a 22 años de edad, residentes en el Partido de General Pueyrredón, en noviembre del año 2011. A partir del mismo, la autora arriba a conclusiones que muestran diferencias significativas entre los jóvenes que se encuentran dentro y fuera del sistema educativo y además considera que no es sólo el nivel de educación alcanzado el que se asociaría a la probabilidad de lesiones sino también la permanencia en el mismo. *"La pertenencia a determinadas instituciones puede ejercer un efecto protector, actuando como espacio de pertenencia y facilitador del desarrollo de las potencialidades del joven".*[47] Asimismo **Funes M. (2012)**[48] realizó un estudio exploratorio-descriptivo como tesis de grado para optar por el título de Lic. en Terapia Ocupacional denominado "Promoción de la salud sexual y reproductiva: un aporte desde Terapia Ocupacional" en adolescentes de 13 y 14 años de edad que concurren a comedores comunitarios de la ciudad de Santa Rosa La

[46] LOYARTE ALONSO, L.-Tesis de grado- "*Terapia Ocupacional en promoción de la salud: Hábitos, opiniones y percepción vincular de jóvenes escolarizados y no escolarizados, y su relación con los antecedentes de lesiones*". UNMDP. Facultad de Cs. de la Salud y Servicio Social. 2011.
[47] Ibid, pág. 278
[48] FUNES, M.-Tesis de grado- "*Promoción de la salud sexual y reproductiva: un aporte desde Terapia Ocupacional*". UNMDP. Facultad de Cs. de la Salud y Servicio Social. 2012.

Pampa en diciembre de 2011-enero 2012. El mismo tuvo como objetivo, determinar el aporte de un taller de educación sexual implementado desde Terapia Ocupacional en el nivel de información sobre educación sexual.

A partir de los resultados obtenidos la autora concluye que el taller tuvo un impacto positivo en el nivel de información de los adolescentes y que *"dentro de las diversas áreas en las que puede intervenir el T.O, el área de promoción de la salud es de gran valor, en particular por el hecho de que se puede contribuir en el cambio de los comportamientos perjudiciales y fomentar un sentimiento de responsabilidad personal para cuidar y/o mejorar la propia salud".*[49]

Además, **Puerto Guerrero, A. (2012)**[50] en su trabajo denominado "Motivar el cambio a partir de la educación para la salud" hace referencia a una experiencia académica en la formación de profesionales de enfermería en las asignaturas: Prevención Primaria y Enfermería del niño del área de Salud Pública. *"Se insiste en la necesidad de fortalecer en los niños la posibilidad de participar de la familia, el estado y la sociedad civil".*[51] El enfoque en la población infantil se considera pertinente, según la autora, por la desventaja que para exigir sus derechos y libertad implica su alta vulnerabilidad. Se tuvo un especial énfasis en la participación de los niños y las niñas reconociéndolos como sujetos de derecho, con capacidades y potencialidades que debían ser desarrolladas para trascender la etapa de desarrollo convencional y alcanzar su autonomía.

---

[49] FUNES, M.-Tesis de grado- "*Promoción de la salud sexual y reproductiva: un aporte desde Terapia Ocupacional*". UNMDP. Facultad de Cs. de la Salud y Servicio Social. 2012. Pág. 169

[50] PUERTO GUERRERO, A. "*Motivar el cambio a partir de la educación para la salud.*" Rev. salud pública. Vol. 14, suppl.2. 2012 http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012400642012000800011&lng=en&nrm=iso [consulta agosto 2014]

[51] Ibid

Durante los últimos años investigaciones realizadas en diferentes países analizaron la relación de los jóvenes con la política, señalando su rechazo y su baja participación en la misma. El objetivo del trabajo realizado por **Bruno, D. (2013)**[52], denominado "Las representaciones sociales de la política en adolescentes escolarizados de Buenos Aires" (íntimamente relacionado con la presente investigación que pretende indagar las representaciones sociales de los adolescentes escolarizados respecto a una política pública -la AUH-), fue indagar la representación social de la política de adolescentes escolarizados (con edades entre 17 y 18 años) de Buenos Aires y sus posicionamientos diferenciales según su pertenencia a distintos grupos sociales. Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que la política es considerada como una institución democrática valorada negativamente y personalizada en figuras políticas actuales. Además, no se hallaron diferencias en los sentidos de la representación social de la política de acuerdo a las diferentes variables consideradas (sexo, nivel educativo de los padres, nivel socioeconómico de la población concurrente al establecimiento educativo y participación política). Se concluye que se trataría de una representación social hegemónica, es decir, aquella que se impone como la visión de la realidad dominante en un grupo social y transversal a diferentes grupos sociales.

Recientemente, en "Transferencias condicionadas y sentidos plurales: el dinero estatal en la economía de los hogares argentinos" **Hurnes, M. (2014)**[53] sostiene que durante la última década proliferaron las intervenciones de los

[52] Bruno, D. "*Las representaciones sociales de la política en adolescentes escolarizados de Buenos Aires.*" Tesis de Maestría. LACSO. Sede Académica Argentina, Buenos Aires. 2013. http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/5635 [consulta noviembre 2014]

[53] HURNES, M. "*Transferencias condicionadas y sentidos plurales: el dinero estatal en la economía de los hogares Argentinos.*" Rev. Antropol. Arqueol., n.18. Abril 2014. Págs.61-83. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S190054072014000100004&lng=en&nrm=iso [consulta agosto 2014]

Estados latinoamericanos en materia de políticas sociales, centradas en transferencias directas de dinero a los hogares más vulnerables. Se detiene en el análisis del programa más destacado de la República Argentina, la Asignación Universal por hijo para la protección social (AUH). Mediante la reconstrucción etnográfica de los presupuestos de hogares receptores de la AUH, repara en los significados y usos sociales atribuidos al dinero transferido. *"Si bien Argentina ocupa junto a Brasil y México el lugar de los países considerados como el mayor alcance y cobertura en materia de Transferencias Monetarias Condicionadas (TMC), todavía se encuentra ausente una agenda de investigación enfocada en el desarrollo de una perspectiva sobre los usos sociales del dinero en los hogares receptores. El desarrollo de una agenda de tal magnitud, no solo permitirá esbozar un análisis de ruptura con los prejuicios o prenociones que los técnicos/expertos imprimen al dinero transferido hacia los pobres, sino también impulsar estudios regionales comparativos, que ayuden a descifrar las particularidades que adquiere el dinero transferido en políticas similares pero bajo diferentes escenarios económicos, políticos, sociales y culturales."*[54] De particular importancia la conclusión a la que arriba el autor para la presente investigación puesto que la misma pretende conocer, entre otros aspectos, el valor y destino del dinero desde la propia visión de los adolescentes a quienes está destinado.

Además, **Pautassi, L.; Arcidiácono, P.; Straschnoy, M. (2014)**[55] publican un

---

[54] HURNES, M. "*Transferencias condicionadas y sentidos plurales: el dinero estatal en la economía de los hogares Argentinos.*" Rev. Antropol. Arqueol., n.18. 2014. Págs.61-83. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S190054072014000100004&lng=en&nrm=iso [consulta agosto 2014]

[55] PAUTASSI, L.; ARCIDIÁCONO, P.; STRASCHNOY, M. "*Condicionando el cuidado: la Asignación Universal por Hijo para la protección social en Argentina.*" Iconos: Rev. de Ciencias Sociales. ISSN-e 1390-1249 No. 50. Sep.2014. Págs. 61-75 http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/6300 [consulta noviembre 2014]

artículo denominado "Condicionando el cuidado: la Asignación Universal por Hijo para la protección social en Argentina" en donde se examinan los vínculos entre la organización social del cuidado y las condicionalidades en salud y educación para la infancia y la adolescencia exigidas especialmente a las madres receptoras de políticas de transferencia de ingresos. Con este objetivo, se enfoca en la Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (AUH) de Argentina, que los autores consideran poco estudiada desde un análisis que contemple un enfoque de género y, menos aún, desde una mirada sobre el cuidado y las responsabilidades diferenciadas que trae aparejado. Valiéndose de entrevistas a actores estatales y a madres receptoras, como del análisis de la normativa, documentos institucionales y otros estudios sobre esta política, el análisis se concentra en el impacto de la AUH sobre las mujeres y las dinámicas de cuidado. Entre los principales hallazgos del estudio, se identifican tensiones entre las críticas académicas sobre la titularidad y las condicionalidades, y la forma en que las receptoras viven y evalúan el diseño.

Si bien en la bibliografía consultada encontramos investigaciones afines al problema de investigación que se plantea en esta tesis, no hallamos estudios que contemplen las representaciones sociales que los adolescentes presentan al respecto de la AUH ni de su derecho a la salud. Por ello resulta de interés científico abordar la problemática en este estudio.

Parte 3

Problema y objetivos

PROBLEMA:

¿Cuál es el conocimiento que los adolescentes poseen de sus derechos como ciudadanos, principalmente del derecho a la salud, y cuál es la representación social que los mismos adolescentes destinatarios de la AUH tienen sobre la implementación e impacto de la misma?

OBJETIVOS:

General

Indagar y describir el conocimiento y la representación social respecto a la implementación e impacto de la Asignación Universal por Hijo y su relación con el derecho a la Salud, en adolescentes entre 13 y 18 años de la ciudad de Mar del Plata, que son beneficiarios de la misma.

Específicos

- Indagar el conocimiento respecto del derecho a la salud que poseen como ciudadanos los/las adolescentes de la ciudad de Mar del Plata que reciben la AUH.
- Describir y analizar las representaciones sociales de los adolescentes respecto a la Asignación Universal por Hijo.
- Describir las prácticas habituales de salud de los/las adolescentes que reciben la Asignación Universal por Hijo y su relación con la AUH.

Parte 4

Aspectos metodológicos

Enfoque y diseño de investigación

En función del objetivo que se planteó y las peculiaridades del fenómeno estudiado en esta investigación, resultó adecuado un abordaje de perspectiva cualitativa mediante un *diseño exploratorio-descriptivo y transversal*.

El diseño fue exploratorio dado que se intentó dar una visión general y aproximada en torno al tema elegido y se examinaron las variables implicadas, en la construcción del propio discurso de los actores participantes.

La perspectiva cualitativa permitió rescatar el universo de significados, motivos, creencias, opiniones, valores y actitudes de cada sujeto, a partir de los marcos teóricos y referenciales considerados, los cuales orientaron el análisis.

Por último, fue un estudio transversal, ya que consideró la evaluación de las variables en un momento dado, sin replicación.

Muestra

La muestra de la presente investigación estuvo constituida por 40 adolescentes de entre 13 a 18 años de edad de la ciudad de Mar del Plata escolarizados en barrios periféricos, beneficiarios directos de la Asignación Universal por Hijo.

Se utilizó un muestreo no aleatorio, de tipo intencional por conveniencia, a fin de seleccionar adolescentes que cumplieran con los criterios de inclusión.

Para conformar dicha muestra se tomó contacto con distintas instituciones barriales con el fin de obtener la autorización y acuerdo para ingresar a las mismas y administrar los instrumentos de medición a la población que a ellas concurrían (Escuela Secundaria Básica Nº59 del Barrio don Emilio, sedes del Programa ENVIÓN de la ciudad, Asociaciones Deportivas, entre otras, de los barrios Belgrano, Libertad y Jorge Newbery).

Criterios de selección de la muestra

- CRITERIOS DE INCLUSIÓN
  - Adolescentes de 13 a 18 años de edad que se encontraban escolarizados.
  - Adolescentes de ambos sexos que concurrían a escuelas emplazadas en la periferia de la ciudad de Mar del Plata.
  - Adolescentes que aceptaron participar de dicha investigación mediante consentimiento informado.
  - Adolescentes beneficiarios directos de la AUH

- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
  - Adolescentes no escolarizados
  - Adolescentes que no aceptaron participar
  - Adolescentes no destinatarios de la AUH.

Definición conceptual y operacional de las variables

1- "Conocimiento respecto a la implementación e impacto de la AUH"

Definición conceptual:

Consiste en la elaboración interior subjetiva e intersubjetiva, a partir de la información (o de la falta de ésta) que se adquiere por distintos canales (formal, sentido común, rumor, etc.), y que funciona como esquema de referencia para el sujeto respecto a la implementación de la AUH y su impacto.

Definición operativa:

Dicha variable podría definirse y materializarse en la información y

comprensión que poseen los adolescentes en algunas de las siguientes dimensiones:

- AUH y objetivos de la misma
- AUH e impacto de la misma
- Origen de la AUH
- AUH, desigualdad y vulnerabilidad social
- AUH e indigencia

2-"Representación Social de la implementación e impacto de la AUH"

Definición conceptual:

Es la forma de conocimiento del sentido común propio de una sociedad o grupo con respecto a la AUH. En sus contenidos se encuentran la expresión de valores, actitudes, imágenes, concepciones y visión que los actores sociales poseen respecto a la misma.

Definición operativa:

Dicha variable podría definirse y materializarse en las ideas, opiniones y creencias de los adolescentes en algunas de las siguientes dimensiones[56]:

- AUH, desigualdad y vulnerabilidad social
- AUH e indigencia
- AUH y educación
- AUH y salud
- AUH y condiciones de vida
- AUH y posibilidad de recreación y consumos culturales (ir al cine, espectáculos gratuitos, etc.)

[56] Para la presente investigación solo se utilizarán los indicadores referidos a la salud

- AUH y acceso a determinados bienes (materiales escolares, indumentaria, etc.)
- AUH y variedad en la alimentación
- AUH y asistencialismo
- AUH y trabajo

3-"Conocimiento de los/as adolescentes respecto de su derecho a la salud"

Definición conceptual:

Consiste en la elaboración interior subjetiva e intersubjetiva, a partir de la información (o de la falta de ésta) que se adquiere por distintos canales (formal, sentido común, rumor, etc.), y que funciona como esquema de referencia para el sujeto con respecto al derecho a la salud y sus implicancias.

Definición operativa:

Dicha variable podría definirse y materializarse en la información y comprensión que poseen los adolescentes en algunas de las siguientes dimensiones:

- Salud y cuidados de la misma
- Representaciones del derecho a la salud
- Derecho a la salud y prácticas culturales:
    - Derecho a la salud y educación
    - Derecho a la salud y vulnerabilidad
    - Estado y garantía de derechos
    - Atención de salud y situación económica
    - Servicios de salud, disponibilidad, accesibilidad

- Condiciones de las viviendas
- Condiciones sanitarias
- Acceso a la educación
- Salud sexual y reproductiva

4-"Prácticas habituales de salud de los/as adolescentes y AUH".

Definición conceptual:

Se refiere al conjunto de actividades realizadas por un sujeto vinculadas directamente con su salud y su relación con la Asignación Universal por Hijo.

Definición operativa:

Dicha variable podría definirse y materializarse en algunas de las siguientes dimensiones:

- Alimentación
- Atención de salud
- Prevención de enfermedades
- Controles de salud
- Vacunación
- Actividad física

Recolección de datos

- **Técnicas de recolección de datos**

Al total de la muestra seleccionada se le aplicaron tres instrumentos de recolección de datos:

- Utilización de material visual (ANEXO I): se le administró a cada sujeto integrante de la muestra una imagen consistente en una historieta que

se confeccionó para tal fin. Este elemento, cuya función principal fue la de ser un disparador de la temática, ha sido completado por cada sujeto según su propio criterio. Luego se analizó la valoración que se desprendió de cada producción.

- Entrevista semi-estructurada individual (ANEXO II): la cual estuvo compuesta por 6 preguntas que se confeccionaron en base al análisis bibliográfico y las perspectivas teóricas sostenidas, con el objetivo de indagar las características de las representaciones sociales, el conocimiento y las prácticas habituales de salud de los adolescentes.
- Encuesta auto-administrable (ANEXO III): la cual estuvo construida a la manera de escala Lickert, conformada por 12 ítems evaluables en una escala de 5 valores -Muy en desacuerdo, Desacuerdo, Ni en desacuerdo ni de acuerdo, Acuerdo y Muy de acuerdo-.

- **Procedimiento de recolección de datos**

Se envió una carta a las instituciones con el fin de obtener la autorización para ingresar a las mismas y aplicar los instrumentos de medición a la población que a ellas concurrían. Luego personalmente se concretó el día y el horario en que se realizaron los encuentros.

En primer lugar fue completada la imagen por cada uno de los integrantes de la muestra en forma individual, utilizando al inicio dicho instrumento para conocer la opinión de los adolescentes sin que la misma fuera influenciada por las preguntas de la entrevista o por las afirmaciones de la encuesta.

Luego se aplicaron a la población las preguntas correspondientes a la entrevista y finalmente se hizo entrega de la encuesta auto-administrable con el

objetivo que los adolescentes seleccionaran las opción que ellos creían más pertinente, en presencia de las investigadoras a fin de poder responder y esclarecer cualquier dificultad en la comprensión del instrumento, sólo si fuese necesario.

El tiempo de recolección de datos fue de aproximadamente 3 meses.

Análisis de los datos

El análisis de la información recolectada se realizó mediante el tratamiento cualitativo y cuantitativo de los datos obtenidos. El proceso de evaluación se llevó a cabo buscando patrones en común, compartidos en todas las entrevistas, a partir de los cuales se construyeron categorías y sub-categorías.

El posterior análisis de las mismas permitió un acercamiento a las apreciaciones que los sujetos de la muestra manifestaron sobre la AUH y el derecho a la salud, y a la conformación de representaciones sociales al respecto.

- **Técnica de análisis de datos**

❖ Análisis cualitativo: se aplicó análisis de contenido, con la confección de categorías y sub-categorías de análisis que permitieron conocer en detalle las significaciones atribuidas.

❖ Análisis cuantitativo: se aplicaron técnicas estadísticas descriptivas e inferenciales y los respectivos gráficos, mediante el paquete estadístico SPSS versión 11.5. La interpretación de los datos integró aportes teóricos derivados de la confección del marco teórico.

Para realizar el análisis de los resultados fue imprescindible definir, finalizada la lectura de las entrevistas administradas a la población de estudio, las categorías y sub-categorías utilizadas y la forma en que las mismas fueron construidas para la interpretación de los datos. De esta manera se buscó cuantificar y clasificar los datos simbólicos obtenidos en las mismas.

A continuación detallaremos junto a cada pregunta de la entrevista las **categorías** y **sub-categorías** que surgieron en las mismas:

1. A partir de la pregunta *"¿Sabes qué es el derecho a la salud?"* se pueden distinguir las siguientes categorías:

-No sabe: se refiere a todas aquellas respuestas que expresan desconocimiento respecto a qué es el derecho a la salud.

-Sí sabe: se refiere a todas aquellas respuestas que logran definir lo que es el derecho a la salud. De esta categoría se desprenden las siguientes sub-categorías:

- Atención: se refiere a todas aquellas respuestas que definen el derecho a la salud desde la posibilidad de ser atendidos por un médico así como por aquellas respuestas que hacen referencia a la calidad de atención.
- Servicios de salud: se refiere a todas aquellas respuestas que definen el derecho a la salud desde la posibilidad de acceder a un servicio sanitario específico.
- Alimentación: se refiere a todas aquellas respuestas que definen el derecho a la salud como la posibilidad de tener una adecuada alimentación.
- Visión saludable: se refiere a todas aquellas respuestas que definen el

derecho a la salud como la posibilidad de estar sano, de vivir saludablemente.

- Accesibilidad: contiene todas aquellas respuestas que definen el derecho a la salud desde un punto de vista económico, desde la posibilidad de acceder gratuitamente a los servicios de salud.

2. A partir de la pregunta *"¿Qué es para vos la Asignación Universal por Hijo?"* se desprenden las siguientes categorías:

-No sabe: contiene todas aquellas respuestas que indican no saber qué es la AUH.

-Sí sabe: contiene todas aquellas respuestas que indican saber qué es la AUH. De esta categoría se desprenden las siguientes sub-categorías:

- Ingreso económico: se refiere a todas aquellas respuestas que definen la AUH como un beneficio económico, como una suma de dinero percibida.
- Educación: se refiere a todas aquellas respuestas que definen a la AUH como un beneficio percibido por su educación, entendida ésta como la concurrencia a un establecimiento educativo.
- Ayuda: se refiere a todas aquellas respuestas que definen la AUH como la obtención de una ayuda sin poder especificar aquellos aspectos que se ven beneficiados por la implementación de la misma.

3. A partir de la pregunta *"¿Sabés por qué recibís la Asignación Universal por Hijo?"* se distinguen las siguientes categorías:

-No sabe: contiene todas aquellas respuestas que indican no conocer el motivo

de la percepción de la AUH.

-Sí sabe: contiene todas aquellas respuestas que indican conocer el motivo de la percepción de las AUH. De esta categoría se desprenden las siguientes sub-categorías:

- Educación: se refiere a todas aquellas respuestas que atribuyen la percepción de la AUH a la concurrencia escolar para poder completar su educación.
- Alimentación: se refiere a todas aquellas respuestas que vinculan la percepción de la AUH con la posibilidad de tener una mejor y más variada alimentación.
- Complemento: se refiere a todas aquellas respuestas que consideran que la percepción de la AUH implica un aumento en los ingresos familiares por ser éstos considerados escasos y/o inestables.

4. A partir de la pregunta *"¿Qué relación podés establecer entre el derecho a la salud y la Asignación Universal por Hijo?"* se discriminan las siguientes categorías:

-No sabe: se refiere a todas aquellas respuestas que desconocen la existencia o no de relación entre la AUH y el derecho a la salud.

-Sin relación: alude a todas aquellas respuestas que niegan la existencia de relación entre el derecho a la salud y la AUH.

-Con relación: se refiere a todas aquellas respuestas que afirman la existencia de relación entre el derecho a la salud y la AUH. De esta categoría se desprenden las siguientes sub-categorías:

- Derecho: se refiere a todas aquellas respuestas que vinculan la AUH y la

salud en que ambas son un derecho.

- Atención de la salud: se refiere a todas aquellas respuestas que relacionan los ingresos percibidos por la AUH con la posibilidad de recibir atención médica así como incrementar la frecuencia de la misma.
- Calidad de vida: se refiere a todas aquellas respuestas que consideran que la relación entre el derecho a la salud y la AUH consiste en mejoras en diversos aspectos de la vida cotidiana.
- Alimentación: se refiere a todas aquellas respuestas que relacionan el ingreso percibido por la AUH con la posibilidad de tener una mejor y más variada alimentación.
- Obligación: contiene todas aquellas respuestas que relacionan el derecho a la salud con la responsabilidad de cumplir con los requisitos exigidos por la AUH.

5. A partir de la pregunta *"La AUH solicita hacer controles de salud ¿se cumplen?¿cuáles?"* se puede hacer la siguiente categorización:

-No se cumplen: se refiere a todas aquellas respuestas negativas respecto al cumplimiento de los controles solicitados.

-No sabe: se refiere a todas aquellas respuestas que indicaron no saber sobre el cumplimiento o no de los controles solicitados para ser beneficiarios de la AUH, como tampoco conocer cuáles son los mismos.

-Se cumplen: se refiere a todas aquellas respuestas positivas acerca del cumplimiento de los controles de salud. De esta categoría se desprenden las siguientes sub-categorías:

- Vacunas: se refiere a todas aquellas respuestas positivas acerca del

cumplimiento de los controles de salud que hacen mención únicamente al calendario de vacunación.

- Peso y estatura: se refiere a todas aquellas respuestas positivas acerca del cumplimiento de los controles de salud que hacen mención únicamente al control pondo-estatural.
- Odontología: se refiere a todas aquellas respuestas positivas acerca del cumplimiento de los controles de salud que hacen mención únicamente a los controles odontológicos.
- Oftalmología: se refiere a todas aquellas respuestas positivas acerca del cumplimiento de los controles de salud que hacen mención únicamente a los controles oftalmológicos.
- Atención médica: se refiere a todas aquellas respuestas positivas acerca del cumplimiento de los controles de salud que hacen mención a la atención médica en líneas generales.

6. A partir de la pregunta *"¿Cuidás tu Salud? ¿Cómo?"* se distinguen las siguientes categorías:

-No: se refiere a todas aquellas respuestas negativas sobre el cuidado de la propia salud.

-Sí: se refiere a todas aquellas respuestas afirmativas respecto al cuidado de la propia salud. De esta categoría se desprenden las siguientes sub-categorías:

- Alimentación: se refiere a todas aquellas respuestas positivas acerca del cuidado de la propia salud que relacionan al mismo con una adecuada y variada alimentación.
- Atención: se refiere a todas aquellas respuestas positivas acerca del

cuidado de la propia salud que relacionan al mismo con la atención médica.

- Hábitos saludables: se refiere a todas aquellas respuestas positivas acerca del cuidado de la propia salud que relacionan al mismo con la ausencia de hábitos tóxicos: no fumar, no tomar alcohol y no drogarse.
- Deportes: se refiere a todas aquellas respuestas positivas acerca del cuidado de la propia salud que relacionan al mismo con la práctica de deportes y la realización de actividad física.

Parte 5

Resultados

Descripción de la población

Las edades de los 40 sujetos que integraron la muestra oscilaron entre los 13 y los 18 años (m= 15,10).

En cuanto al sexo, la misma se vio conformada por 19 adolescentes de sexo masculino y 21 de sexo femenino.

Respecto al nivel de estudio, el total de los adolescentes se halló cursando la educación secundaria básica, de los cuales sólo el 35% se encontraba en el nivel educativo correspondiente a su edad.

Resultados del material visual utilizado

En las frases vertidas por los adolescentes se observó que la mayoría de ellos (55%) presentó una postura negativa respecto a los servicios de atención de la salud. Retomando a Moscovici podríamos decir que de las tres dimensiones que conforman el contenido de la representación social, la más evidente en este caso fue la *actitud,* y estaríamos frente a una actitud desfavorable en lo que respecta a dicha atención, posiblemente a causa de experiencias personales y/o por el relato de situaciones vividas por sus familiares o conocidos, lo que se vio reflejado en frases como: *"señora atienda a mi sobrina de una vez"; "atiéndame de una vez doctor sino empiezo a patear la puerta" "estoy hace una hora"; "atendeme porque te prendo fuego todo"; "hace 6 horas que estoy esperando"; "¿ya no hay más turnos?, ¿cómo que no? Si solo había 4 personas adelante mío, mi hija se siente mal. ¡No quieren trabajar!"; "¡Quiero hablar con el director!"*. Se observó que si bien los sujetos de la muestra reconocieron el acceso a la atención, predominó en la mayoría de ellos una actitud negativa respecto a la calidad de la misma recordando, como se

mencionó en el marco teórico de esta tesis que, según la Observación general sobre el Derecho a la Salud, adoptada en 2000 por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, la *calidad* es uno de los 4 elementos que debe abarcar la salud.

El resto de los adolescentes (45%) mantuvo una postura neutra al respecto sin emitir juicios positivos o negativos respecto a la atención en salud.

Otro aspecto que se desprendió del análisis de las viñetas gráficas fue la manifestación de la concurrencia a los servicios de salud sólo en casos de enfermedades o accidentes, no haciendo mención a la prevención primaria; la minoría reflejó recurrir a servicios de salud por control, lo que se pudo ver en frases tales como: *"Hola, buen día, desearía que atienda a mi hija por favor para hacer el control para ver si está bien y llevar a llenar la libreta. Gracias"*. *"Señora qué vacunas hay que darle a mi hija que tiene 10 años. Deme todas las vacunas que recibe"*.

Resultados de la entrevista: Representaciones sociales, conocimientos y prácticas habituales de salud de los adolescentes

En base a los datos recogidos ante la pregunta *"¿Sabés qué es el derecho a la salud?"* se desprendió que un 82,5% de los adolescentes respondió en forma afirmativa y sólo un 17, 5% refirió ***no saber***, los cuales sostuvieron a su vez no conocer que existiera tal derecho. (Gráfico N°1)

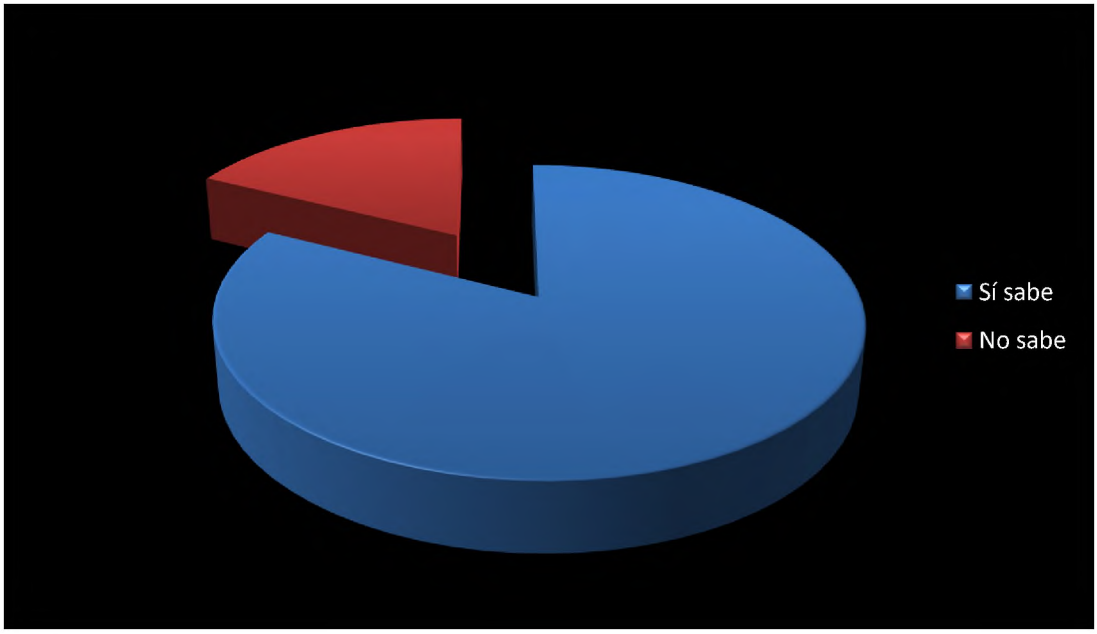

GRÁFICO N°1: Porcentaje de respuestas afirmativas y negativas ante la pregunta *"¿Sabés qué es el derecho a la salud?"* en adolescentes entre 13 y 18 años de edad de ambos sexos, escolarizados en barrios periféricos, beneficiarios directos de la AUH. Mar del Plata. Diciembre 2014- febrero 2015

De los que manifestaron saber surgió que un 36,4% relacionó el derecho a la salud con la posibilidad de recibir ***atención*** médica, lo cual implicó a su vez para algunos de ellos, que la misma fuera rápida y eficaz tal como se manifestó en expresiones como *"es que los médicos te atiendan rápido y no te hagan esperar".* Dicha atención se relacionó en algunos casos con la prevención secundaria *"ir al médico cuando estoy enfermo"* y en otros con la prevención primaria *"hacerme los controles médicos"*.

El 24,2% definió el derecho a la salud desde una ***visión saludable***, como la posibilidad de *"estar sano"*, de *"vivir en un ambiente saludable"*.

Un 18,2% definió su derecho a la salud como la posibilidad de ***acceder*** a los servicios de salud de forma gratuita *"es poder atenderme sin obra social"*. Mientras que otro 18,2% lo definió como la posibilidad de concurrir a un establecimiento específico ***(servicios de salud)*** *"tener derecho a ir a una*

salita, a un hospital"- y sólo un 3% lo vinculó con el acceso a una ***alimentación*** saludable y variada.

El Gráfico N°2 muestra el conocimiento de los adolescentes respecto de lo que es el derecho a la salud.

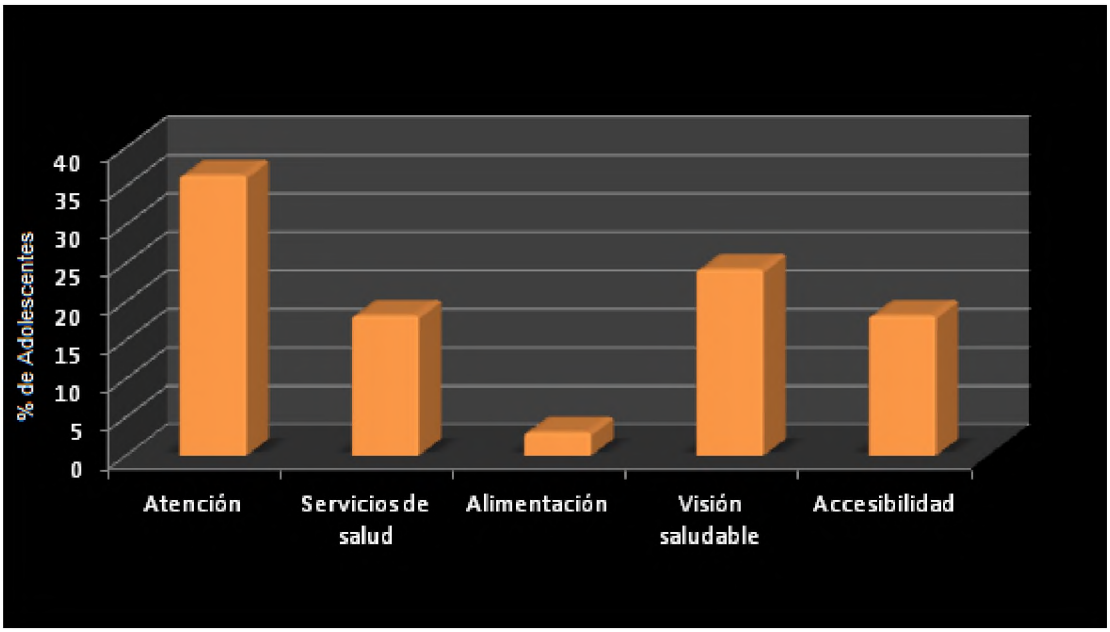

GRÁFICO N°2: Descripción del conocimiento ante la pregunta *"¿Sabés qué es el derecho a la salud?"* en adolescentes entre 13 y 18 años de edad de ambos sexos, escolarizados en barrios periféricos, beneficiarios directos de la AUH. Mar del Plata. Diciembre 2014- febrero 2015

Ante la segunda pregunta *"¿Qué es para vos la AUH?"* surgió como resultado que un 97,5% de la población refirió saber qué es la AUH, desconociendo el tema sólo un 2,5% (Gráfico N°3).

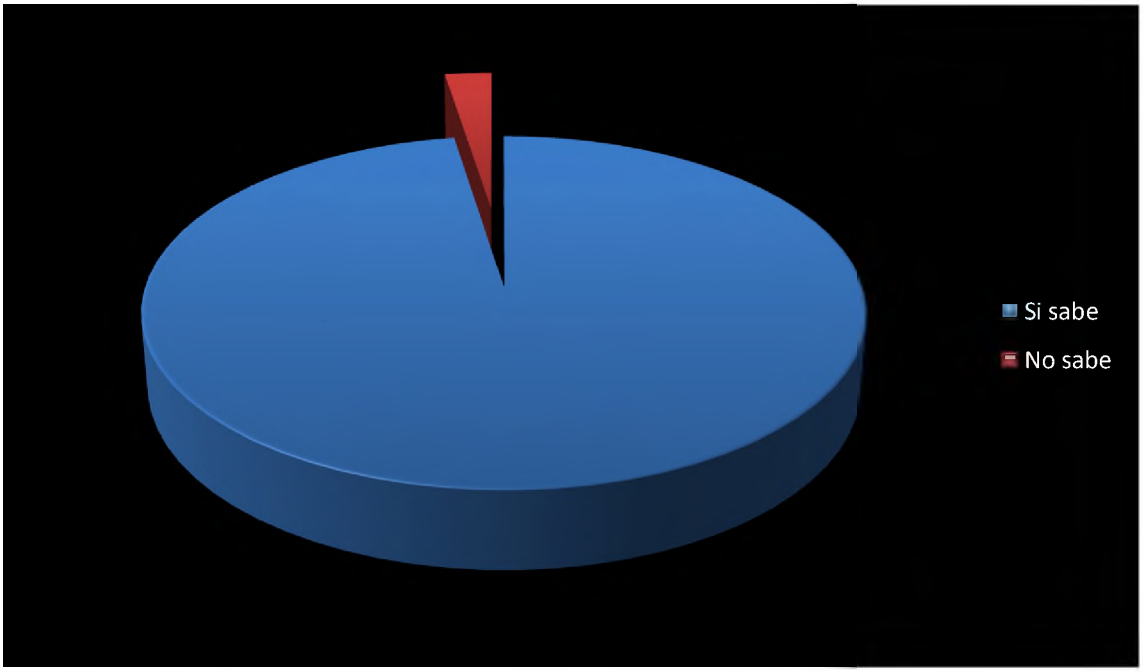

GRÁFICO N°3: Conocimiento ante la pregunta *"¿Qué es para vos la AUH?"* en adolescentes entre 13 y 18 años de edad de ambos sexos, escolarizados en barrios periféricos, beneficiarios directos de la AUH. Mar del Plata. Diciembre 2014- febrero 2015

De los adolescentes que manifestaron saber surgió, mediante afirmaciones tales como *"es cuando las mamás cobran"*; *"es lo que pagan a los padres por nosotros"*; *"lo que te paga el gobierno por mes"*, que el 51,3% de la muestra definió la AUH exclusivamente como un ingreso de dinero (***ingreso económico***). Un 35,9% lo hizo como una ***ayuda*** en líneas generales sin poder especificar aquellos aspectos que se vieron beneficiados por la implementación de la Asignación. En cuanto a la ***educación***, que recordemos es uno de los requisitos para recibir la AUH, sólo un 12,8% la mencionó como parte de la definición de lo que es la política pública en estudio, -*"te pagan por estudiar"*; *"tener una posibilidad de seguir estudiando"*; *"una ayuda escolar"*; *"para mí es que te pagan para ir a la escuela"*-, teniendo en cuenta que si bien muchas de estas afirmaciones no se desligaron completamente del concepto económico, en estas ocasiones lograron asociarla con la educación mientras que en los

casos que sólo mencionaron que era un ingreso de dinero no la asociaron con ningún otro aspecto tal como ir a la escuela, hacerse los controles médicos, etc. y, en menor medida aún, la consideraron como el medio o instrumento para alcanzar derechos básicos.

En el Gráfico N°4 se observan las representaciones sociales de los adolescentes respecto a lo que es la AUH.

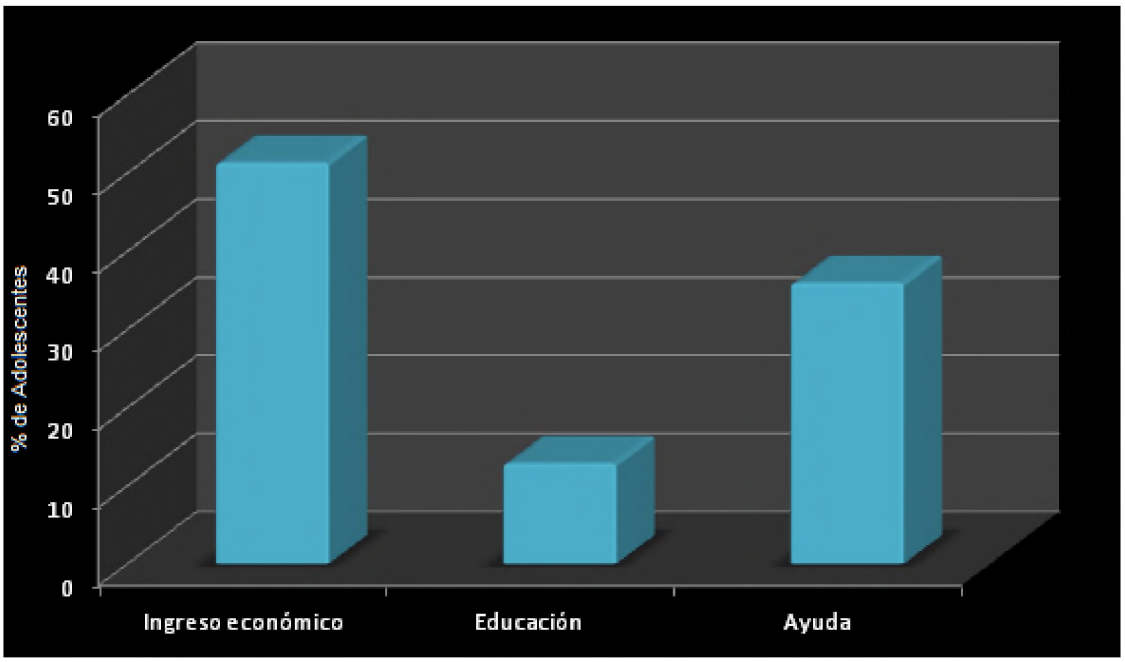

GRÁFICO N°4: Descripción de las representaciones sociales ante la pregunta *"¿qué es para vos la Asignación Universal por Hijo?"* en adolescentes entre 13 y 18 años de edad de ambos sexos, escolarizados en barrios periféricos, beneficiarios directos de la AUH. Mar del Plata. Diciembre 2014- febrero 2015

Con respecto a la pregunta *"¿Sabés por qué recibís la AUH?"* un 72,5% presentó conocimiento en relación al tema mientras que el 27,5% restante refirió no saber y no logró asociarla con ningún aspecto en particular -*"ni idea"*; *"que se yo nunca me lo puse a pensar"*; *"nunca le pregunté a mi mamá"*-. (Gráfico N°5).

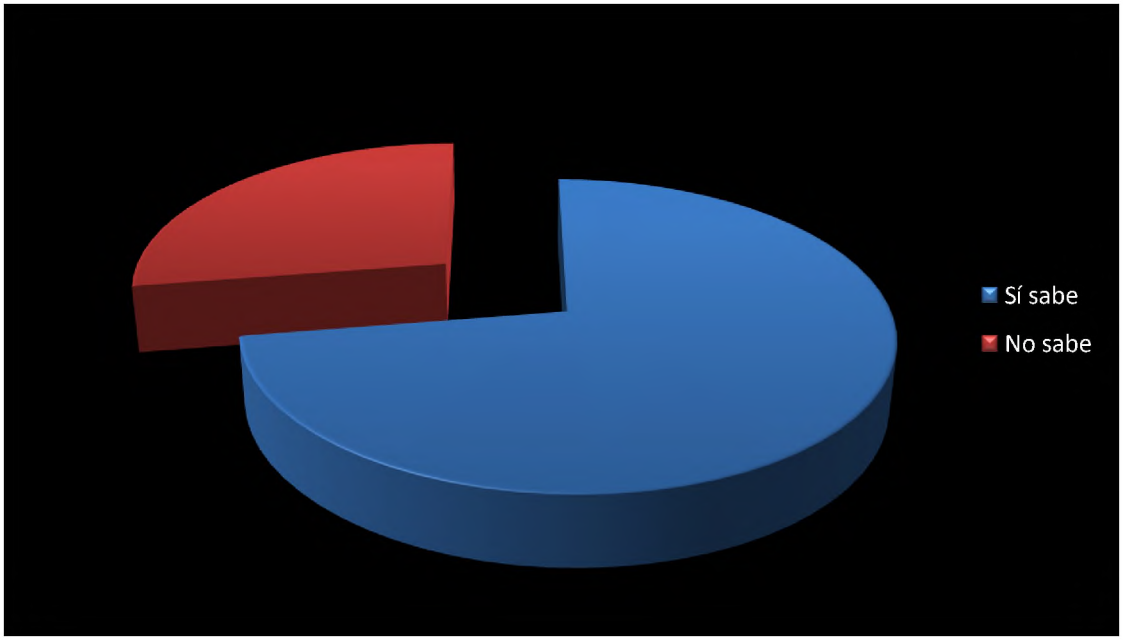

GRÁFICO N°5: Porcentaje de respuestas afirmativas y negativas ante la pregunta *"¿Sabés por qué recibís la AUH?"* en adolescentes entre 13 y 18 años de edad de ambos sexos, escolarizados en barrios periféricos, beneficiarios directos de la AUH. Mar del Plata. Diciembre 2014- febrero 2015

De los que manifestaron saber una gran proporción de adolescentes (65,5%) atribuyó la percepción de la AUH como un ***complemento*** al ingreso económico de sus padres, ya sea porque este último no alcanzaba para satisfacer las necesidades *"para comprar mercadería porque mi mamá no gana mucha plata"*, o porque sus padres no poseían trabajo estable *"ayuda porque mi mamá a veces cuida coches y eso no alcanza"*.

Un 31% atribuyó la percepción de la AUH al hecho de ir a la escuela (***educación***) *"recibo la asignación porque estudio, sino no me la darían"*; *"por estudiar"*; *"para tener una educación digna"*, y sólo un 3,5% la vinculó con la ***alimentación***.

En el Gráfico N°6 se observan los factores a los cuales los adolescentes encuestados atribuyeron la percepción de la AUH.

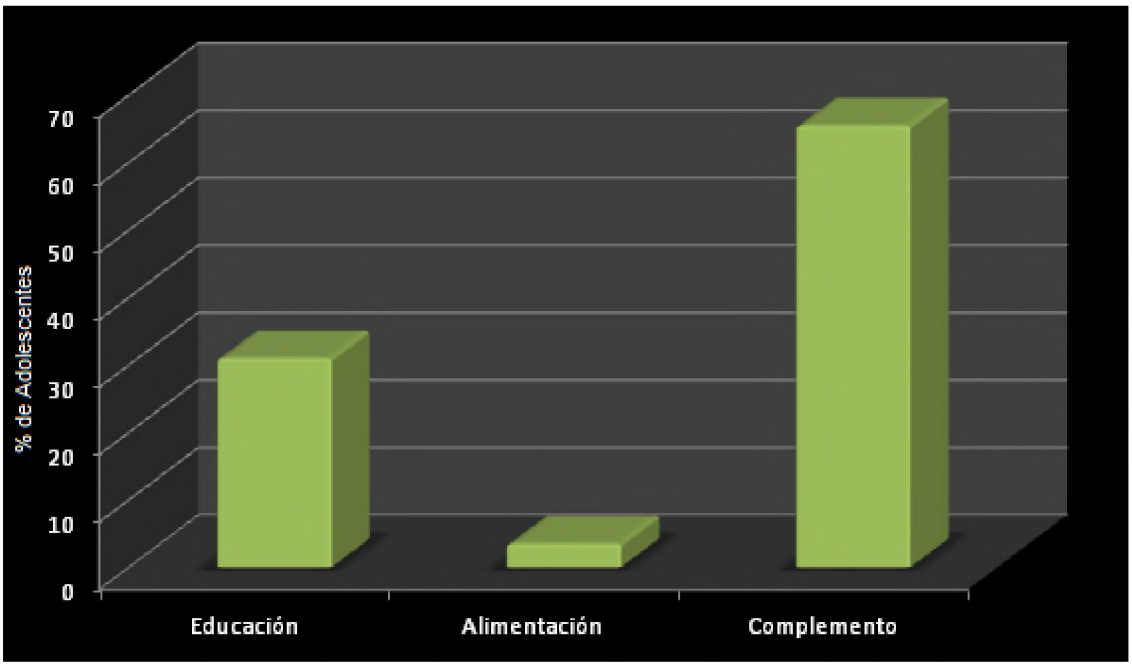

GRÁFICO N°6: Descripción del conocimiento ante la pregunta *"¿Sabes por qué recibís la Asignación Universal por Hijo?"* en adolescentes entre 13 y 18 años de edad de ambos sexos, escolarizados en barrios periféricos, beneficiarios directos de la AUH. Mar del Plata. Diciembre 2014- febrero 2015

En lo que respecta a la cuarta pregunta *"¿Qué relación podés establecer entre el derecho a la salud y la AUH?"* resulta interesante destacar que un 47,5% de la muestra logró asociar los temas en estudio, mientras que un 35% manifestó que no encontraba relación entre el derecho a la salud y la AUH *"no, no tienen nada que ver"; "no, no encuentro relación"* y el 17,5% restante refirió no saber si dicha relación existe. (Gráfico N°7)

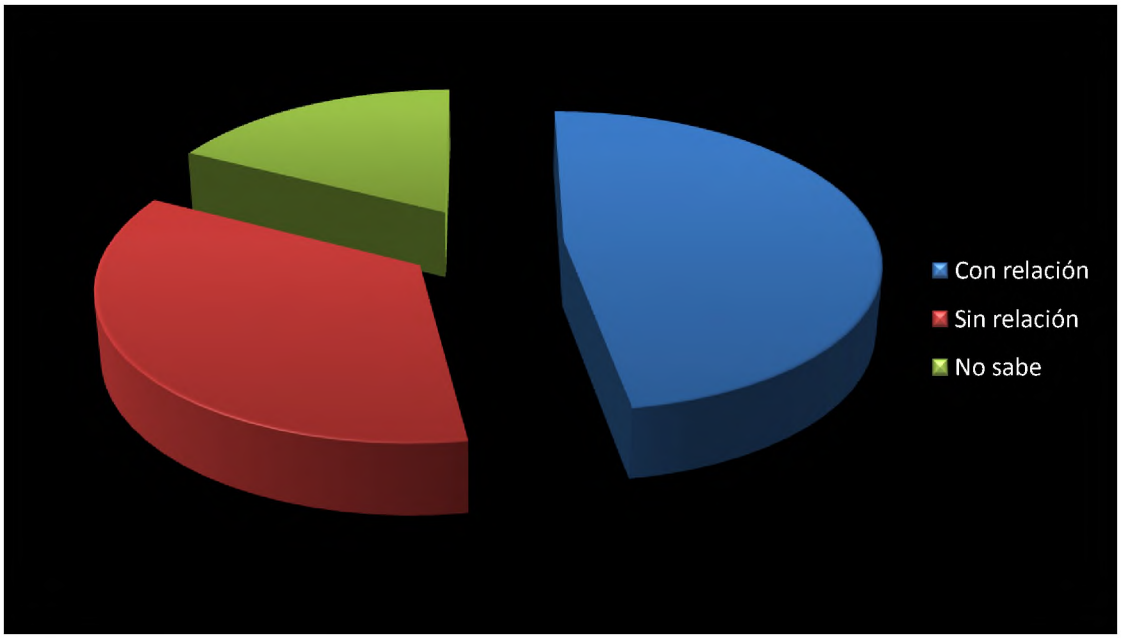

GRÁFICO N°7: Porcentaje de respuestas afirmativas, negativas y neutras ante la pregunta *"¿Qué relación podés establecer entre el derecho a la salud y la AUH?"* en adolescentes entre 13 y 18 años de edad de ambos sexos, escolarizados en barrios periféricos, beneficiarios directos de la AUH. Mar del Plata. Diciembre 2014- febrero 2015

De los que manifestaron que existe relación un 31,6% asoció la percepción de la AUH con mejoras en su ***calidad de vida***, ya sea por cambios positivos tanto en sus condiciones socioeconómicas *"la asignación permite vivir mejor"*; *"mi mamá ahora pudo comprar otro colchón porque el nuestro ya no servía"*, como en la atención médica *"que ahora tenemos una mejor atención cuando vamos al médico"*.

Un 26,3% encontró la relación en la ***atención de la salud*** *"que nos ayuda a hacernos los controles médicos"*, aludiendo también a la posibilidad de concurrir con más frecuencia al médico *"ir más veces al médico porque mi mamá tiene más plata"* (pese a ser la atención gratuita hicieron referencia a que anteriormente su capacidad económica no era suficiente como para poder desplazarse a los diferentes servicios de salud).

De particular importancia son aquellos adolescentes (21%) que establecieron la relación entre el derecho a la salud y la AUH como una ***obligación*** *"la relación es que si no voy a la escuela no me pagan"; "que tengo la obligación de hacerme un control médico para cobrarla"; "porque te piden las vacunas"*.

El 15,8% asoció la AUH y el derecho a la salud exclusivamente con la ***alimentación*** *"si la relación es que mi mamá ahora puede comprar más comida"; "sí, si tenés plata podés comer"*.

Sólo para un 5,3% la relación existente fue que ambos eran un ***derecho*** "*los dos son un derecho que tenemos todos"*.

El Gráfico N°8 muestra la relación existente, desde el punto de vista de los adolescentes, entre el derecho a la salud y la AUH.

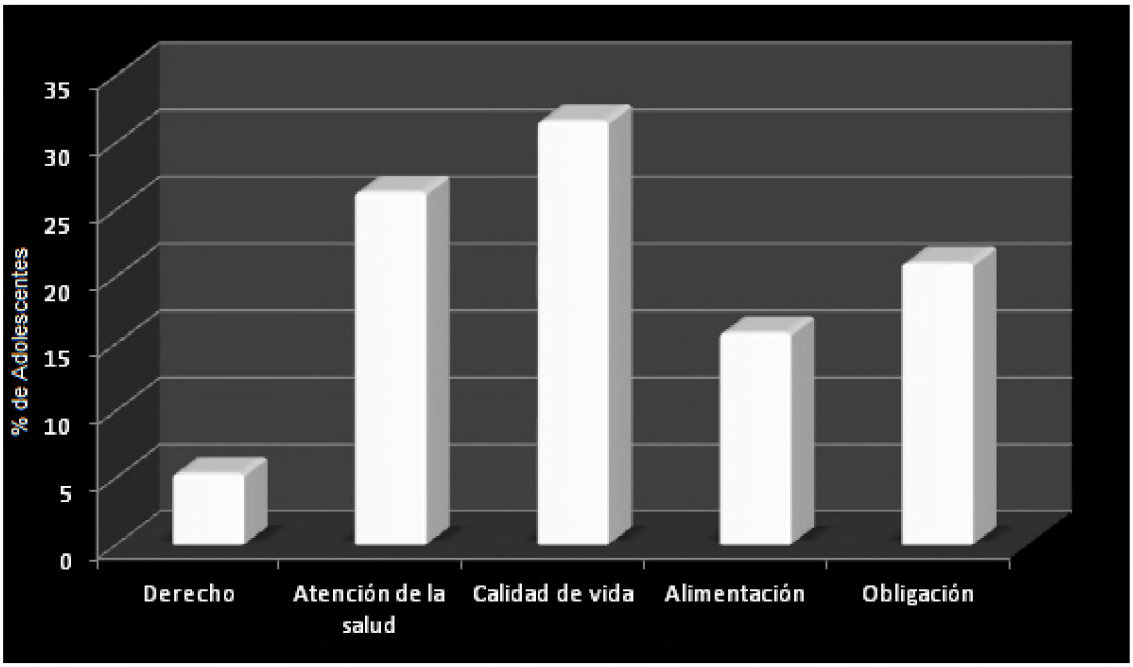

GRÁFICO N°8: Descripción del conocimiento ante la pregunta *¿Qué relación podés establecer entre el derecho a la salud y la Asignación Universal por Hijo?* en adolescentes entre 13 y 18 años de edad de ambos sexos, escolarizados en barrios periféricos, beneficiarios directos de la AUH. Mar del Plata. Diciembre 2014- febrero 2015

En relación a la quinta pregunta de la entrevista *"La AUH solicita hacer controles de salud, ¿se cumplen? ¿Cuáles?"* se obtuvieron los siguientes resultados: el mayor porcentaje de adolescentes (72,5%) afirmó que los controles solicitados ***se cumplen.*** Un aspecto que llama la atención es que si bien los dos requisitos para percibir la AUH son concurrir a la escuela (el 100% de la población muestral cumple con el mismo por ser un criterio de inclusión en la muestra) y realizarse los controles de salud correspondientes, un 20% sostuvo que estos últimos ***no se cumplen,*** teniendo en cuenta que la mayoría de estos adolescentes no recordaba haber ido al médico en los últimos años y el 7,5% restante no se encontraba informado acerca de cuáles eran los controles solicitados. (Gráfico N°9)

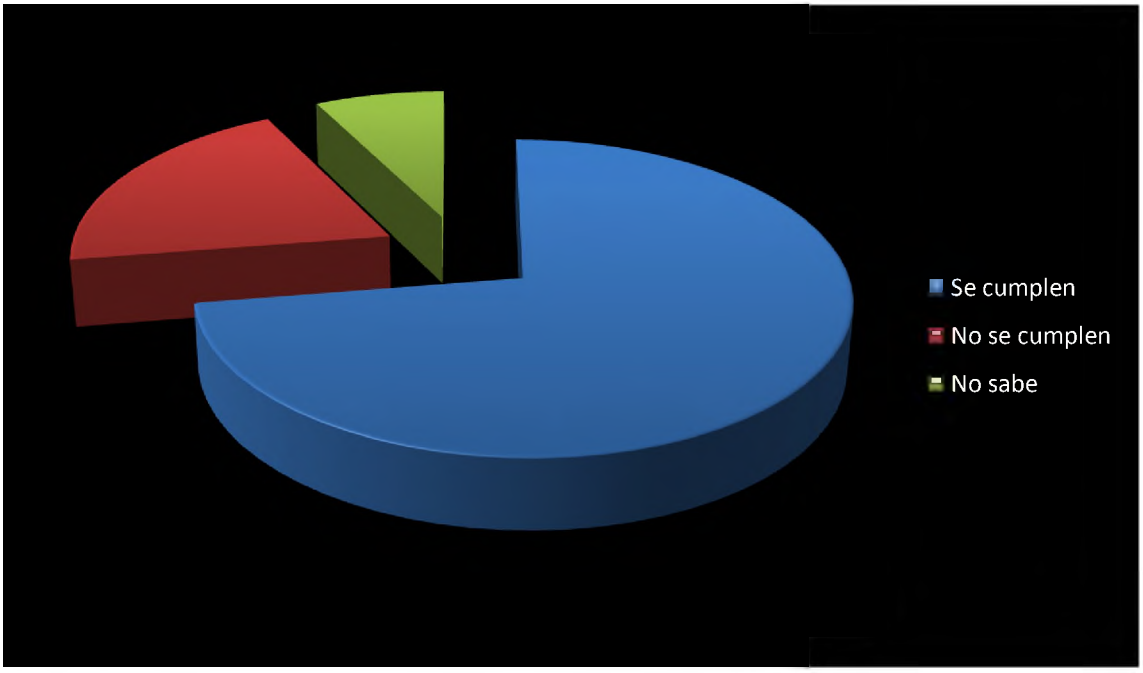

GRÁFICO N°9: Porcentaje de respuestas afirmativas, negativas y neutras ante la pregunta *"La AUH solicita hacer controles de salud, ¿se cumplen? ¿Cuáles?"* en adolescentes entre 13 y 18 años de edad de ambos sexos, escolarizados en barrios periféricos, beneficiarios directos de la AUH. Mar del Plata. Diciembre 2014- febrero 2015

De los que manifestaron que los controles de salud se cumplen el mayor porcentaje (38%) asoció los mismos con la recepción de las ***vacunas*** correspondientes al calendario, mientras que un 31% hizo mención a la ***atención médica*** en general, es decir, numeró los distintos controles médicos y chequeos.

El 31% restante sólo mencionó alguno de los controles solicitados (10,3% ***peso y estatura***; 6,9% ***odontología***; 13,8% ***oftalmología***).

En el Gráfico N°10 se observan las prácticas habituales de salud de los adolescentes encuestados.

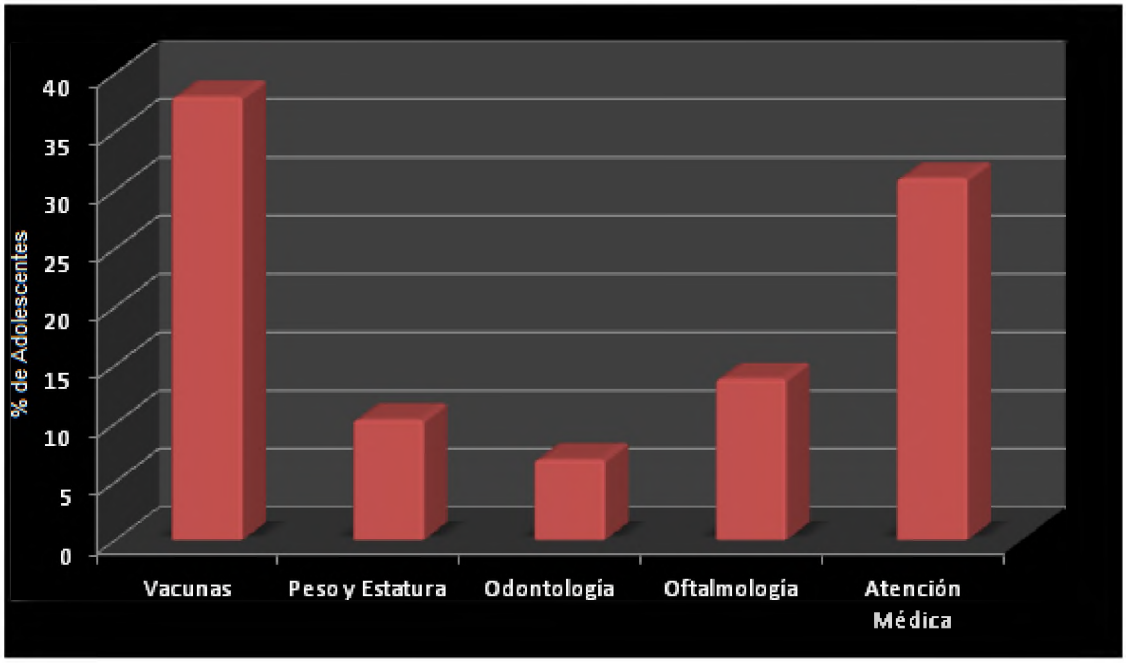

Gráfico N°10: Descripción de las prácticas habituales de salud ante la pregunta *"La AUH solicita hacer controles de salud ¿se cumplen? ¿Cuáles?"* en adolescentes entre 13 y 18 años de edad de ambos sexos, escolarizados en barrios periféricos, beneficiarios directos de la AUH. Mar del Plata. Diciembre 2014- febrero 2015

Finalmente, ante la pregunta N°6 de la entrevista *"¿Cuidás tu salud? ¿Cómo?"* un 80% de los adolescentes de la muestra manifestó cuidar su salud, mientras

que el 20% restante afirmó ***no*** hacerlo -*"no porque fumo"; "no, ni siquiera me doy las vacunas que me faltan"*-. (Gráfico N°11)

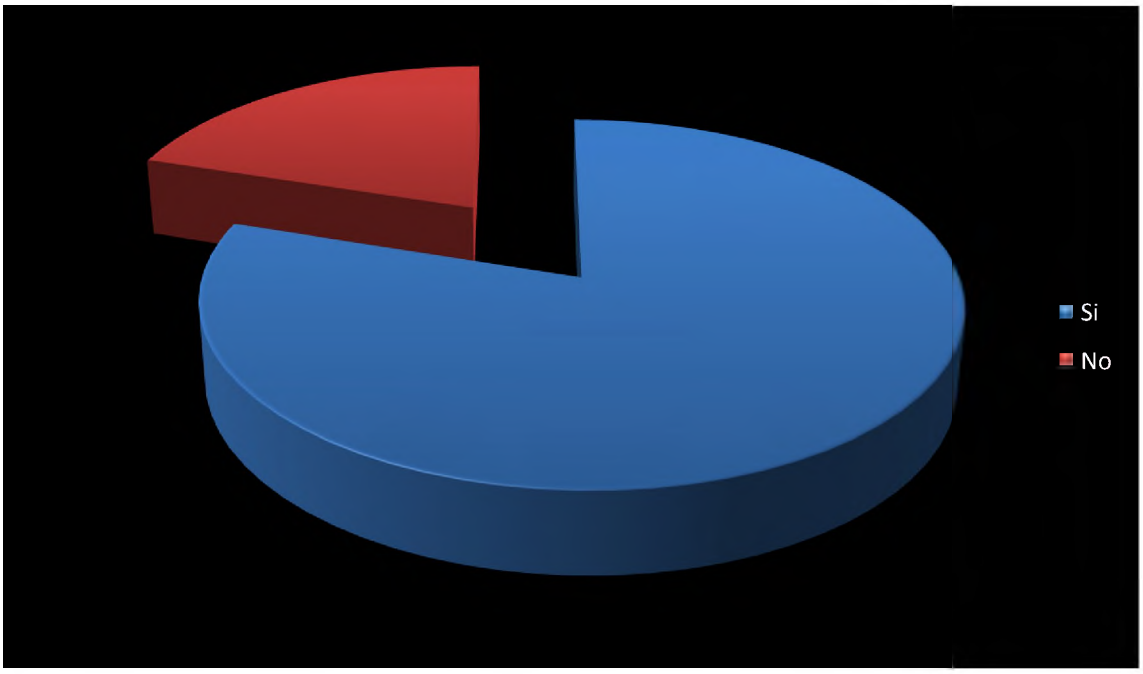

Gráfico N°11: Porcentaje de respuestas afirmativas y negativas ante la pregunta *"¿Cuidás tu salud? ¿Cómo?"* en adolescentes entre 13 y 18 años de edad de ambos sexos, escolarizados en barrios periféricos, beneficiarios directos de la AUH. Mar del Plata. Diciembre 2014- febrero 2015

De los que afirmaron que cuidan su salud el 34,4% lo atribuyó a la ***alimentación*** *"sí, comiendo sano"; "sí, comiendo bien, como yogurt"; "sí la cuido, soy vegetariana"*; el 25% a los ***deportes*** *"sí, hago gimnasia y juego a la pelota"; "sí, haciendo ejercicio físico"; "sí, salgo a caminar"; "sí, voy a pileta"*; el 21,9% a la ***atención*** médica *"sí, yendo al médico cuando no ando bien"; "sí, yendo al médico, me hago chequeos"; "sí, me pongo vacunas"*, y el 18,7% restante lo atribuyó a la práctica de ***hábitos saludables*** *"sí, no drogándome"; "sí, no fumando, no tomando, no me drogo"*.

El Gráfico N°12 describe los cuidados de salud de los adolescentes encuestados.

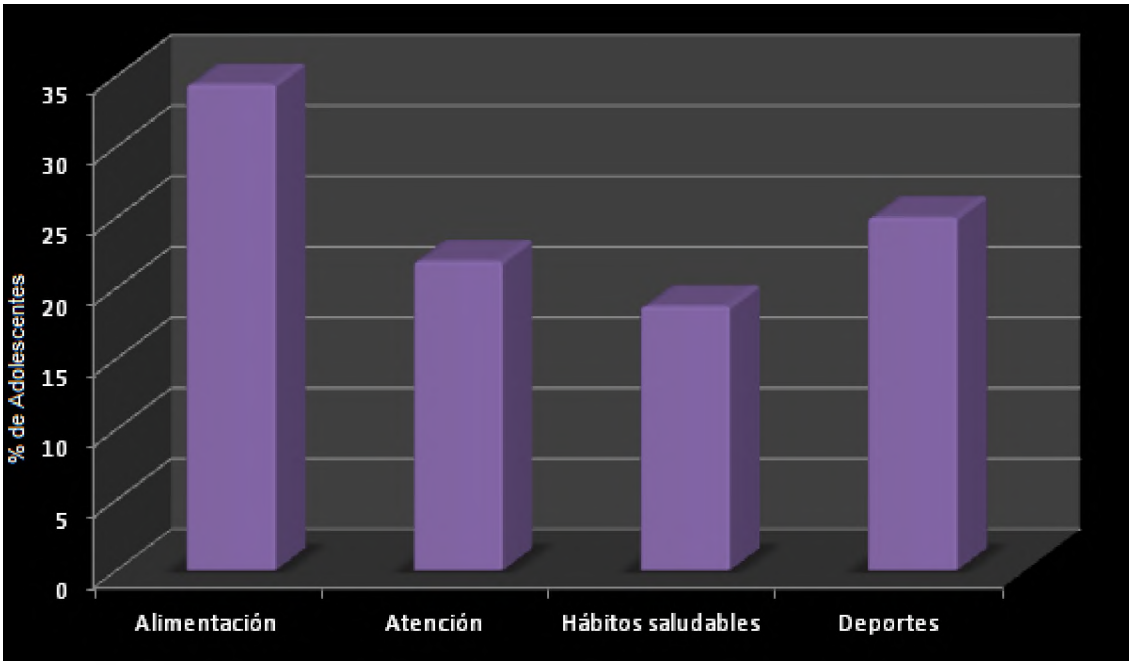

GRÁFICO N°12: Descripción de los cuidados de salud ante la pregunta *"¿Cuidás tu salud? ¿Cómo?"* en adolescentes entre 13 y 18 años de edad de ambos sexos, escolarizados en barrios periféricos, beneficiarios directos de la AUH. Mar del Plata. Diciembre 2014- febrero 2015

Resultados de la encuesta auto-administrable: Impacto de la AUH

Ante el primer enunciado *"La AUH favorece la salud de las personas"* se hallaron los siguientes resultados (Tabla N°1): el 87,5% respondió estar "de acuerdo o muy de acuerdo" con la afirmación propuesta y el 12,5% restante en "desacuerdo o muy en desacuerdo". Tal como muestran los datos hubo una clara tendencia en cuanto a la afirmación ya que los adolescentes se inclinaron en uno u otro sentido y ninguno de ellos seleccionó la opción intermedia "ni en desacuerdo/ni de acuerdo".

TABLA N°1: Grado de acuerdo con la frase "*La AUH favorece la salud de las personas*" en adolescentes entre 13 y 18 años de edad de ambos sexos, escolarizados en barrios periféricos, beneficiarios directos de la AUH. Mar del Plata. Diciembre 2014-febrero 2015

Categorías		Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Muy en desacuerdo	2,5	2,5	2,5
	Desacuerdo	10,0	10,0	12,5
	De acuerdo	70,0	70,0	82,5
	Muy de acuerdo	17,5	17,5	100,0
	Total	100,0	100,0	

En la Tabla N°2 se observa el grado de acuerdo de los adolescentes encuestados con la afirmación *"Los adolescentes visitan más al médico ahora que antes de que exista la AUH"*.

Las categorías "de acuerdo o muy de acuerdo" fueron las más elegidas representadas por el 62,5%, ante el 20% de la muestra que manifestó estar en "desacuerdo o muy en desacuerdo" con la afirmación. El resto (17,5%) no refirió ninguna de las opciones anteriores seleccionando la opción "ni en desacuerdo/ni de acuerdo".

TABLA N°2: Grado de acuerdo con la frase "Los adolescentes visitan más al médico ahora que antes de que exista la AUH" en adolescentes entre 13 y 18 años de edad de ambos sexos, escolarizados en barrios periféricos, beneficiarios directos de la AUH. Mar del Plata. Diciembre 2014- febrero 2015

Categorías		Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Muy en desacuerdo	2,5	2,5	2,5
	Desacuerdo	17,5	17,5	20,0
	Ni en desacuerdo/Ni de acuerdo	17,5	17,5	37,5
	De acuerdo	35,0	35,0	72,5
	Muy de acuerdo	27,5	27,5	100,0
	Total	100,0	100,0	

En la Tabla N°3 se observa el grado de acuerdo de los adolescentes encuestados con la afirmación *"El Estado es el principal responsable de respetar y garantizar los derechos de las personas"*.

Nuevamente las categorías "de acuerdo o muy de acuerdo" fueron las de mayor frecuencia con un 72,5% de los casos, mientras que un 17,5% seleccionó la opción "desacuerdo o muy en desacuerdo", y el 10% restante optó por "ni en desacuerdo/ni de acuerdo".

TABLA N°3: Grado de acuerdo con la afirmación *"El Estado es el principal responsable de respetar y garantizar los derechos de las personas"* en adolescentes entre 13 y 18 años de edad de ambos sexos, escolarizados en barrios periféricos, beneficiarios directos de la AUH. Mar del Plata. Diciembre 2014- febrero 2015

Categorías		Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Muy en desacuerdo	5,0	5,0	5,0
	Desacuerdo	12,5	12,5	17,5
	Ni en desacuerdo/Ni de acuerdo	10,0	10,0	27,5
	De acuerdo	42,5	42,5	70,0
	Muy de acuerdo	30,0	30,0	100,0
	Total	100,0	100,0	

Frente a la afirmación *"La AUH favorece la asistencia escolar"*, el mayor porcentaje de la muestra (60%) manifestó estar "de acuerdo o muy de acuerdo". El resto de las respuestas oscilaron entre las categorías "desacuerdo o muy en desacuerdo" (27,5%) y "ni en desacuerdo/ni de acuerdo" (12,5%).

La Tabla N°4 describe el grado de acuerdo de los adolescentes con dicha afirmación.

TABLA N°4: Grado de acuerdo con la afirmación "*La AUH favorece la asistencia escolar*" en adolescentes entre 13 y 18 años de edad de ambos sexos, escolarizados en barrios periféricos, beneficiarios directos de la AUH. Mar del Plata. Diciembre 2014-febrero 2015

Categorías		Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Muy en desacuerdo	5,0	5,0	5,0
	En desacuerdo	22,5	22,5	27,5
	Ni en desacuerdo/Ni de acuerdo	12,5	12,5	40,0
	De acuerdo	35,0	35,0	75,0
	Muy de acuerdo	25,0	25,0	100,0
	Total	100,0	100,0	

Ante la quinta afirmación de la encuesta *"La AUH puede usarse para el acceso a determinados bienes (materiales escolares, indumentaria)"* se destaca que la mayor proporción de adolescentes (77,5%) manifestó estar "de acuerdo o muy de acuerdo" con la misma, frente a un 12,5% que expresó estar en "desacuerdo o muy en desacuerdo", y un 10% restante que seleccionó la opción "ni en desacuerdo/ni de acuerdo".

TABLA N°5: Grado de acuerdo con la afirmación *"La AUH puede usarse para el acceso a determinados bienes (materiales escolares, indumentaria)"* en adolescentes entre 13 y 18 años de edad de ambos sexos, escolarizados en barrios periféricos, beneficiarios directos de la AUH. Mar del Plata. Diciembre 2014- febrero 2015

Categorías		Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Muy en desacuerdo	5,0	5,0	5,0
	En desacuerdo	7,5	7,5	12,5
	Ni en desacuerdo/Ni de acuerdo	10,0	10,0	22,5
	De acuerdo	42,5	42,5	65,0
	Muy de acuerdo	35,0	35,0	100,0
	Total	100,0	100,0	

En la Tabla N°6 se observa que el mayor porcentaje de respuestas dadas por los encuestados (50%) estuvo "de acuerdo o muy de acuerdo" con la idea de que *"La AUH disminuye la existencia de trabajo infantil"*. El 37,5% manifestó estar en "desacuerdo o muy en desacuerdo" con la afirmación, mientras que el 12,5% restante se mostró "ni en desacuerdo/ni de acuerdo".

TABLA N°6: Grado de acuerdo con la afirmación *"La AUH disminuye la existencia de trabajo infantil"* en adolescentes entre 13 y 18 años de edad de ambos sexos, escolarizados en barrios periféricos, beneficiarios directos de la AUH. Mar del Plata. Diciembre 2014- febrero 2015

Categorías		Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Muy en desacuerdo	22,5	22,5	22,5
	En desacuerdo	15,0	15,0	37,5
	Ni en desacuerdo/Ni de acuerdo	12,5	12,5	50,0
	De acuerdo	30,0	30,0	80,0
	Muy de acuerdo	20,0	20,0	100,0
	Total	100,0	100,0	

En la Tabla N°7 se observa que el más alto porcentaje de respuestas (72,5%) correspondió a las categorías "de acuerdo o muy de acuerdo" con la afirmación *"La AUH mejora las condiciones de vida de las familias que la reciben"*; el 20% eligió la opción "ni en desacuerdo/ni de acuerdo", y un 7,5% de la muestra se mostró en "desacuerdo o muy en desacuerdo".

TABLA N°7: Grado de acuerdo con la afirmación *"La AUH mejora las condiciones de vida de las familias que la reciben"* en adolescentes entre 13 y 18 años de edad de ambos sexos, escolarizados en barrios periféricos, beneficiarios directos de la AUH. Mar del Plata. Diciembre 2014- febrero 2015

Categorías		Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Muy en desacuerdo	5,0	5,0	5,0
	En desacuerdo	2,5	2,5	7,5
	Ni en desacuerdo/Ni de acuerdo	20,0	20,0	27,5
	De acuerdo	45,0	45,0	72,5
	Muy de acuerdo	27,5	27,5	100,0
	Total	100,0	100,0	

En la Tabla N°8 se observa el grado de acuerdo de los adolescentes encuestados con la afirmación *"La AUH aumenta el embarazo adolescente"*. El 57,5% de las respuestas correspondió a las categorías "de acuerdo o muy de acuerdo", mientras un 30% estuvo en "desacuerdo o muy en desacuerdo" y el 12,5% restante seleccionó la opción "ni en desacuerdo/ni de acuerdo".

TABLA N°8: Grado de acuerdo con la afirmación *"La AUH aumenta el embarazo adolescente"* en adolescentes entre 13 y 18 años de edad de ambos sexos, escolarizados en barrios periféricos, beneficiarios directos de la AUH. Mar del Plata. Diciembre 2014- febrero 2015

Categorías		Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Muy en desacuerdo	15,0	15,0	15,0
	En desacuerdo	15,0	15,0	30,0
	Ni en desacuerdo/Ni de acuerdo	12,5	12,5	42,5
	De acuerdo	20,0	20,0	62,5
	Muy de acuerdo	37,5	37,5	100,0
	Total	100,0	100,0	

En la Tabla N°9 se observa que la afirmación *"Es necesario tener al día el calendario de vacunación para recibir la AUH"* arrojó una gran diferencia entre las categorías de análisis, mostrando una notable inclinación (80%) hacia las categorías "de acuerdo o muy de acuerdo". El resto de la muestra se inclinó en un 12,5% a la respuesta neutral "ni en desacuerdo/ni de acuerdo" y un 7,5% desacordaron con la afirmación propuesta seleccionando la opción "desacuerdo o muy en desacuerdo".

TABLA N°9: Grado de acuerdo con la afirmación *"Es necesario tener al día el calendario de vacunación para recibir la AUH"* en adolescentes entre 13 y 18 años de edad de ambos sexos, escolarizados en barrios periféricos, beneficiarios directos de la AUH. Mar del Plata. Diciembre 2014- febrero 2015

Categorías		Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	En desacuerdo	7,5	7,5	7,5
	Ni en desacuerdo/Ni de acuerdo	12,5	12,5	20,0
	De acuerdo	25,0	25,0	45,0
	Muy de acuerdo	55,0	55,0	100,0
	Total	100,0	100,0	

Frente a la afirmación *"La AUH favorece la recreación (ir al cine, espectáculos)"*, la mayoría de las respuestas (60%) se inclinaron hacia las opciones "de acuerdo o muy de acuerdo", con un 30% que se encontró en "desacuerdo o muy en desacuerdo" y un 10% que mantuvo una posición neutral seleccionando la categoría "ni en desacuerdo/ni de acuerdo".

TABLA N°10: Grado de acuerdo con la afirmación "*La AUH favorece la recreación (ir al cine, espectáculos)*" en adolescentes entre 13 y 18 años de edad de ambos sexos, escolarizados en barrios periféricos, beneficiarios directos de la AUH. Mar del Plata. Diciembre 2014- febrero 2015

Categorías		Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Muy en desacuerdo	10,0	10,0	10,0
	En desacuerdo	20,0	20,0	30,0
	Ni en desacuerdo/Ni de acuerdo	10,0	10,0	40,0
	De acuerdo	47,5	47,5	87,5
	Muy de acuerdo	12,5	12,5	100,0
	Total	100,0	100,0	

En la Tabla N°11 se observa el grado de acuerdo de los adolescentes encuestados con la afirmación *"En Argentina se protege el derecho a la salud"*. La mayoría de las respuestas (75%) se inclinaron hacia la categoría "de acuerdo o muy de acuerdo" con la afirmación; un 12,5% estuvo "ni en desacuerdo ni de acuerdo", y otro 12,5% en "desacuerdo o muy en desacuerdo".

TABLA N°11: Grado de acuerdo con la afirmación *"En Argentina se protege el derecho a la salud"* en adolescentes entre 13 y 18 años de edad de ambos sexos, escolarizados en barrios periféricos, beneficiarios directos de la AUH. Mar del Plata. Diciembre 2014- febrero 2015

Categorías		Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Muy en desacuerdo	2,5	2,5	2,5
	En desacuerdo	10,0	10,0	12,5
	Ni en desacuerdo/Ni de acuerdo	12,5	12,5	25,0
	De acuerdo	47,5	47,5	72,5
	Muy de acuerdo	27,5	27,5	100,0
	Total	100,0	100,0	

Finalmente en la Tabla N°12 se observa el grado de acuerdo de los adolescentes encuestados con la afirmación *"Los padres de los jóvenes que reciben la AUH están más preocupados por su salud"*. El mayor porcentaje de respuestas fueron afirmativas (57,5%), seguidas de un 30% de respuestas opuestas, y un 12,5% de sujetos que no adhieren a ninguna de las opciones.

TABLA N°12: Grado de acuerdo con la afirmación *"Los padres de los jóvenes que reciben la AUH están más preocupados por su salud"* en adolescentes entre 13 y 18 años de edad de ambos sexos, escolarizados en barrios periféricos, beneficiarios directos de la AUH. Mar del Plata. Diciembre 2014- febrero 2015

Categorías		Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Muy en desacuerdo	7,5	7,5	7,5
	En desacuerdo	22,5	22,5	30,0
	Ni en desacuerdo/Ni de acuerdo	12,5	12,5	42,5
	De acuerdo	25,0	25,0	67,5
	Muy de acuerdo	32,5	32,5	100,0
	Total	100,0	100,0	

Parte 6

Conclusiones

CONCLUSIONES

El presente trabajo tuvo como objetivo investigar la implementación e impacto de la Asignación Universal por Hijo para Protección Social (AUH), desde la perspectiva de los adolescentes beneficiarios de la misma. Se propuso indagar su conocimiento y representación social respecto al tema y se pretendió además describir el conocimiento de los mismos adolescentes acerca de lo que implica, para ellos, el derecho a la salud, teniendo en cuenta que dicha política considera a los ciudadanos como sujetos de derecho y no como beneficiarios pasivos de políticas de asistencia social.

El análisis de los datos recogidos evidenció cambios positivos en las condiciones de vida desde la perspectiva de los adolescentes a partir del ingreso mensual de la política pública en estudio, ya que un gran porcentaje respondió a favor de aquellas afirmaciones de la escala autoadministrable que hacían referencia a las mejoras en la salud de las personas. Pero si tenemos en cuenta que la política social no sólo debe fomentar la mejora en las condiciones de vida en la actualidad sino que debe crear una base lo suficientemente sólida para no limitar las posibilidades de progreso y generación de ingresos en el futuro de los beneficiarios, podríamos decir que ese objetivo se obstaculiza si se parte de cierta desinformación en relación al tema como se observó frente al desconocimiento que los adolescentes encuestados refirieron respecto a uno de sus derechos como ciudadanos de gran relevancia, como es el derecho a la salud y que dicha política pretende

proteger, entre otros.

Si bien la AUH al tener como requisitos los controles sanitarios y el plan de vacunación fomenta el ejercicio del derecho a la salud, es importante remarcar que un elevado porcentaje de adolescentes encuestados manifestó no cumplir con dichos controles y otro porcentaje expresó desconocer en qué consisten los mismos y, asimismo, aquellos que respondieron en forma afirmativa sólo hicieron mención a uno de los controles solicitados sin recordar los demás.

Podríamos decir que la política muestra objetivos que fomentan el derecho a la salud pero sobre una base de desconocimiento de los propios destinatarios respecto a qué abarca dicho derecho, que es en definitiva aquello que se pretende proteger.

Si tenemos en cuenta que la percepción de la AUH tiene como condición también el cumplimiento de la escolaridad, fomentando el acceso a la educación pública y gratuita e incentivando el retorno a la escolaridad por un lado y por el otro, desincentivando la deserción escolar, también habría que remarcar entonces que un porcentaje de adolescentes manifestó no estar de acuerdo con la afirmación respecto a que la AUH favorece la asistencia escolar y otra proporción de encuestados mantuvo una postura neutra al respecto. Pese a que las estadísticas[57] muestran los resultados positivos de la política en este sentido, remarcamos estos aspectos ya que esta investigación pretendió conocer las representaciones sociales de los adolescentes desde las dimensiones de Moscovici, es decir, desde los conocimientos con que cuentan (información), la forma en la que interpretan el contenido (el campo de la

[57] BUSTOS, J.M; VILLAFAÑE, S. *"Asignación universal por hijo. Evaluación del impacto en los ingresos de los hogares y el mercado de trabajo"*. Dirección de Estudios y Coordinación Macroeconómica, MTEySS. En: Trabajo, ocupación y empleo. Serie Estudios. -- N. 10. Buenos Aires. Argentina. 2011. Pág. 196
http://www.trabajo.gov.ar/left/estadisticas/descargas/toe/toe_10_07.pdf [consulta febrero 2015]

representación) y la actitud que presentan respecto al tema que, como ya mencionamos y al decir del citado autor, es la dimensión que siempre se encuentra presente, por ser la reacción emocional acerca del hecho.

Se observó además cierta discordancia en las respuestas obtenidas ya que la mayor parte de los adolescentes sostuvo que en la Argentina se protege el derecho a la salud mientras que en instancias anteriores no pudieron definirlo en su totalidad o directamente manifestaron desconocer la existencia del mismo, incongruencia que podría considerarse, en parte, inherente a la etapa de vida en que se encuentra la población que conformó la muestra.

Nos preguntamos si no sería un obstáculo para una política de dicho alcance, lograr un progreso o generación de ingresos futuros de los beneficiarios si algunos destinatarios la perciben únicamente como un *ingreso de dinero*, como se reflejó en el análisis de los datos obtenidos, y si con relación a las representaciones de la AUH de los adolescentes destinatarios predominó una valoración positiva de esta política en tanto ha mejorado sus condiciones de vida, pero siempre desde el marco de la consideración de que la AUH es una *ayuda* y no un medio o instrumento para alcanzar derechos básicos.

También resulta relevante remarcar que gran parte de los adolescentes encuestados expresaron, desde su representación social, que la AUH favorece el embarazo adolescente mostrando, como pudo verse en la recolección de datos, una manifestación de disgusto frente a tal situación, principalmente cuando las que respondieron en forma afirmativa pertenecían al sexo femenino. Frente a esto podríamos sostener la idea de una necesidad de incrementar la información que permita formar opinión amplia, eliminando aquellos prejuicios que se mantienen en gran parte del imaginario social.

Si bien *"los compromisos en salud y en educación que asume la familia de los adolescentes, apuntan a interrumpir la transmisión intergeneracional de la pobreza al brindarles herramientas que les permitan un mejor ejercicio de la ciudadanía a futuro"*[58], creemos que, para que esto sea posible, debería ampliarse el conocimiento en aquellos en los que se espera el cambio, logrando modificaciones en sus representaciones sociales donde la AUH ya no sea percibida como una ayuda, como un ingreso de dinero, permitiéndoles establecer una relación entre la política puesta en práctica y los derechos que pretende vehiculizar.

Si bien es una política que procura el cumplimiento de controles sanitarios y el plan de vacunación, esto no se observó en la totalidad de los adolescentes, con un elevado porcentaje que manifestó no realizar sus controles pese a cobrar la AUH, o algunos adolescentes que manifestaron que los "cumplen" con un carácter de obligatoriedad *"para que mi mamá cobre"*. Lo que nos lleva a preguntarnos qué sucede con aquellos que deberían implementar y verificar el cumplimiento de la atención de la salud, ya que no todo es responsabilidad de la política y en menor medida aún de los adolescentes.

Podríamos creer que al fomentar la escolaridad se estaría combatiendo el trabajo infantil y el trabajo adolescente en condiciones precarias, al modificar el esquema de incentivos que podría llevar a los niños, niñas o adolescentes a volcarse al mercado de trabajo para contribuir a los ingresos del hogar, pero gran porcentaje de adolescentes manifestaron desacuerdo frente a aquellas afirmaciones que aludían a favor de éste tema.

---

[58] CALERO, A. *"Políticas Públicas con enfoque de derechos: el caso de la Asignación Universal por Hijo para Protección Social"*. VI Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani. UBA. Buenos Aires. Argentina. 2011. Pág. 18 http://repositorio.ub.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/2763/economia.pdf?sequence=1 [consulta febrero 2015]

Desde el punto de vista de la terapia ocupacional en el ámbito social, modalidad teórica que guió la presente investigación, creemos que deberíamos preguntarnos cuál es el mejor modo de producir no sólo conocimiento sino también una aprehensión crítica en la población a la que por tanto tiempo se la mantuvo excluida del bienestar social, evitando precisamente que esta población se mantenga ajena al acceso a los derechos sociales básicos y a la participación en la vida social y política, teniendo en cuenta las creencias y las costumbres de las personas en el contexto de su propia cultura.

En esta tesis buscamos una comprensión de la realidad experimentada por los mismos beneficiarios llegando a la conclusión de que es importante comprender la realidad social desde el punto de vista de quienes están involucrados, reconociendo que solamente se puede acceder a un significado de forma adecuada si conocemos el modo en que las personas experimentan sus vidas cotidianas y qué representaciones hacen de su propia condición. Desde nuestro punto de vista y en base a los datos recogidos, pese a que las técnicas empleadas permitieron obtener información y reconocer las necesidades de la población en estudio, resulta imprescindible para que la intervención sea efectiva un segundo paso consistente en fomentar las iniciativas locales logrando que las personas se involucren en la planificación e implementación de los programas, manteniendo el T.O el papel de articulador social centrándose en la construcción de ambientes inclusivos para lograr desarrollar el sentido de pertenencia de esta población y así, de esa manera, lograr lo que mencionamos al inicio de la presente conclusión respecto a la política en estudio, que los ciudadanos sean sujetos de derechos y no beneficiarios pasivos, lo que creemos que es posible si rescatamos sus

conocimientos, representaciones y actitudes positivas con respecto a su salud y apropiación de derechos, que también aparecieron en sus afirmaciones y que son recursos muy importantes con los que podríamos contar para implementar cualquier trabajo, proyecto y/o intervención.

Aunque deberíamos pensar en términos globales en lo que respecta a los derechos humanos tuvimos en cuenta las realidades, las costumbres y las creencias y peculiaridades de un limitado campo no buscando generalizar los resultados- en el sentido de que no estipulan con qué frecuencia ocurre un determinado fenómeno- pero sí pudiendo servir de base al desarrollo de otros trabajos de investigación, es decir, hablamos de transferibilidad y no de generalización.

Parte 7

Bibliografía

BIBLIOGRAFÍA

- BRICEÑO-LEÓN, R. "*Bienestar, salud pública y cambio social.*" En Briceño- León, R.; De Souza, M; y Coimbra, C. (Coords.). Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales. Editorial Fiocruz. Río de Janeiro. 2000
- FUNES, M. "*Promoción de la salud sexual y reproductiva: un aporte desde Terapia Ocupacional".* Tesis de grado para la Lic. en Terapia Ocupacional de la Fac. de Cs. de la Salud y S.S, UNMDP, Mar del Plata, Argentina. 2012.
- GRASSI, A. *"Niñez y adolescencia. Nuevos Paradigmas, sus nombres y escritura."* En: Entre niños, adolescentes y funciones parentales. Editorial Entreideas. Buenos Aires. 2010
- FARR. *"Las representaciones sociales".* En S. Moscovici: Psicología social II. Barcelona. Ed. Paidós. 1979
- GRASSI, E; HINTZE, S; NEUFELD, MR. "*Políticas Sociales: Crisis y Ajuste Estructural".* Editorial Espacio.1994
- JODELET, D. "*La representación social: fenómenos, concepto y teoría".* En Moscovici, S. (comp.), Psicología Social II: Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Ed. Paidós. Barcelona. 1998
- KRONENBERG, F.; SIMO ALGADO, S.; POLLARD, N. "*Terapia ocupacional sin fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes."* Editorial Médica Panamericana. 2007

- LOYARTE ALONSO, L. "*Terapia Ocupacional en promoción de la salud: Hábitos, opiniones y percepción vincular de jóvenes escolarizados y no escolarizados, y su relación con los antecedentes de lesiones*", Tesis de grado para la Lic. en Terapia Ocupacional de la Fac. de Cs. de la Salud y S.S., UNMDP, Mar del Plata, Argentina, 2011.
- MARTINEZ NOGUEIRA, R. *"Análisis de Políticas Públicas."* Ed. INAP. Bs. AS. 1997.
- MOSCOVICI, S. "*El Psicoanálisis, su imagen y su público*", 2da. edición. Ed. Huemul. Buenos Aires, 1979
- MOSCOVICI, S. "*On Social representation*". En J.P. Forgas (comp.). Social Cognition. Perspectives in everyday life, Academic Press. Londres. 1981
- OPATZ, J.P. *"A primer of health promotion."* Oryn Publishers. Washington DC. 1985. En: Hopkins HL, Smith HD, Willard/Spackman. Terapia Ocupacional. 8va. edición. Madrid. Edit. Médica Panamericana. 1998

BIBLIOGRAFÍA ELECTRÓNICA

- ABADÍE, M. *"Condiciones de salud, percepciones y significaciones del proceso de salud - enfermedad - atención de los niños / niñas que trabajan de 8 a 14 años: un estudio de caso en el barrio IAPI de Quilmes en el año 2009."* Tesis de Maestría. FLACSO. Sede Académica Argentina, Buenos Aires. 2011. http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/3400 [consulta noviembre 2014]
- ANSES. *"Asignación Universal por Hijo."* http://www.anses.gob.ar/asignaciónuniversal-68 [consulta agosto 2014]
- ANSES. "*El impacto de la Asignación Universal por Hijo en la Argentina."* http://www.anses.gob.ar/archivos/gacetilla/Impacto_AUH.pdf [consulta agosto 2014]
- AYÚS NIEVES, C. "*La emancipación humana y sus perspectivas actuales*". http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/cuba/if/marx/documentos/22/La%20emancipaci%F3n%20humana%20y%20sus%20perspectivas....pdf [consulta noviembre 2014]
- BUSTOS, J.M; VILLAFAÑE, S. *"Asignación universal por hijo. Evaluación del impacto en los ingresos de los hogares y el mercado de trabajo".* Dirección de Estudios y Coordinación Macroeconómica, MTEySS. En: Trabajo, ocupación y empleo. Serie Estudios. -- N. 10. Buenos Aires. Argentina. 2011

http://www.trabajo.gov.ar/left/estadisticas/descargas/toe/toe_10_07.pdf [consulta febrero 2015]

- BRUNO, D. "*Las representaciones sociales de la política en adolescentes escolarizados de Buenos Aires*." Tesis de Maestría. LACSO. Sede Académica Argentina, Buenos Aires. 2013 http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/5635 [consulta noviembre 2014]
- CALERO, A. *"Políticas Públicas con enfoque de derechos: el caso de la Asignación Universal por Hijo para Protección Social"*. VI Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani. UBA. Buenos Aires. Argentina. 2011. http://repositorio.ub.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/2763/economia.pdf?sequence=1 [consulta febrero 2015]
- EDUCAR. "*El derecho a la salud en la Argentina*". http://www.educ.ar/sitios/educar/recursos/ver?id=14403 [consulta agosto 2014]
- GALHEIGO, S. "*Terapia Ocupacional en el ámbito social. Aclarando conceptos.*" 2011 http://tosc4grado.blogspot.com.ar/2011/03/terapia-ocupacional-en-el-ambito-social.html [consulta noviembre 2014]
- GUERRA MANZO, E. "*Las teorías sociológicas de Pierre Bourdieu y Norbert Elias: los conceptos de campo social y habitus.*" Estudios sociológicos. México. Vol. XXVIII, núm. 83, mayo-agosto, 2010. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59820673003 [consulta noviembre 2014]

- HURNES, M. "*Transferencias condicionadas y sentidos plurales: el dinero estatal en la economía de los hogares Argentinos.*" Rev. Antropol. Arqueol., n.18. Abril, 2014. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S190054072014000100004&lng=en&nrm=iso [consulta agosto 2014]
- LABRADOR, C. "*Federación Mundial de terapeutas ocupacionales (WFOT). Definición de terapia Ocupacional*" 2004. http://www.**wfot**.org/ResourceCentre/tabid/132/did/43/Default.aspx [consulta noviembre 2014]
- Ministerio de Salud de la Nación. "2° *Encuesta Mundial de Salud Escolar. Argentina 2012.*" Buenos Aires. Noviembre 2013. http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/201409_informe-EMSE-2012.pdf [consulta noviembre 2014]
- MURGUIALDAY, C.; PÉREZ DE ARMIÑO, K.; EIZAGIRRE, M. "*Empoderamiento*". En: Pérez de Armiño, K. (dir.). Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo. Bilbao, Icaria y Hegoa. http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/86 [consulta octubre 2014]
- NIN, A. "*Juegos de vida-juegos de muerte en la adolescencia.*" Revista Uruguaya de psicoanálisis. 2006 http://www.apuruguay.org/revista_pdf/rup103/rup103-nin.pdf [consulta noviembre 2014]
- Organización Mundial de la Salud (OMS). "*Derecho a la salud*". http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/ [consulta agosto 2014]
- PAUTASSI, L.; ARCIDIÁCONO, P.; STRASCHNOY, M. "*Condicionando*

el cuidado: la Asignación Universal por Hijo para la protección social en Argentina." Iconos: Rev. de Ciencias Sociales. ISSN-e 1390-1249 No. 50. Sep.2014. http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/6300 [consulta noviembre 2014]

- PELLEGRINI, M. "*Terapia ocupacional en el trabajo de salud comunitaria.*" 2004 http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Salud-Comunitaria.shtml [consulta noviembre 2014]
- PUERTO GUERRERO, A. "*Motivar el cambio a partir de la educación para la salud.*" Rev. salud pública. Vol. 14, suppl.2. 2012 http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012400642012000800011&lng=en&nrm=iso [consulta agosto 2014]
- TUÑÓN, I., HALPERIN *V. "Condiciones de Vida de la Niñez y Adolescencia en tres dimensiones de derechos: Nivel de Vida material, Crianza, Socialización y Formación en la Argentina Urbana."* II Simposio Internacional Infancia, Educación, Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. Viejos Problemas ¿Soluciones Contemporáneas? Argentina. 2009 http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo68/files/Condiciones_de_vida_de_la_niñez_y_adolescencia_en_tres_dimensiones_de_derechos.pdf [consulta noviembre 2014]
- UNICEF, Argentina. "*La niñez y la adolescencia*". http://www.unicef.org/argentina/spanish/children.html [consulta agosto 2014]

- VEGA, M.C y cols. "*Reflexión y análisis acerca de la implementación de políticas sociales dirigidas a la niñez y familias de la ciudad de Mar del Plata: La Asignación Universal por Hijo, alcance e impacto.*" CD. IX Jornadas de Debate en Salud y Población. Instituto de Investigación Gino Germani. Facultad de Cs. Sociales. UBA. Buenos Aires. Argentina. 2011. http://webiigg.sociales.uba.ar/saludypoblacion/?seccion=jornadas_nacionales [consulta mayo 2014]
- VELEZ ALVAREZ, C. (Directora) "*Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado*". Rev. Hacia La Promoción De La Salud. ISSN 0121-7577. Colombia. Vol. 11, Enero-Diciembre 2006 http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2011_14.pdf [consulta noviembre 2014]
- ZALDÚA, G; LENTA, M. "*Niños, niñas y adolescentes excluidos y procesos de subjetivación. Una perspectiva desde los protagonistas.*" http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S185116862011000100034&script=sci_arttext [consulta septiembre 2014]
- ZELLER, N. "*Políticas Públicas. Marco conceptual metodológico para el estudio de las Políticas Públicas.*" Dirección de Investigaciones. Instituto Nacional de la Administración Pública. Subsecretaria de la Gestión Pública. Buenos Aires.2007 http://www.sgp.gov.ar/contenidos/inap/publicaciones/docs/politicas_publicas/politicas_publicas.pdf [consulta noviembre 2014]

Parte 8

Anexo

ANEXO I **Universidad Nacional de Mar del Plata**

Facultad de Ciencias de la Salud

Universalidad y garantía de derechos: Derecho a la salud. Adolescentes y Asignación Universal por Hijo

- *Observa la siguiente imagen y completa los diálogos con lo que crees que le puede estar diciendo la señora a la recepcionista*

ANEXO II

Universidad Nacional de Mar del Plata

Facultad de Ciencias de la Salud

Universalidad y garantía de derechos: Derecho a la salud. Adolescentes y Asignación Universal por Hijo

Somos estudiantes de terapia ocupacional y estamos haciendo una tesis acerca del Derecho a la Salud y la Asignación Universal por Hijo, nos podrías responder unas preguntas. Lo que te pido es que me digas lo que pensás realmente.

Edad: *Sexo:* *Nivel de estudio:*

1- ¿Sabés qué es el derecho a la salud?

2- ¿Qué es para vos la Asignación Universal por Hijo?

3- ¿Sabés por qué recibís la Asignación Universal por hijo?

4- ¿Qué relación podés establecer entre el derecho a la salud y la Asignación Universal por hijo?

5- La AUH solicita hacer controles de salud ¿Se cumplen? ¿Cuáles?

6- ¿Cuidás tu salud? ¿Cómo?

ANEXO III **Universidad Nacional de Mar del Plata**

Facultad de Ciencias de la Salud

Universalidad y garantía de derechos: Derecho a la salud. Adolescentes y Asignación Universal por Hijo

Lea atentamente las siguientes afirmaciones y señale con una cruz (X) si está Muy en Desacuerdo (MD), en Desacuerdo (D), Ni en Desacuerdo Ni de Acuerdo (ND/NA), de Acuerdo (A) o Muy de Acuerdo (MA).

	MD	D	ND/ NA	A	MA
1- La AUH favorece la salud de las personas					
2- Los adolescentes visitan más al médico ahora que antes de que exista la AUH					
3- El Estado es el principal responsable de respetar y garantizar los derechos de las personas					
4- La AUH favorece la asistencia escolar					
5- La AUH puede usarse para el acceso a determinados bienes (materiales escolares, indumentaria)					
6- La AUH disminuye la existencia de trabajo infantil.					
7- La AUH mejora las condiciones de vida de las familias que la reciben					
8- La AUH aumenta el embarazo adolescente					
9- Es necesario tener al día el calendario de vacunación para recibir la AUH					
10- La AUH favorece la recreación (ir al cine, espectáculos)					
11- En Argentina se protege el derecho a la salud.					
12- Los padres de los jóvenes que reciben la AUH están más preocupados por su salud.					

ANEXO IV Mar del Plata, x De x de x

Estimado/a Director/a:

Institución:

Ciudad de Mar del Plata

Buenos Aires.

De nuestra consideración:

Nos dirigimos a usted con el propósito de presentarnos como estudiantes avanzadas de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional, perteneciente a la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Para la misma, estamos elaborando una investigación sobre la Universalidad y garantía de derechos: el derecho a la salud, adolescentes y asignación universal por hijo, como tesis de grado, la cual tiene como directora a la Licenciada en Terapia Ocupacional Carlota Vega, docente e investigadora de la UNMDP.

Dicho estudio tiene el objetivo de "Indagar y describir el conocimiento y la representación social respecto a la implementación e impacto de la Asignación Universal por Hijo y su relación con el derecho a la Salud, en adolescentes entre 13 y 18 años de la ciudad de Mar del Plata, que son beneficiarios de la misma."

Es para poder estudiar las características de este último grupo, que nos dirigimos a usted a fin de solicitar su autorización.

Los datos obtenidos serán confidenciales y utilizados solo a efectos de la presente investigación.

A la espera de una respuesta favorable, y sin otro particular, saludan a usted atentamente.

Palumbo, Anabela Soledad	Peters, Ana Lucía
DNI 32907369	DNI 32885818
Cel: 2235648479	Cel: 2235959805