

Nº 3

**La situación de la infancia en la Ciudad de
Buenos Aires**

Informe de Situación Social de la Ciudad de Buenos Aires

Coordinación Proyecto URB-AL Red 10. "Metodologías y herramientas para la creación de observatorios de inclusión social"- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

María Valeria Isla Blum

Lic. Alejandra De Gatica

Coordinación del informe

Lic. Soledad García Conde

Elaboración de contenidos:

Lic. Soledad García Conde, Lic. Naomi Wermus, Victoria Arinci

Indice

Hogares y Población

Salud

Educación

Trabajo infantil

Pobreza

Hábitat

Hogares y población

Es un acontecimiento demográfico conocido el que nacen más niños que niñas. En el año 2002 de los 41.509 niños nacidos en la Ciudad de Buenos Aires, 21.319 eran varones y 20.172 mujeres, lo que implica una razón de 1,06 varones para cada nena¹. Es por eso que, tal como se ve en el cuadro que sigue, en las primeras edades la razón de niños sobre niñas, presentada en porcentajes, es superior a 100. Sin embargo, también es sabido que la mortalidad masculina es mayor a la femenina y que esto se acentúa a lo largo de la vida. En consecuencia a partir de determinadas edades la razón varón-mujer se revierte mostrando una mayor presencia de mujeres. En la Ciudad de Buenos Aires esto último ocurre a partir de los 18 años. En esta ciudad el fenómeno no está asociado únicamente a la sobremortalidad masculina sino que también se relaciona con la inmigración de mujeres a partir de edades relativamente jóvenes que llegan a esta ciudad con el objetivo de encontrar empleo. Esto es así debido al predominio que tiene nuestra ciudad de servicios y comercio que son ramas de actividad que concentran una gran proporción de mujeres y sobre todo de mujeres jóvenes.

¹ Estadísticas Vitales, Anuario con información 2002, Ministerio de Salud, año 2003.

Población por sexo y edad e índice de masculinidad.
Ciudad de Buenos Aires - Año 2001.

Edad	Total	Sexo		Índice de Masculinidad
		Varones	Mujeres	
Total	2.776.138	1.258.458	1.517.680	83
0	34.865	17.879	16.986	105
1	30.188	15.454	14.734	105
2	31.605	15.978	15.627	102
3	30.601	15.595	15.006	104
4	30.348	15.373	14.975	103
0-4	157.607	80.279	77.328	104
5-9	150.057	76.034	74.023	103
10-14	161.297	81.594	79.703	102
15	33.617	17.071	16.546	103
16	33.833	17.002	16.831	101
17	34.536	17.470	17.066	102
18	37.217	18.536	18.681	99
19	41.122	19.853	21.269	93
15-19	180.325	89.932	90.393	99
20-24	234.296	113.660	120.636	94
25 y más	1.892.556	816.959	1.075.597	76

Nota: La omisión de viviendas, hogares y personas es uno de los errores que mas comúnmente afecta a los resultados de los censos; por ello, una vez que se obtienen las cifras finales, se procede a su evaluación. Se trata de una tarea habitual que contribuye al mejor uso de la información censal. En ese conjunto sobresale la Ciudad de Buenos Aires cuya omisión es superior a la estimada para el total del país y el resto de las jurisdicciones.

Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda 2001, INDEC.

La sobremortalidad masculina respecto a la femenina es un fenómeno que se produce a lo largo de todo el ciclo de vida. Incluso al inicio de la vida las mujeres presentan una mortalidad menor que los hombres. Esta constatación lleva a afirmar que hay razones biológicas de peso para que los varones mueran a edades más tempranas que las mujeres. Sin embargo hay cuestiones sociales, económicas y culturales que son parte importante en la explicación de éste fenómeno. Sin pretender aquí ahondar en el análisis de los diferenciales de la mortalidad por sexo si resulta interesante citar como ejemplo lo que sucede con la mortalidad por colisión de vehículo motor (CVM)². Son los niños, luego de los jóvenes, quienes presentan la mayor brecha entre varones y mujeres en su tasa de mortalidad por colisión de vehículos a motor.³

² La mayoría de las muertes por CVM son de peatones.

³ Informe Estadístico sobre Trauma, Sociedad Argentina de Medicina y Cirugía del Trauma (SAMCT), 2000.

Esto está indicando una mayor exposición al riesgo de los niños varones producto, seguramente, de factores culturales relacionados con las diferencias en las pautas de crianza de niños y niñas. Estas patrones de conducta diferenciales por género se trasladan al resto del ciclo de vida explicando, en buena parte, la mayor tasa de mortalidad masculina por CVM pero también de la mayor mortalidad masculina por otras causas en el resto de los tramos de edades.⁴

En la Argentina, la tasa global de fecundidad (hijos por mujer) descendió durante toda la década hasta ubicarse en 2,5 mientras que en la Ciudad siempre tuvo una tendencia por debajo de la media nacional alcanzado en 2001 1,7 hijos por mujer y descendiendo, un año después, a 1,4 hijos por mujer. Estas tasas se encuentran por debajo del nivel de reemplazo (2,1 hijos por mujer), es decir el nivel necesitado para prevenir la caída de a través del tiempo de la población, sin contar la inmigración. Al considerar el tipo de vivienda como indicador de pertenencia a los distintos estratos sociales, se observa que mientras las mujeres que viven en casa o departamento tienen un promedio de 1,3 hijos por mujer, entre aquellas que viven en villas o asentamientos estos valores ascienden a un promedio de 2,3 hijos por mujer⁵. Es por esto que la pobreza afecta especialmente a los niños, ya que en los hogares pobres la proporción de niños es mayor a la que existe en los hogares no pobres.

El 77% de los niños menores de 14 años vive en hogares nucleares, es decir que convive con al menos uno de sus padres, y el 20,4% vive en hogares extendidos, es decir hogares compuestos por un jefe o núcleo familiar y otros familiares. Es interesante que de los niños que residen en éste último tipo de hogar el 54% son hijos del jefe pero el 36% son nietos del mismo. Además, el 70% de los nietos de los jefes del conjunto de los hogares porteños son niños menores de 14 años lo que está dando cuenta que la cohabitación en hogares extendidos es una modalidad que refleja las necesidades de apoyo en la crianza de los niños en las primeras etapas del ciclo de vida de familiar en virtud de distintos factores que pueden presentarse de manera independiente o relacionada. Tales factores en general se relacionan con las dificultades de acceso a una vivienda propia, la exigencia de reunir más recursos económicos para sustentar los gastos del hogar y aprovechar las economías de escala, y la necesidad de contar con personas que cuiden de los niños mientras otros adultos salen a trabajar.

⁴ Al respecto pueden verse los estudios de Daniel Kruger y Randolph Nesse, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Michigan, Estados Unidos.

⁵ Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

Población de menores de 14 años en hogares por sexo según tipo de hogar y parentesco o relación con el jefe o la jefa de hogar.

Ciudad de Buenos Aires - Año 2001.

Tipo de Hogar	Niños menores de 14 años		
	Varones	Mujeres	Total
Total	219.614	213.322	432.936
1. Hogar unipersonal	43	76	119
-Jefe o jefa	-	-	-
-Servicio doméstico y sus familiares	43	76	119
2. Hogar multipersonal familiar	219.315	212.988	432.303
2.1. Hogar nuclear	169.383	163.944	333.327
-Jefe o jefa	-	-	-
-Cónyuge o pareja	15	20	35
-Hijo/a o hijastro/a	169.315	163.841	333.156
-Servicio doméstico y sus familiares	53	83	136
2.2. Hogar extendido	44.479	43.809	88.288
-Jefe o jefa	-	-	-
-Cónyuge o pareja	2	9	11
-Hijo/a o hijastro/a	24.235	23.823	48.058
-Yerno/ nuera	-	-	-
-Nieto/a	16.098	15.717	31.815
-Padre/ madre o suegro/a	-	-	-
-Otros familiares	4.127	4.229	8.356
-Servicio doméstico y sus familiares	17	31	48
2.3. Hogar compuesto	5.453	5.235	10.688
-Jefe o jefa	-	-	-
-Cónyuge o pareja	-	1	1
-Hijo/a o hijastro/a	3.481	3.221	6.702
-Yerno/ nuera	-	-	-
-Nieto/a	519	511	1.030
-Padre/ madre o suegro/a	-	-	-
-Otros familiares	485	464	949
-Otros no familiares	963	1.030	1.993
-Servicio doméstico y sus familiares	5	8	13
3. Hogar multipersonal no familiar	256	258	514
-Jefe o jefa	-	-	-
-Otros no familiares	255	254	509
-Servicio doméstico y sus familiares	1	4	5

(1) Esta clasificación excluye a los empleados de servicio doméstico y sus familiares.

Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda 2001, INDEC.

En cuanto a la distribución de los hogares con niños menores de 14 años según su condición de pobreza, los datos de EPH para mayo de 2003 muestran que si bien el hogar nuclear completo representa a la gran mayoría de los hogares con niños, la diferencia entre los hogares pobres y los no pobres es de diez puntos porcentuales a favor de los segundos (el 61,4% y el 71,3% respectivamente). Es muy interesante el comportamiento del hogar monoparental en la Ciudad de Buenos Aires respecto al total urbano nacional. Mientras que en la Ciudad la proporción de este tipo de hogar es mayor en los hogares no pobres, en el total urbano este tipo de hogar está más representado entre los hogares pobres. Es decir que en los hogares porteños la realidad del hogar monoparental está más relacionada a los estratos medios que han podido divorciarse en condiciones económicas favorables, mientras que en otras ciudades el hogar monoparental se vincula más a situaciones de carencia, probablemente como consecuencia de la falta de aportes monetarios provenientes de fuentes externas al hogar como por ejemplo del padre que ya no cohabita en ese hogar. También los mayores niveles de empleo con mejores remuneraciones (en general en relación a las mujeres) contribuye a mantener por fuera de los límites de la pobreza a los hogares monoparentales porteños. Por último, y como era de esperar el hogar extendido es una modalidad mucho más habitual tanto entre los pobres como entre los no pobres del resto de los aglomerados urbanos que en nuestra ciudad.

Distribución de los hogares con menores de 14 años según tipo de hogar y pobreza.
Total urbano y Ciudad de Buenos Aires. Mayo 2003.

tipo de hogar	Total urbano			Ciudad de Buenos Aires		
	condición de pobreza		Total	condición de pobreza		Total
	pobre	no pobre		pobre	no pobre	
Nuclear completo	57,0	70,3	61,9	61,4	71,3	68,2
Monoparental	12,7	10,3	11,8	12,2	17,0	15,5
Extendido	29,3	18,8	25,4	26,3	11,7	16,4
Compuesto	1,0	0,6	0,8	-	-	-
No familiar	0,0	0,1	0,0	-	-	-
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

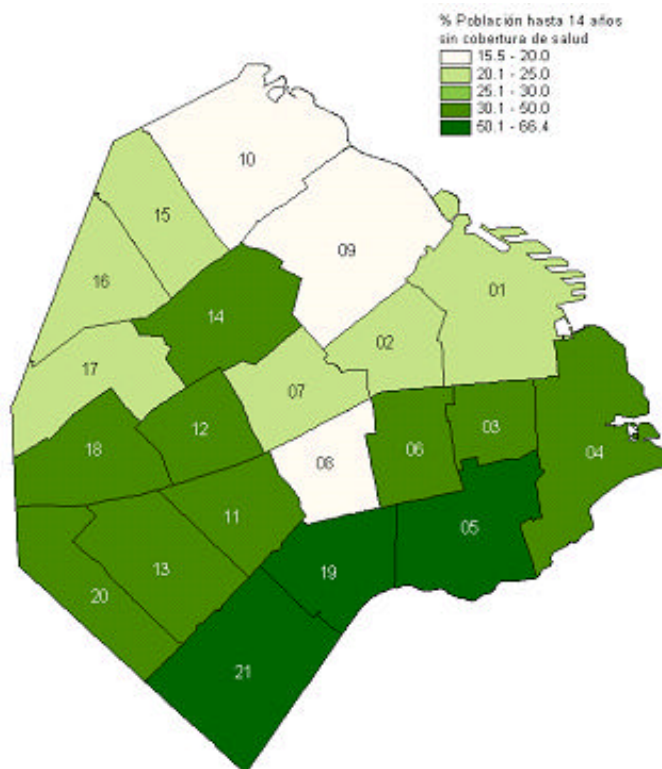
Fuente: INDEC

En la Argentina, más de la mitad de los menores de 19 años no tiene cobertura médica de obra social o prepaga (el 55% según el último CNPV) y por lo tanto debe recurrir al Hospital Público para cubrir sus necesidades de salud. La Ciudad de Buenos Aires siempre se caracterizó por poseer niveles mucho más bajos que la media nacional (31,9%). No obstante, al igual que en el total nacional⁶, la tasa de crecimiento de la población con carencias de esta cobertura creció significativamente entre los dos censos (1991-2001), principalmente para los menores de 14 años (37%). Esto se debe fundamentalmente al alto desempleo y la creciente precariedad laboral en que se encuentra una importante porción de la población económicamente activa.

Sin embargo, este promedio esconde profundas desigualdades. Una mirada al interior de cada distrito escolar nos permite observar que los distritos del sur se encuentran con una proporción de jóvenes sin cobertura de salud cercana al 40%. El distrito XIX (que comprende a los Barrios de Pompeya y Villa Soldati) se destaca con un 66,4% de población sin esta cobertura.

⁶ Entre 1991 y 2001 la proporción de personas sin cobertura en el total del país ascendió del 36,9% al 48,1%; y en la Ciudad de Buenos Aires pasó del 19,7% al 26,2%.

Población de hasta 14 años sin cobertura de salud, por Distrito Escolar.
Ciudad de Buenos Aires - Año 2001.



Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda 2001, INDEC.

Al mismo tiempo, se observan muchos indicadores de salud infantil que si bien mejoraron a lo largo de la década, en el último año presentan evoluciones desfavorables.

La tasa de mortalidad infantil (TMI) de la Ciudad de Buenos Aires se encuentra desde el año 1980 ⁷ por debajo de la meta del 20 por mil establecida por Naciones Unidas. En el transcurso de la década, el descenso de la TMI se mantuvo - si bien con oscilaciones - ubicándose la misma siempre por debajo de la media nacional. Desde 1998 logró un continuo descenso y en el año 2000 se redujo en 1,3 puntos porcentuales.

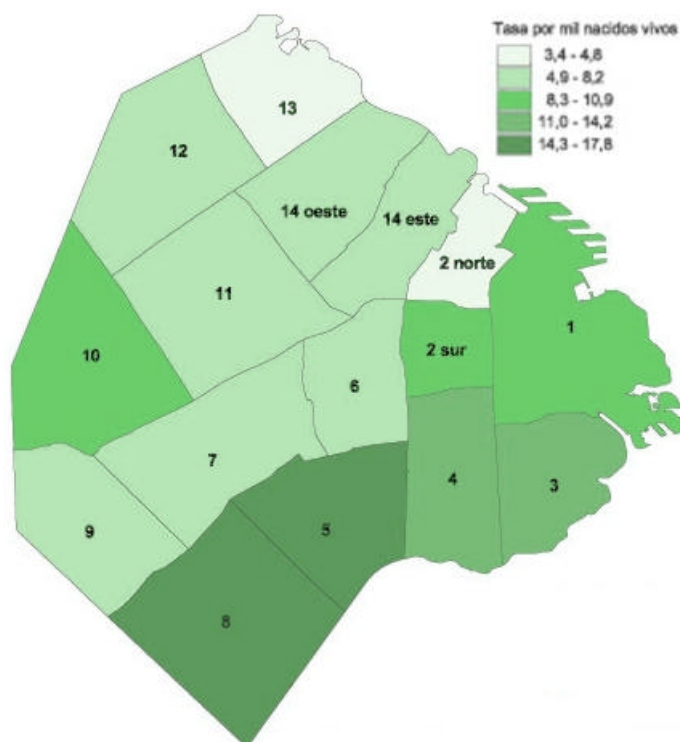
Sin embargo, entre 2001 y 2002 la TMI pasó de 9,1 a 10,0 por mil nacidos vivos. Si bien no se puede hablar de una reversión de la tendencia debido a la novedad del fenómeno, debe destacarse que éste incremento coincide con la precipitación de la crisis económica de 2001 y con el consecuente incremento de la incidencia de la pobreza que pasó del 9,8% al 21,2% entre octubre de 2001 y 2002. También hay que resaltar que el incremento de la TMI fue superior en la Ciudad que en el total nacional -dónde pasó del 16,3% al 16,8%- y que esto

⁷ En ese año la TMI fue del 19,0 por mil, mientras el año anterior había sido del 20,6 por mil. En 1970 era del 38,2.

coincide con el mayor aumento relativo de la pobreza que en la Ciudad fue del 116% *vis a vis* el total nacional que registró un aumento del 50%.

La mayor incidencia de defunciones infantiles se registra en la zona sur de la Ciudad, en los CGP (Centros de Gestión y Participación) n° 5 y n° 8 supera las 14 por mil y en los n°3 y n°4 oscila entre el 11 y el 14 por mil, superando ampliamente los valores de los CGP de la zona norte.

Tasa de Mortalidad infantil, por Centro de Gestión y Participación.
Ciudad de Buenos Aires - Año 2002.



Fuente: Encuesta Anual de Hogares, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

El incremento de la tasa de mortalidad infantil se traduce tanto en la tasa neonatal como en la postneonatal. La última información disponible para la Ciudad de Buenos Aires al 2002 evidencia para la tasa de mortalidad neonatal (6,4 por mil nacidos vivos) una suba de 8,5% respecto del año 2000 (valor record alcanzado de 5,9‰ gracias a la influencia de la disminución de la mortalidad por causas perinatales⁸). Por su parte, la tasa de mortalidad

⁸ Las muertes por causas perinatales (hipoxia intrauterina y asfixia del nacimiento, trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal, dificultad respiratoria del recién nacido, otras afecciones respiratorias del recién nacido, infecciones propias del recién nacido) constituyen casi la mitad de las muertes de menores de un año.

postneonatal se incrementó en casi un 25% respecto del año 2001 (valor más bajo registrado en la última década de 2,9 por mil nacidos vivos).

La tasa de mortalidad neonatal ha descendido en la última década de 107,9 por diez mil nacidos vivos en 1990 a 64,0 por diez mil nacidos vivos en 2002. No obstante esta tendencia se manifiesta de manera desfavorable al considerar como causa de muerte el bajo peso al nacer: entre 1990/2002 se ha incrementado más de 5 puntos porcentuales la tasa de mortalidad neonatal por dicha causa (18,1 en 1990 a 23,3 en 2002 por diez mil nacidos vivos)⁹. A pesar que en los últimos 7 años se encuentra en descenso desde la medición más alta registrada (28,8 por diez mil nacidos vivos en 1996), no ha logrado posicionarse en el nivel más bajo alcanzado en 1990.

Como ya mencionamos anteriormente, entre los factores que guardan estrecha relación con el peso de los niños al nacer se pueden destacar el estado nutricional de las mujeres previo al embarazo, el escaso control del embarazo y la deficiencia de micronutrientes¹⁰. Entre 1990 y 2002, la incidencia de bajo peso al nacer ha aumentado, pasando del 6,1% al 7,8% en el total nacional y del 7,1% al 7,4% en la Ciudad de Buenos Aires. El bajo peso puede tener importantes repercusiones sobre el desarrollo y crecimiento de los niños. Los déficits son más graves cuando coexiste una mala nutrición de la madre, escasa estimulación temprana, niveles socioeconómicos bajos y niveles educativos bajos de los padres.

En 1999 UNICEF¹¹ seleccionó la tasa de mortalidad de menores de cinco años (TMM5) como indicador para medir el nivel y los cambios del estado de bienestar de la infancia entre 1960 y 1998. A partir de la TMM5 construyó un ranking de países según su nivel en forma decreciente. En este ranking la Argentina ocupaba el puesto número 126 del mundo y número 11 de América Latina. Sin embargo, en 1960 ocupaba el número 14. Es decir, que si bien la Argentina mejoró muchos de sus indicadores de salud en la infancia, estos adelantos no tuvieron la magnitud que podrían haber tenido si lo comparamos con lo ocurrido en el resto de la región. Esto indicaría que la política de prevención y atención de las enfermedades no logró revertir los efectos de la creciente pobreza, seguramente por la falta de una estrategia

⁹ Dirección General de Estadística y Censo (G.C.B.A)

¹⁰ La anemia en la embarazada es prácticamente imposible de tratar después del primer trimestre del embarazo.

¹¹ Estado Mundial de la Infancia, UNICEF, 1999.

que integre eficazmente los aspectos específicamente sanitarios con los educativos, los de infraestructura y vivienda, y los del medio ambiente, entre otros.¹²

En la Ciudad de Buenos Aires la tasa de mortalidad de menores de cinco años ¹³ se encuentra por debajo de la meta propuesta del 23 ‰ por Naciones Unidas desde inicios de los años noventa¹⁴. La última información disponible (2002) es de 10,9 por mil nacidos vivos, ubicándose en el ranking provincial como la jurisdicción con TMM5 más baja del país y a 14 puestos por debajo de la media nacional.

Pero además de los procesos mórbidos que terminan en muerte, hay otros fenómenos de mayor magnitud como las enfermedades y discapacidades transitorias o permanentes que se desarrollan pero no terminan en muerte y que las estadísticas oficiales no suelen mostrar. Un estudio realizado en la Ciudad de Buenos Aires por la Unidad de Neurobiología Aplicada (UNA, del Conicet), que funciona en el Instituto Universitario Cemic, intenta mostrar que la pobreza es un factor de alto riesgo para el óptimo desarrollo mental de los niños: tras evaluar cognitivamente a 700 chicos menores de cinco años, los investigadores hallaron que el coeficiente intelectual del 40% de aquellos provenientes de hogares con necesidades básicas insatisfechas estaba por debajo de los 80 puntos, cuando la media oscila entre 90 y 110 puntos. En chicos de la misma edad, pero provenientes de hogares con necesidades básicas satisfechas, el porcentaje por debajo de 80 puntos fue cero. Partiendo de la hipótesis de la posibilidad de reversión del bajo desarrollo cognitivo a partir de un tratamiento correcto y oportuno a edades tempranas, el equipo de investigación desarrolló en el lapso de dos años el Programa de Intervención Escolar (PIE), que contó, entre otros, con el apoyo de UNICEF Argentina y de la Secretaría de Educación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires¹⁵. El mismo consistió en la provisión de complementos de hierro y de estímulos intelectuales apropiados a una muestra de 500 niños con NBI de los barrios de la Boca y Barracas, de entre 3 y 6 años que cursan el jardín de infantes. Los resultados del estudio evidenciaron que los niños NBI mejoraron notablemente su desempeño cognitivo e incluso, superaron los niveles medios de los NBS.

¹² García Conde Soledad (2000), "La situación social de la infancia: Análisis de los últimos 10 años", SIEMPRO.

¹³ La tasa de mortalidad de menores de 5 años es la probabilidad de muerte desde el nacimiento hasta la edad de 5 años, expresada por cada 1.000 nacidos vivos.

¹⁴ En la Argentina, la tasa de mortalidad de menores de cinco se encuentra por debajo de la meta propuesta por Naciones Unidas desde 1997. Esta meta aún no se había cumplido en las provincias San Juan, Salta, La Rioja, Jujuy, Misiones, Tucumán, Corrientes, Chaco y Formosa según Programa Nacional de Estadísticas de Salud (Ministerio de Salud) año 2002.

¹⁵ El Programa de Intervención Escolar (PIE) fue desarrollado por investigadores del Cemic, con el apoyo de Fundación Bunge y Born, Unicef Argentina y Fundación Conectar, y la Secretaría de Educación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Según un estudio realizado por la Red Infanto-juvenil de Salud Mental dependiente de la Secretaría de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, entre los procesos mórbidos que han desmejorado en los últimos años encontramos los relacionados a la salud mental de los niños. El estudio, realizado sobre una muestra compuesta por un hospital de cada una de las regiones sanitarias de la ciudad sobre una población de niños menores de 20 años, ha concluido que se consulta por chicos con trastornos psicológicos y psiquiátricos severos en edades cada vez más tempranas (cada vez más niños de 3, 4 y 5 años). Los casos de consulta se distribuyen en: trastornos de relación entre niños y adultos (18%), de aprendizaje (16,7%), déficit de atención con comportamiento perturbador (13,8%), abuso y negligencia (11,2%), trastornos de ansiedad (9,7%), Trastorno generalizado del desarrollo (9,7%). La mayoría de los casos requiere más tiempo de tratamiento que años atrás y de una mayor intervención interdisciplinaria; aumentaron los casos de bajo desarrollo psicomotriz y del lenguaje por falta de estímulo o por desnutrición; aumentaron las denuncias por abuso sexual y maltrato; aumentaron las enfermedades psicosomáticas y aumentaron las situaciones de violencia física y verbal.

El concepto de salud materna es utilizado para definir el completo bienestar psicológico y físico de la mujer durante el embarazo, el parto y puerperio, tendiente a lograr una maternidad sin riesgos¹⁶. América Latina se ha caracterizado históricamente por el alto nivel de la tasa de mortalidad materna, posicionándose los países del cono sur en niveles moderadamente altos (alrededor de 10 muertes por cada diez mil nacidos vivos)¹⁷. A principios de los años noventa la Argentina registraba tasas muy altas de mortalidad materna. A lo largo de la década se observa una evolución decreciente. La Ciudad de Buenos Aires se ha caracterizado por encontrarse siempre por debajo del nivel nacional.

En 1997 se logró cumplir la meta de reducir la tasa de mortalidad materna a menos de 4 por diez mil nacidos vivos cuando la misma llegó a 3,8‰, lo que representa una disminución del 27% respecto de 1990 cuando era de 5,2 por diez mil. No obstante luego de un descenso en el año 2000 (llegó a 3,5‰) volvió a ascender hasta ubicarse en 4,6 por diez mil nacidos vivos en el año 2002. En la Ciudad de Buenos Aires la meta fue alcanzada en 1980 y llegó a valores muy bajos – TMM menores a 1 por diez mil nacidos vivos – en 1994, los cuales

¹⁶ INDEC (1995) "Infancia y Condiciones de vida" ISBN 950-896-0035.

¹⁷ Situación de Salud de las Américas - INDICADORES BASICOS 2002 - Programa Especial de Análisis de Salud. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (Mortalidad Materna e Infantil).

conservó hasta 2000 cuando se ubicó en 1,4, y a pesar de reducirse a 0,9 en 2001, volvió a 1,4 por diez mil nacidos vivos en el año 2002.

La morbimortalidad materna es siempre mayor al comienzo y al final de la vida reproductiva, estos nacimientos son considerados de alto riesgo por las organizaciones de salud. Al mismo tiempo, los niños de madres adolescentes están mayormente expuestos a nacer con bajo peso y a morir durante la infancia. El período prenatal es un estadio de organización y estructuración del cerebro en el que las alteraciones que puedan llegar a producirse son las de más difícil recuperación porque es el momento en que se produce la organización de los componentes del cerebro. Entre las adolescentes es muy frecuente el menor cuidado médico del proceso gestacional, sobre todo durante el primer trimestre del embarazo, que es un período crítico en la organización del cerebro.

En la Ciudad de Buenos Aires, la maternidad de niñas y adolescentes es significativamente inferior al resto de las jurisdicciones (6,5 en 2002). La especial vulnerabilidad de estas mujeres puede apreciarse al observar que entre las madres menores de 20 años, el 3,8% tiene nivel educativo muy bajo (hasta primaria incompleta), mientras que entre las madres de 20 a 34 éste porcentaje se reduce al 2%. También si comparamos a las madres menores de 20 años con la población total de mujeres de 15 a 19 años vemos que mientras entre las primeras sólo la mitad tiene nivel educativo igual o superior a secundario incompleto, en el total de mujeres ese porcentaje se eleva al 91,4%.

La tasa de fecundidad de la Ciudad de Buenos Aires es la más baja de todo el país (1,47 frente a 2,44 en el total nacional según proyecciones para el período 2000-2005)¹⁸.

En 1991, el Compromiso Nacional en favor de la Madre y el Niño, se planteó como meta para 2000 que el 60% de los niños sean amamantados hasta el cuarto mes de vida. Durante 2002, la OMS y UNICEF aprobaron la "Estrategia para la alimentación del lactante y el niño pequeño" con el fin asegurar una lactancia materna exclusiva¹⁹.

En nuestro país, considerando todas las formas de lactancia materna (completa - exclusiva y predominante - parcial) los valores, en 1998, llegaban al 77,1% en el cuarto mes de vida, y considerando sólo la lactancia completa el 26,3% de los niños eran amamantados hasta el

¹⁸ Serie "análisis demográfico n°7" (1996), INDEC.

¹⁹Esta hace un llamado a los gobiernos y demás sectores de la sociedad para que: "los sistemas de salud y demás actores relevantes protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y la lactancia

cuarto mes. Estos valores han mejorado según la última información disponible del Ministerio de Salud (2000): la prevalencia de lactancia materna (completa -exclusiva y predominante -parcial) alcanzaba el 80,1%, destacándose la lactancia completa que logró ascender al 36,7% y la exclusiva que pasó, en estos dos años, del 17,1% al 28,1%.

En la Ciudad de Buenos Aires más del 60% de los menores de 1 año consume leche materna, y casi la mitad lo hace con exclusividad. Entre los niños de 1 a 2 años el 55,1% utiliza únicamente la mamadera, mientras el 7,2% lo hace como complemento de leche materna, sin observarse diferencias por sexo. Al considerar la edad de la madre, el menor uso del biberón se asocia en un 53% con madres adolescentes mientras que en mayor medida utilizan la mamadera (71%) las madres de 45 años y más²⁰.

En las familias de bajos recursos la lactancia materna se prolonga como recurso para cubrir una alimentación más adecuada. Más de cuatro de cada diez menores de 2 años de los barrios de Barracas y La Boca consumen leche materna, mientras en la zona de Núñez y Belgrano lo hace sólo el 13%. En estos barrios es donde se registra el mayor uso de mamadera con un 85%²¹.

La vacunación es un requerimiento indispensable en la salud de los niños, principalmente en el primer año de vida. Según el calendario de vacunas hasta los 18 meses de vida se deben aplicar las siguientes: BCG (contra la tuberculosis), Sabín (contra la polio o parálisis infantil - 4 dosis), Cuádruple bacteriana (contra difteria coqueluche y tétanos + Haemophilus tipo B - 4 dosis), Triple viral (contra rubéola, sarampión, parotiditis) y AntiHepatitis B (tres dosis)²². Según los datos de la Encuesta Anual de Hogares 2002, en la Ciudad de Buenos Aires, el 100% de los menores de 1 año habían cumplido con los requerimientos del calendario de vacunación, mientras que los niños de 1 a 2 años presentaban una reducción de 15 puntos porcentuales, debido a la baja cobertura de la vacuna Antihepatitis B, ya que la misma fue incorporada al calendario oficial de vacunación (lo que implica su carácter gratuito y obligatorio) recién en el año 2001.

Al considerar los niños menores de 9 años se observa que el porcentaje de vacunas aplicadas disminuye drásticamente. La Antihepatitis B se destaca por su bajo nivel de

continuada hasta los dos años y más, proveyendo a las mujeres el apoyo que necesitan –en la familia, la comunidad y lugares de trabajo.”

²⁰ Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

²¹ Los datos de consumo de leche materna y consumo de leche no materna (mamadera) no son excluyentes entre sí.

cobertura (58%) junto con la Triple bacteriana (55%), la Cuádruple y Viral con valores cercanos al 77%. Al analizar las vacunas según los distintos CGP, se evidencia que la BCG alcanza al 100% en casi todas los centros de participación, exceptuando los CGP 4 y 14 oeste que se ubican alrededor del 96%. La Sabín, alcanza valores más bajos (88%) sólo en el CPG 1 y la Triple bacteriana (25%) en los barrios de Villa Devoto y Villa Del Parque. La vacuna Triple Viral es la única que alcanza una distribución homogénea en todos los CGP²³.

Durante el año 2002 se aplicaron 1.301.741 vacunas en los vacunatorios del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, de este total más de la mitad corresponde a las vacunas Sabín (19%), Antihepatitis B (18,7%), Cuádruple (13%) y BCG (10%)²⁴.

La información sobre la desnutrición infantil ha sido tema recurrente en los dos últimos años en nuestro país. Sin embargo existe escasa información estadística sobre el estado nutricional de los niños argentinos. Esto genera vacíos que impiden la realización de políticas de salud como también alimentarias más efectivas.

La información disponible proveniente al módulo especial de la Encuesta Permanente de Hogares para el monitoreo de las metas sociales realizada en mayo de 1994 aplicada a los aglomerados del Gran Buenos Aires, Mendoza, Rosario, Neuquén, Río Gallegos y Salta arrojaba los siguientes datos: la desnutrición aguda, expresada como la deficiencia de peso para talla o la edad, en menores entre 2 y 5 años de edad, era muy baja (el 0,8%), pero la incidencia de desnutrición crónica, expresada como la deficiencia de talla para la edad, era mucho más importante (el 6,1%) agudizándose en los hogares con NBI a 8,2%²⁵.

En Argentina en el año 2002, del total de muertes de menores de cinco años el 2,2% eran por desnutrición. Entre los menores de un año la proporción de muertes por dicha causa era del 1,6% mientras que para los de 1 a 4 años este porcentaje se elevaba al 5,8%. Además, se observa que el 16% de las defunciones por deficiencias de la nutrición y anemias nutricionales correspondían a niños menores de 5 años²⁶.

²² La primera dosis se aplica preferentemente en las primeras 12hs. de vida. El Recién Nacido prematuro con peso menor a 2000gr. debe recibir la dosis neonatal (dentro de las 12hs. de vida) y 3 dosis más: a los 2, 4 y 6 meses.

²³ Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

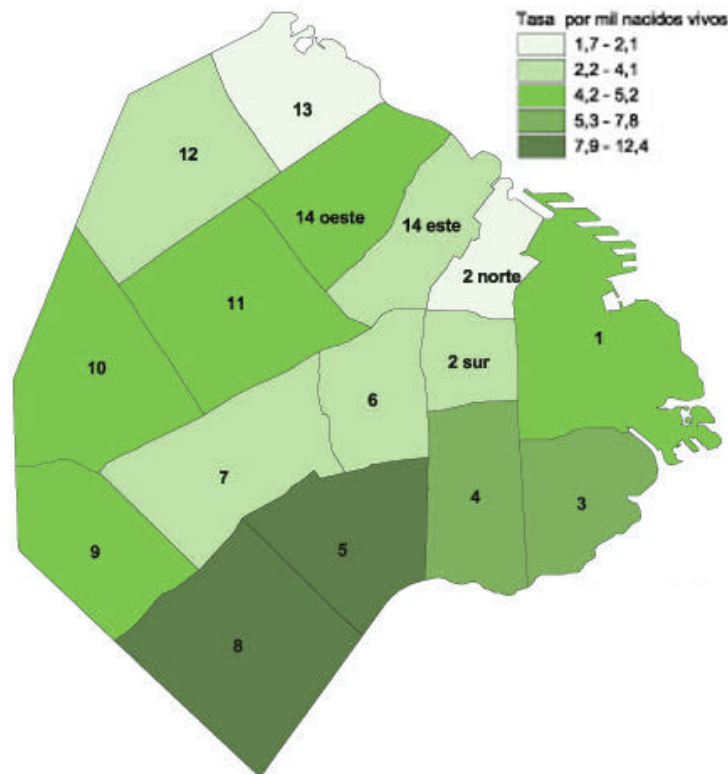
²⁴ Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.) sobre la base de datos de la Dirección de Salud Comunitaria - Programa de Inmunizaciones. Secretaría de Salud.

²⁵ Módulo especial de la Encuesta Permanente de Hogares para el monitoreo de las metas sociales, mayo de 1994.

²⁶ Datos correspondientes al total nacional ya que no se encuentran datos desagregados, Estadísticas Vitales, Ministerio de Salud.

Las carencias nutricionales son consideradas una causa de muerte reducible, es decir que estas defunciones son posibles de reducir a través de acciones en el ámbito de la atención de la salud materno-infantil. Considerando la tasa de mortalidad de infantil por criterios de reducibilidad se observa que la Ciudad de Buenos Aires presenta una tasa de 5,4 por mil nacidos vivos. Asimismo se evidencian importantes diferencias al considerar los centros de participación y gestión: el CPG N° 5 junto con CPG N° 8 presentan las tasas más altas de la ciudad (12,4 y 11,1 por mil nacidos vivos respectivamente)²⁷.

Tasa de mortalidad infantil por causas reducibles, por Centro de Gestión y Participación
Ciudad de Buenos Aires - Año 2002



Fuente: Dirección de Estadísticas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, en base a Estadísticas Vitales.

Respecto a la meta de vigilancia del crecimiento y desarrollo de al menos el 80% de los menores de 5 años, no hay indicadores específicos para cuantificarla. Sin embargo se puede decir que, si bien el hospital público cubre potencialmente las demandas de salud de toda la población, el 33% de los niños menores de 5 años no tenía, según el CNPV 2001, cobertura de obra social y/o prepaga.

²⁷ Dirección General de Estadística y Censo (G.C.B.A) sobre la base de estadísticas vitales.

Para la OMS, combatir eficazmente el VIH / SIDA es el reto de salud pública más urgente en el mundo. La tasa promedio de mortalidad por SIDA de la población de la Ciudad de Buenos Aires durante la década de los 90 ha sido de 12 por cien mil, reduciéndose a 7,7 por cien mil en el 2002. Al analizar los menores de 15 años, la tasa de mortalidad por SIDA ha logrado reducirse en los últimos tres años a valores menores a 1 por cien mil. La prevalencia de VIH en mujeres que tuvieron hijos en hospitales públicos de la Ciudad para ese mismo año fue de 1,6 frente al 1,3 del sector privado.

Durante el período 2000-2003, Argentina desarrolló el Plan Estratégico Nacional²⁸ 2000-2003, liderado por el Ministerio de Salud. Las metas propuestas son: disminuir la transmisión del VIH / SIDA promoviendo en la población el cuidado de la salud, posibilitar el desarrollo integral de la persona viviendo con VIH / SIDA en la sociedad, mejorar la posibilidad de estudios epidemiológicos en cada una de las provincias, y formar una red regional multisectorial sobre el VIH / SIDA.

Desde octubre de 2002, se inició en la Ciudad de Buenos Aires la notificación de las personas a las que se les diagnostica infección por VIH²⁹ (en forma anónima y con código), además de continuar con la de los casos de SIDA. A partir de enero de 2003 y simultáneamente con la resolución que dio origen a las Recomendaciones para la Prevención de la Transmisión Vertical³⁰ (se define como la transmisión de madre a hijo por embarazo, parto o lactancia) se comenzó a implementar la notificación obligatoria de partos en mujeres VIH reactivas. Los casos de infección de HIV por transmisión vertical representan el 3,9% del total de los casos diagnosticados entre 2002/2003³¹. Pero al considerar el total de casos notificados desde 1983 (12.700 casos de SIDA) en la Ciudad, la transmisión vertical presenta un antecedente importante: el 7,64% del total de casos son por transmisión vertical. Al observar los casos de SIDA según lugar de residencia se evidencia que bajo esta vía de transmisión los residentes de la ciudad solo representa el 4,1% del total de casos.

²⁸ Argentina junto con Perú, Venezuela Chile y México han implementado estrategias de prevención con el SIDA, mientras que Colombia, Bolivia Paraguay y Ecuador están en proceso de implementación alguna de estas estrategias.

²⁹ La notificación obligatoria de casos de SIDA: se enmarcan en la ley nacional 23.789. Cada jurisdicción notifica al organismo central que le corresponde (en nuestro caso la Coordinación SIDA del GCBA), quien luego notifica al Programa Nacional, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.

³⁰ Resolución Nro. 78/SS/03 de la Secretaría de Salud, en Boletín Oficial del GCBA N° 1620 del 30 de enero de 2003 y "Recomendaciones para la Prevención de la Transmisión Vertical del VIH, el tratamiento de la infección en mujeres embarazadas y el asesoramiento sobre procreación y anticoncepción en parejas seropositivas o serodiscordantes", publicadas por Coordinación SIDA/ Secretaría de Salud, GCBA.

³¹ Octubre 2002/ Junio 2003 Info SIDA Año 3 Nro 3 - Julio de 2002 ISSN 1667-829X

En septiembre de 2003, la OMS junto con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH / SIDA (ONUSIDA) y el Fondo Mundial declararon que la falta de acceso al tratamiento del SIDA con antirretrovirales constituye una emergencia sanitaria mundial. Actualmente el sistema público del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires atiende aproximadamente al 35% de todos los pacientes que reciben tratamiento antirretroviral provisto por el Estado nacional³².

Educación

La meta para el año 2000 que estipula que al menos el 80% de los niños tenga acceso a la educación básica se encuentra ampliamente cumplida en nuestro país desde comienzos de la década pasada, ya que en 1990 la asistencia escolar de los niños de 6 a 12 años que residía en áreas urbanas era superior al 90%. En la Ciudad de Buenos Aires se observa el mismo comportamiento, alcanzando para el año 2003 una tasa de escolarización de los niños en edad de asistir a la escuela primaria del 99,9%³³. Esto se traduce en la reducción de la tasa de analfabetismo³⁴ que, según datos censales, continua en caída desde el año 1970 y ha descendido un 38% en 2002 (al 0,45%) respecto de 1991.

Asimismo, las metas de eliminar, hacia el año 2005, la desigualdad del género en la educación primaria y secundaria, y de conseguir la total igualdad de género en la educación para 2015, ya se encuentran alcanzadas en la Ciudad desde la década del noventa. Incluso la razón entre niñas y niños que asisten a la escuela favorece a las primeras.

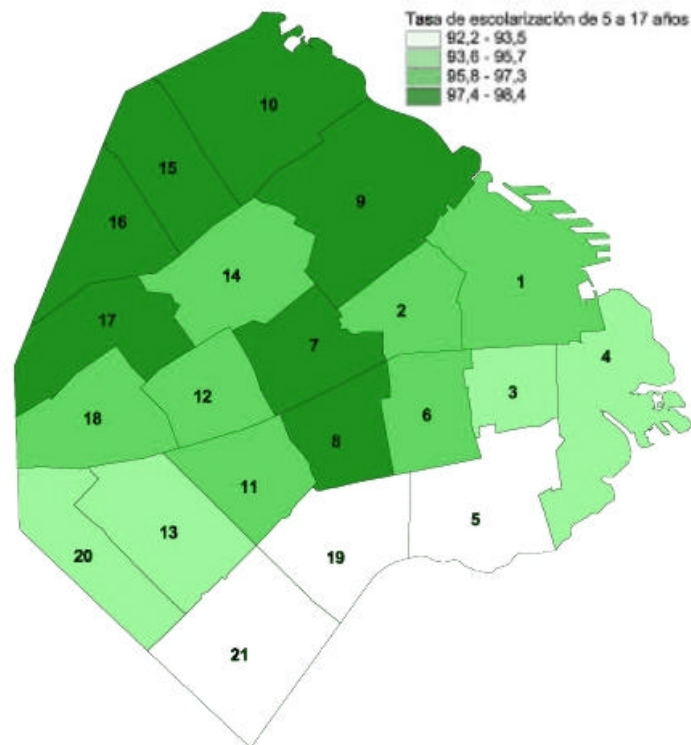
Según la encuesta de hogares de la Ciudad de Buenos Aires más del 90% de los niños de 5 a 17 años concurren a la escuela, aunque existe una brecha de escolarización entre los chicos de los distritos escolares del sur y el resto (el V, el XIX y el XXI registran los valores más bajos, que rondan entre 92% y 93%).

³² Info SIDA Año 3 Nro 3 - Julio de 2002 ISSN 1667-829X

³³ Fuente: EPH, INDEC, mayo de 2003.

³⁴ El analfabetismo es hoy una problemática más bien acotada a las mujeres de más de 60 años y sobre todo a las mujeres que viven en la zona sur de la Ciudad. FUENTE: Secretaría de Educación y Secretaría de Hacienda - Gobierno de Buenos Aires. Abril 2004.

Tasa de escolarización de los niños de 5 a 17 años, por Distrito Escolar.
Ciudad de Buenos Aires - Año 2002.



Fuente: Encuesta Anual de Hogares, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Los niños de 5 a 17 años que abandonaron sus estudios representan el 3% del total de menores de la Ciudad. De esta población casi el 6% no aprobó ningún grado, mientras que el 70% logró finalizar el ciclo primario³⁵. Según los datos de la Encuesta Permanente de Hogares, las diferencias en la asistencia escolar de estos niños según su pertenencia a los distintos estratos de ingresos no resultan significativas ya que tanto en el primer quintil de ingresos (el más pobre) como en el quinto (el más rico) más del 99% de los niños concurre a la escuela.³⁶

En el año 2002, teniendo en cuenta a la población que asistía al nivel primario, la tasa de sobreedad se ubicaba alrededor del 12%, incrementándose a lo largo del ciclo escolar. Después del tercer grado los valores llegaban a los dos dígitos. Aquí también se observa una

³⁵ Datos provenientes de la Dirección General de Estadística y Censos (G. C. B. A.) sobre la base de datos provisorios del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

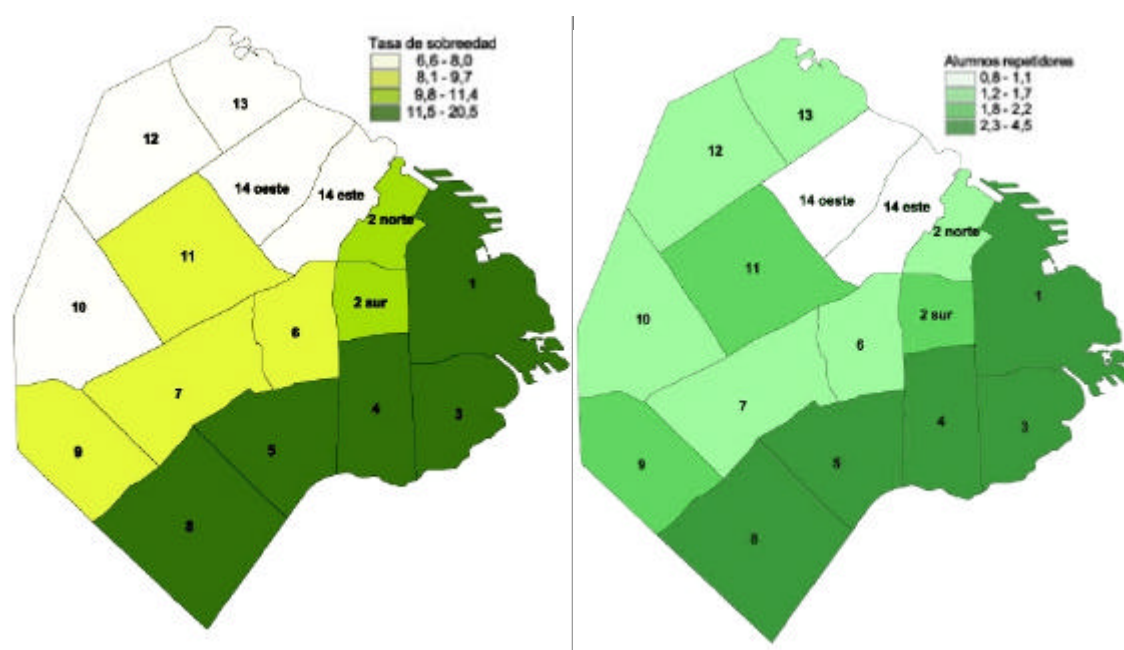
³⁶ Se considera los menores en hogares según quintiles de ingreso per capita del hogar. Elaboración propia en base a datos de EPH, INDEC, mayo de 2003.

marcada diferencia entre el ámbito estatal y el ámbito privado, alcanzando su máxima expresión en 7° grado (22,2% y 4,3% respectivamente)³⁷.

La repitencia, factor fuertemente asociado al rezago, y que afecta al 2,1% de los niños del total de la Ciudad de Buenos Aires cobra una dimensión mayor en las escuelas estatales ascendiendo al 3,4%³⁸.

Una mirada al interior urbano nos permite concluir que los Centros de Participación y Gestión (CGP) n° 3, n° 5 y n° 8 poseen las mayores carencias educativas: presentan un rezago o sobriedad mayor al 19% y una tasa de repitencia de 3,2%, 3,6% y 4,5%, respectivamente; ubicándose por encima de la media de la ciudad ³⁹.

Tasa de sobriedad y repitencia del nivel primario, por Centro de Gestión y Participación Ciudad de Buenos Aires - Año 2002



Fuente: Encuesta Anual de Hogares, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

³⁷ Datos provenientes Departamento de Estadística de la Dirección de Investigación, Dirección General de Planeamiento, Secretaría de Educación sobre la base de Relevamiento Anual 2002.

³⁸ Datos extraídos del Departamento de Estadística de la Dirección de Investigación, Dirección General de Planeamiento, Secretaría de Educación sobre la base de relevamiento Anual 2002

³⁹ Datos provenientes Departamento de Estadística de la Dirección de Investigación, Dirección General de Planeamiento, Secretaría de Educación sobre la base de Relevamiento Anual 2002

Dentro del nivel primario, la Ciudad presenta una tasa de desgranamiento⁴⁰ para 1996/2002 del 9,0%, que asciende diferencialmente en el sector privado al 13,8%⁴¹. Esto último se explica fundamentalmente por el traspaso de muchos niños de hogares de clase media del sector privado al estatal como consecuencia de la caída de los ingresos de esos hogares.

La proporción de jóvenes de 15 a 17 años que asiste a la escuela también se incrementó sensiblemente en la última década, pasando del 85,2% en octubre de 1990 al 100% en mayo de 2003.⁴² En este último dato disponible, la desigualdad en el acceso a la educación no varía fuertemente según el estrato social al que pertenecen sus familias.

Al analizar quiénes efectivamente terminaron el colegio secundario y quiénes no lo hicieron se observan diferencias importantes. Si bien en el promedio general el 79% de los jóvenes entre 18 y 24 años obtuvo el título secundario, entre los más pobres sólo lo hizo el 49% y entre los más ricos el 85%.⁴³

Entre los jóvenes que cursan el ciclo de estudios medios, los problemas de rezago y repitencia escolar adquieren proporciones mucho más altas, se observa que el rezago escolar de la población de 15 a 19 años de la Ciudad de Buenos Aires se posiciona en el 17,2% con el valor más bajo del ranking por jurisdicción y a seis puestos por debajo de la media nacional (22,4%) según el CNPV. Los datos sobre el nivel medio proporcionados por la encuesta de hogares 2002 reflejan las desigualdades educativas al interior de la Ciudad, los CGP del centro y sur cuentan con altos niveles de sobreedad y repitencia, reforzando las diferencias registradas para el nivel primario.

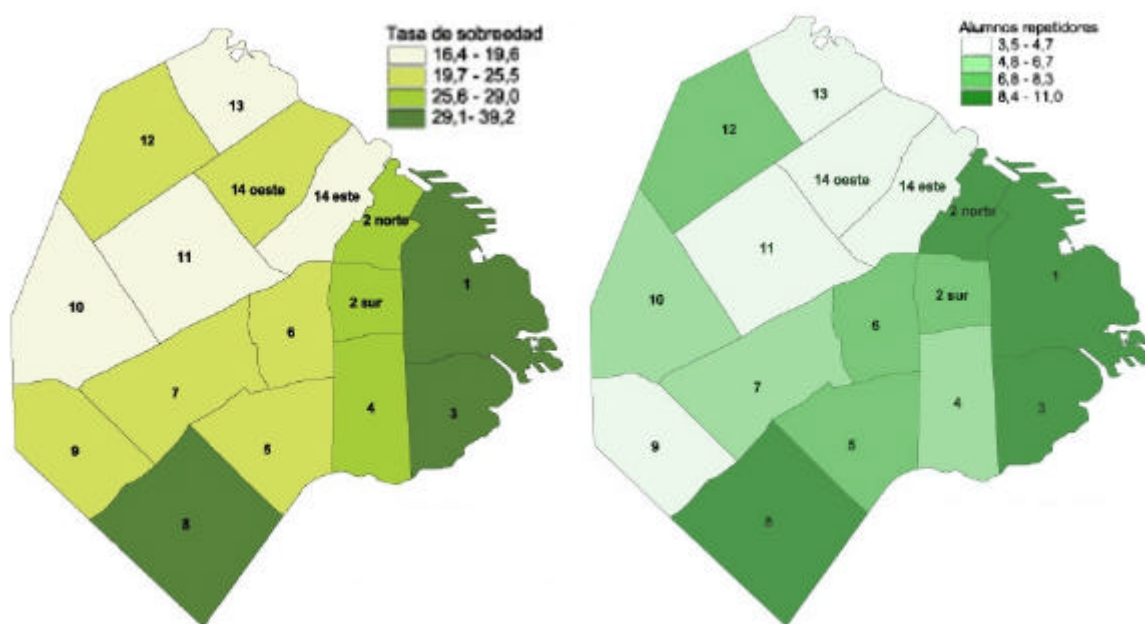
⁴⁰ Corresponde al porcentaje de niños que abandonaron sus estudios durante determinada cohorte.

⁴¹ Datos extraídos del Departamento de Estadística de la Dirección de Investigación. Dirección General de Planeamiento. Secretaría de Educación, sobre la base de Relevamiento Anual 1996 y 2002 (éste último año, cifras provisorias).

⁴² Elaboración propia en base a datos de EPH, INDEC.

⁴³ **Elaboración propia en base a datos de EPH, INDEC, Mayo 2003.**

Tasa de sobreedad y repitencia del nivel medio, por Centro de Gestión y Participación
Ciudad de Buenos Aires - Año 2002



Fuente: Encuesta Anual de Hogares, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

El nivel de educación de la madre es un factor que tiene una fuerte relación con las probabilidades de éxito escolar de los hijos. Según la Encuesta Permanente de Hogares, en mayo 2003 el 41% de las mujeres con hijos menores de 14 años no tenía el secundario completo. Pero entre las más pobres (primer y segundo quintil de ingresos) este porcentaje subía al 78% mientras que entre las de mayores ingresos (quinto quintil) no se registran mujeres que no hayan completado el nivel medio.

Según los datos del Censo de 2001, la proporción de población de 15 años y más con educación formal incipiente o nula presenta valores poco significativos (0,6%) para los adolescentes de 15 a 19 años, no obstante esta incidencia se va incrementando en los tramos etarios sucesivos; principalmente en las mujeres a partir de los 60 años, alcanzando dos dígitos.

En la población de la Ciudad de Buenos Aires de 15 años y más que asistió y ya no asiste a la escuela, un 40,7% se encuentra en situación de riesgo educativo⁴⁴, es decir que su nivel

⁴⁴ Se denomina "situación de riesgo educativo" a la probabilidad estadística que tiene un conjunto de la población de quedar marginado de la vida social, política y económica según el nivel de educación formal alcanzado, en las actuales condiciones sociopolíticas y económicas. Sirvent, María Teresa: "Jóvenes y adultos y educación en la Ciudad de Buenos Aires: hacia una pedagogía de la participación". Revista del IICE, 1999. Pág. 38.

educativo es igual o menor a secundario incompleto. De este 40,7 por ciento en situación educativa de riesgo, el 4,7% se encuentra con primario incompleto, el 22% con primario completo y el 14,0% con secundario incompleto. Entre el último censo y el anterior el riesgo educativo descendió poco más de 11 puntos porcentuales.

El nivel alcanzado de educación formal es un factor decisivo en la determinación de las probabilidades de acceder a un empleo y del nivel de ingresos que se pueda obtener por ese trabajo. La última información disponible de la Encuesta Permanente de Hogares a mayo 2003, permite observar que entre la población de 30 a 40 años los que tienen nivel terciario o universitario completo tienen ingresos casi cuatro veces y media mayores que aquellos que empezaron pero no completaron la primaria (el ingreso medio de los primeros es de \$959 y el de los últimos \$220).

Pero si comparamos el ingreso de las personas según niveles sucesivos de educación, la mayor diferencia porcentual la encontramos entre quienes tienen primaria completa o secundaria incompleta (\$390) y aquellos que no completaron sus estudios primarios (\$223): esta diferencia asciende a casi 75% a favor de los ingresos laborales de los primeros. La segunda diferencia más significativa se da entre quienes finalizaron sus estudios terciarios (\$863) y quienes finalizaron la universidad: entre ellos la brecha es del 53% a favor de los graduados universitarios (\$1.320). El promedio de ingresos de ambos grupos (estudios universitarios o terciarios completos) es de \$962, con lo que superan en un 44% a los que completaron el secundario o iniciaron estudios en el ciclo superior (\$668). Por último, la desigualdad que se produce entre los que tienen estudios primarios completos hasta secundario incompleto y aquellos con secundaria completa (\$550) alcanza un 41% a favor de estos últimos.

Asimismo, la tasa de empleo de esta misma población (30 a 40 años) crece progresivamente en la medida que se adquiere un nivel educativo más alto. Entre quienes tienen hasta primaria incompleta, la tasa de empleo es del 50%; hasta secundaria incompleta, del 67,8%; hasta terciaria u universitario incompleta, del 70% y entre aquellos que completaron el nivel terciario o universitario, la tasa de empleo asciende al 91%.

Aún cuando la Argentina firmó el convenio 138 de la OIT en donde se estipula la edad mínima de 14 años, existe una gran cantidad de niños que trabajan.

El registro del trabajo infantil constituye un problema en nuestro país debido a las falencias en el relevamiento de este fenómeno. No hay herramientas específicas de captación y además se sabe que en los trabajos realizados en base a distintas fuentes (principalmente encuestas de hogares) existe un sesgo considerable entre el dato relevado y el real. Esto ocurre principalmente porque hay un ocultamiento de situaciones en donde los menores del hogar trabajan. En las encuestas los niños no son autorrespondentes, por lo tanto sus padres o el mayor entrevistado puede muchas veces no declarar el trabajo de los niños. Es así que las estadísticas locales registran información sesgada y con un alto coeficiente de variación.

A pesar de las limitaciones de las fuentes se puede afirmar que el trabajo infantil creció en los últimos años de la mano de la pobreza, al desempleo y al deterioro de las condiciones laborales del conjunto de la sociedad. A partir de la recesión de 1998, y más profundamente después de la crisis que sacudió a la Argentina en el año 2001, los índices de desempleo crecieron desmesuradamente y cayeron los ingresos creando el escenario ideal para un aumento sin precedentes de la pobreza. Este panorama afectó en gran medida a aquellos hogares con presencia de niños, que tuvieron que incorporar más miembros al mercado de trabajo para sustentar los gastos del hogar.

Si consideramos la definición ampliada de trabajo infantil, la cual incluye no sólo a los niños que realizan actividades fuera de su hogar con fines de lucro, sino también a aquellos que ayudan en las tareas domésticos cuando sus padres no se encuentran en el hogar, 1 de cada 3 niños de 5 a 14 años realizaba alguna de estas tareas en el año 2001⁴⁵, esta proporción representaba a casi 2 millones de niños sobre el total del tramo (6.255.255 de menores). Observando el tramo de 10 a 14 años, su participación en el mercado de trabajo aumenta notablemente, alcanzando al 44% de estos niños, que en términos absolutos son 1.375.164

⁴⁵ Datos para el total urbano del país, ECV/SIEMPRO 2001, en "Actualización Diagnóstica del Trabajo Infantil en Argentina", IPEC-Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, 2002.

niños de 10 a 14 años que trabajan. Este número casi duplica al registrado en el año 1997, cuando trabajaban alrededor de 700 mil niños de esa edad⁴⁶.

Cuando se analiza este fenómeno de acuerdo a la definición restringida, la cual excluye a aquellos niños que hacen trabajo doméstico en su hogar, el porcentaje de niños de 5 a 14 años y de 10 a 14 años que trabaja desciende marcadamente hasta el 4,7% y el 7,8%, respectivamente. Es decir que hay una gran cantidad de niños que deben hacerse cargo de las tareas domésticas ante la incorporación de los otros familiares del hogar al mercado de trabajo, pero no necesariamente salen a trabajar fuera de su hogar.

Las cifras de trabajo infantil son mucho más bajas en la Ciudad de Buenos Aires, aunque no dejan de ser relevantes. El 20,5% de los niños porteños de 5 a 14 años (correspondiente a casi 75 mil niños) tiene que trabajar ya sea fuera o dentro de su hogar para contribuir con el sostenimiento familiar⁴⁷. Al igual que en el total urbano nacional el tramo de 10 a 14 años muestra una mayor participación. Sus ocupaciones generalmente no son calificadas, realizan tareas domésticas tanto dentro como fuera de sus hogares, cuidan a hermanos menores o personas mayores o se desempeñan como peones en la construcción. Los más pequeños (5 a 9 años) suelen trabajar vendiendo mercadería en la calle o colaborando en el negocio familiar, o ayudando a sus padres en la recolección de papeles y cartones de la vía pública, entre otras tareas.

La actividad laboral infantil es muy perjudicial ya que los niños tienen que tomar responsabilidades no acordes a su edad e incluso correr riesgos al realizar tareas que no son apropiadas para los niños, como la utilización de herramientas, la manipulación de fuego o de artefactos eléctricos, los traslados en medios de transporte público, etc.

Sin embargo se puede afirmar que una de las consecuencias más preocupantes de este fenómeno es que los niños que trabajan suelen presentar serias dificultades a lo largo de su trayectoria escolar, cuando ésta no es directamente interrumpida. El 30% de los niños trabajadores urbanos del país (tomando la definición restringida) repitió al menos un año en la

⁴⁶ Si bien existen limitaciones en la comparabilidad de los datos entre la EDS 97 y la ECV 2001 en cuanto a la indagación, los períodos de referencia y los tramos etáreos (entre otros), el IPEC adoptó la comparación de la definición ampliada de trabajo infantil para los niños de 10 a 14 años como la más apropiada. En cuanto a la definición restringida hay múltiples construcciones del indicador que hacen que, para el año 1997, la tasa de actividad de los niños de 10 a 14 años varíe de 1,5% al 15% de acuerdo a las categorías de trabajo que la integren, lo cual no permite una comparación válida.

⁴⁷ Todos los datos corresponden a la ECV/SIEMPRO 2001, en "Actualización Diagnóstica del Trabajo Infantil en Argentina", IPCE-Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, 2002 y "El Trabajo Infantil en la Argentina/01", IPCE-Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, 2004.

escuela, mientras que el 6,5% abandonó la escuela y el 7,1% de los chicos que trabajaron durante el año 2001 no asistió a la escuela⁴⁸.

Estos chicos no sólo sufren ahora la imposibilidad de disfrutar plenamente de sus derechos, sino que tendrán grandes dificultades para insertarse en el mercado laboral formal que exige mayores credenciales educativas a medida que restringe la demanda de trabajo⁴⁹.

Frente a esta problemática es importante realizar políticas orientadas a la erradicación del trabajo infantil y a la reinserción de estos niños en el ámbito educativo y así brindarles la oportunidad de un futuro con mayores posibilidades de elección y acción sobre sus propias vidas.

La legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires aprobó en noviembre de 2002 la Ley N°937 de Erradicación del Trabajo Infantil en la Ciudad de Buenos Aires, que *“tiene por objeto la detección, prevención y erradicación del trabajo infantil, así como la atención de las niñas y los niños afectados por esta problemática y de sus familias”*⁵⁰. Esta ley contempla la adopción de acciones positivas en relación con la detección y la protección de los niños y adolescentes que ven vulnerados sus derechos.

Población Activa

Según los datos del CNPV 2001 la tasa de actividad de los adolescentes de 14 a 19 años⁵¹ de la Ciudad de Buenos Aires era de 23,8%, un 20% menor a la registrada por el censo del año 1991. Los distritos más pobres de la ciudad, correspondientes a la zona sur, son los que cuentan con mayor cantidad de adolescentes activos, ya que muchos necesitan insertarse tempranamente en el mercado laboral para contribuir al ingreso de sus hogares.

La tasa de empleo registró una caída intercensal aún más elevada, pasando del 23,3% en 1991 al 10,5% en el 2001.

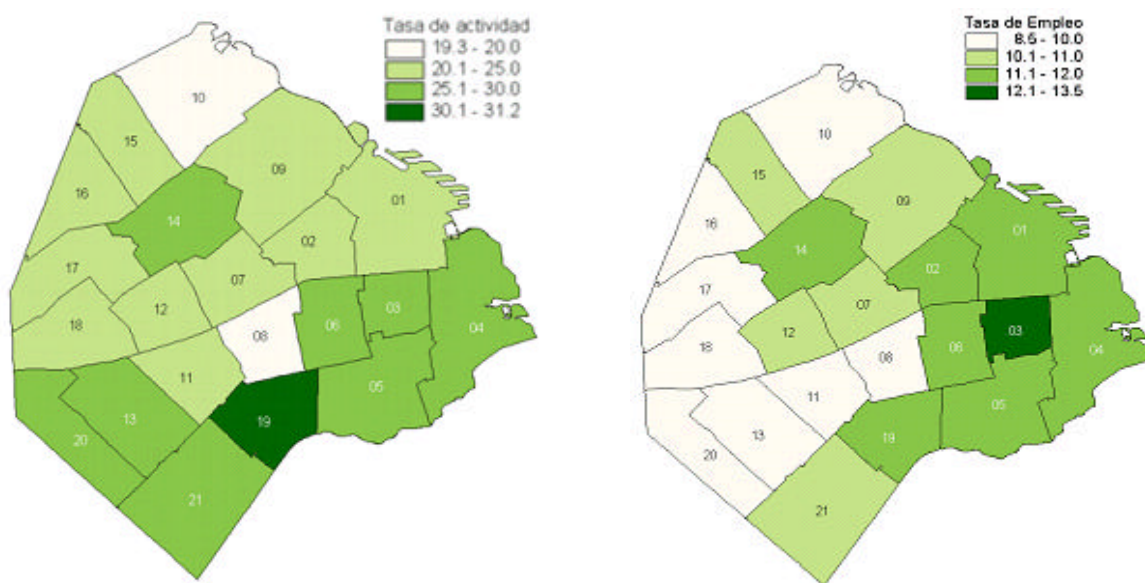
⁴⁸ Elaboración propia en base a la ECV/SIEMPRO 2001

⁴⁹ Según un estudio de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) los menores trabajadores que abandonaron sus estudios recibirán durante su vida adulta un salario al menos 30% inferior que aquellos que hayan completado los 7 años de escolaridad como mínimo. Plan Subregional para la Erradicación del Trabajo Infantil en los países del MERCOSUR y Chile. 2002-2004. IPEC-OIT.

⁵⁰ Ley N°937, Dirección General de Información y Archivo Legislativo - CEDOM

⁵¹ Se toma el tramo de 14 a 19 años correspondiente a la tramificación de los indicadores censales de empleo. Se seleccionó la fuente censal dados los altos coeficientes de variación que presentan los datos de la Encuesta Permanente de Hogares para la Ciudad de Buenos Aires.

Tasa de Actividad y Tasa de Empleo de los adolescentes de 14 a 19 años, por Distrito Escolar.
Ciudad de Buenos Aires - Año 2001.



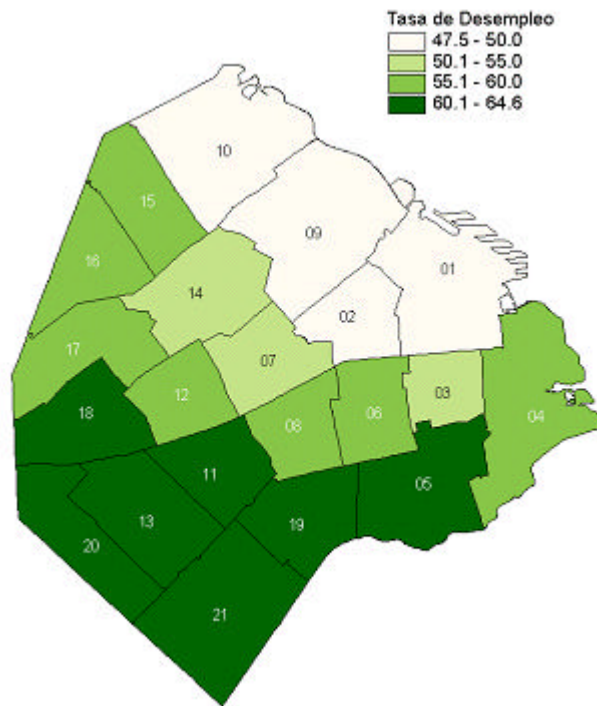
Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda 2001, INDEC.

El mapa permite apreciar que las zonas de mayor tasa de actividad no necesariamente coinciden con las de mayor tasa de empleo y que estas últimas se concentran en la región de mayor actividad comercial y de servicios de la Ciudad. Las altas tasas de actividad - y en ciertos casos también de empleo- de la zona sur y sudeste se relacionan con la importante proporción de población residente en villas y asentamientos de esos distritos, ya que en las mismas hay una gran cantidad de población joven activa. Esto permite entender mejor la existencia de altas tasas de precariedad laboral (el 59% de los adolescentes ocupados no percibe descuentos jubilatorios) entre los jóvenes ocupados de la Ciudad de Buenos Aires.

Pero junto con la caída del empleo, y a pesar de la disminución de la tasa de actividad, se produjo una impactante suba de la tasa de desempleo que casi se triplicó en esos diez años, alcanzando el 55,9% del total de la PEA en el último censo. El desmesurado aumento del desempleo no afectó sólo a los jóvenes, pero fueron sin duda ellos quienes más lo sufrieron: el 11% de los desocupados porteños correspondía al tramo de 14 a 19 años, mientras que en la población total la población en esas edades no llegaba al 8%. Las mujeres tenían una tasa de desempleo mayor a la de los varones, aunque su participación en el mercado laboral era menor.

Otro dato importante es el de las diferencias entre los distintos distritos de la ciudad. Si revisamos las tasas de desempleo de los jóvenes por distrito escolar podemos advertir que la zona sur registra los más altos niveles de desocupación, la tasa más elevada es la de el Distrito Escolar XX (que corresponde a los barrios de Mataderos, Flores sur, Villa Luro sur y parte de Villa Lugano) que llega al 64,1%.

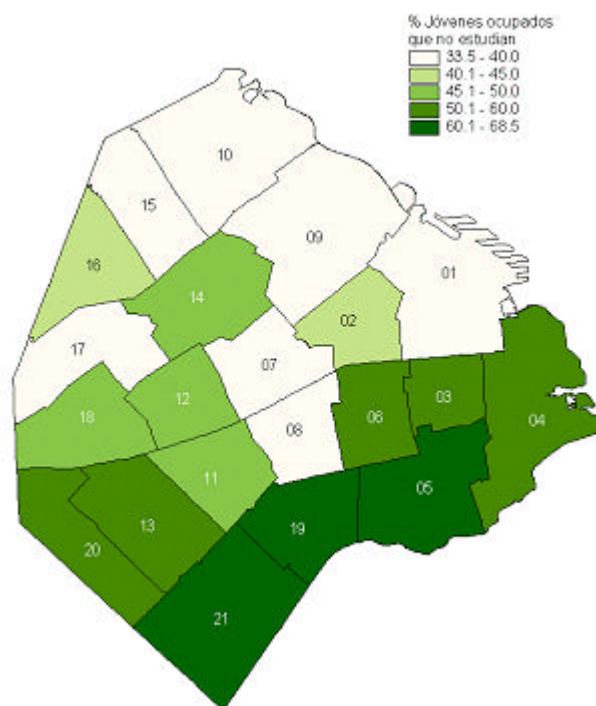
Tasa de Desempleo de los adolescentes de 14 a 19 años, por Distrito Escolar.
Ciudad de Buenos Aires - Año 2001.



Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda 2001, INDEC.

El 47% de los adolescentes que trabaja, no estudia (este porcentaje registra su valor más bajo –33,5%– en el D.E. X, que agrupa a los barrios de Núñez y Belgrano; y el más alto – 68,5%– en el D.E. XIX (que aglutina a los barrios de Villa Soldati y Nueva Pompeya).

Ocupados de 14 a 19 años que no estudian, por Distrito Escolar.
Ciudad de Buenos Aires - Año 2001.



Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda 2001, INDEC.

Pobreza

En nuestro país las incidencias de pobreza e indigencia alcanzaron valores record después de la crisis de finales de 2001 - la población pobre llegó al 57,5% y la población indigente al 27,5%⁵²- superando incluso los datos correspondientes a los períodos hiperinflacionarios.

Si bien hubo una importante reducción de diez puntos porcentuales en los niveles de pobreza entre el primer semestre de 2003 y el primero de 2004, aún poco menos de la mitad de la población argentina (el 44,3% en esta última fecha) continúa viviendo en la pobreza.

En este marco los más perjudicados son los niños, en mayo de 2003, 7 de cada 10 menores de 18 años vivían en la pobreza y 4 de cada 10 no podía cubrir sus necesidades alimentarias.

⁵² Total urbano de EPH/INDEC, onda octubre 2002.

La Ciudad de Buenos Aires presentaba cifras también alarmantes aunque ampliamente inferiores a las del promedio de aglomerados urbanos⁵³. Los menores de 18 años pobres casi alcanzaban al 40% y los indigentes superaban levemente el 20%. Sin embargo al comparar estos datos con los del total de la población de la ciudad observamos que los niños son más vulnerables frente a la situación de pobreza ya que, en esa misma fecha, sólo el 21% de la población total porteña era pobre y la indigencia no alcanzaba al 9%.

La razón de estas diferencias es que los hogares pobres cuentan con una mayor presencia de menores que los hogares no pobres: los primeros tienen un promedio de menores de 2,2, mientras que los últimos no llegan a 1,5.

Los niños pobres viven en hogares en donde el problema de la desocupación impacta especialmente. Los niños de hogares con jefe desocupado son un 70% más pobres que aquellos que viven en hogares con jefe ocupado (35,9% y 61,0% respectivamente). Por su parte, la pobreza extrema más que se duplica en los hogares con niños cuyo jefe se encuentra desocupado ya que en ellos la incidencia de la indigencia llega al 42,7%, mientras que en los hogares con niños cuyo jefe está ocupado la indigencia se reduce al 20,4%.

La caída de los ingresos y la desigualdad de su distribución hicieron que hacia mayo de 2003 en la Ciudad de Buenos Aires el 20% más pobre de los hogares con niños menores de 18 años tuviese un ingreso medio nominal de \$300, 12 veces inferior al ingreso medio del 20% más rico de los hogares con niños.

Hábitat

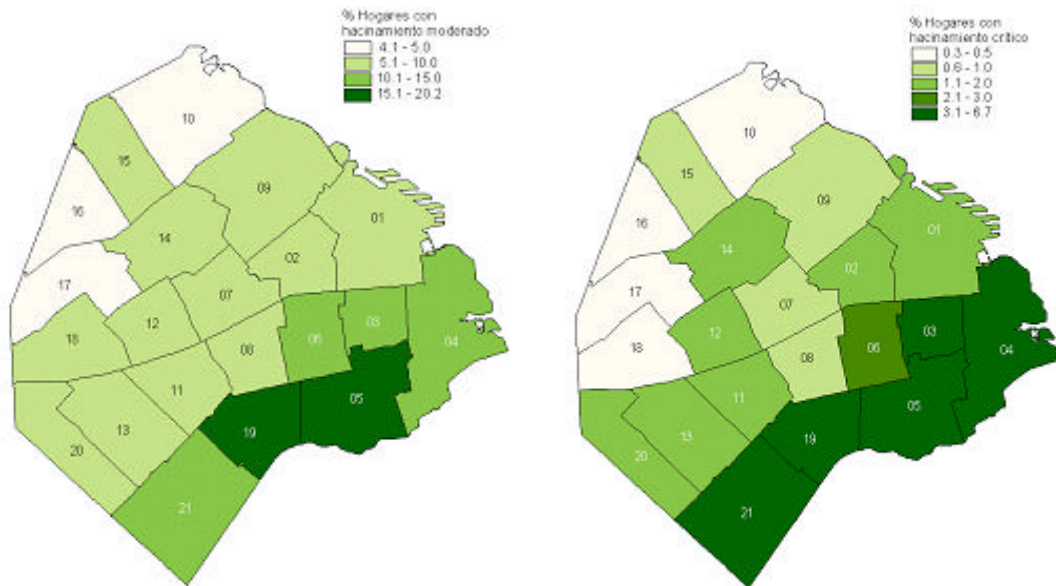
La Ciudad de Buenos Aires se caracteriza por ser la ciudad argentina que concentra la tierra urbana más cara y el parque habitacional menos deficitario. En comparación con otras jurisdicciones del país tiene los niveles más bajos de precariedad y hacinamiento pero sin embargo presenta una situación habitacional muy contrastante⁵⁴. Es decir que si bien los números pueden parecer irrelevantes al compararlos con provincias del NOA y NEA, resultan significativos para resaltar las diferencias al interior de la Ciudad.

⁵³ Los datos para la Ciudad de Buenos Aires proceden de la EPH/INDEC:

⁵⁴ López Clide, "La cuestión Habitacional", Documento de trabajo del Proyecto de Fortalecimiento Institucional de la Subsecretaría de Coordinación del Plan Social Integral, Secretaría de Desarrollo Social, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, mayo 2003.

Según los datos del Censo 2001 los distritos escolares de la zona sur de la ciudad (D.E. III, IV, V, XIX y XXI) tienen mayores déficits en los indicadores habitacionales. En la zona sur se observan los niveles más altos de hacinamiento, alrededor de 4,5% de los hogares tiene más de 3 personas por cuarto, contra el 1,6% del total de la ciudad. Además, el sur, cuenta con la mayor proporción de viviendas inadecuadas, entre el 16% y el 23% de los hogares habita en casas tipo B, rancho, casilla, inquilinato, pensión, villa, local o vivienda móvil; mientras que el dato agrupado para el total porteño se reduce al 6,4%.

Hogares con hacinamiento moderado* y hacinamiento crítico, por Distrito Escolar**
Ciudad de Buenos Aires - Año 2001

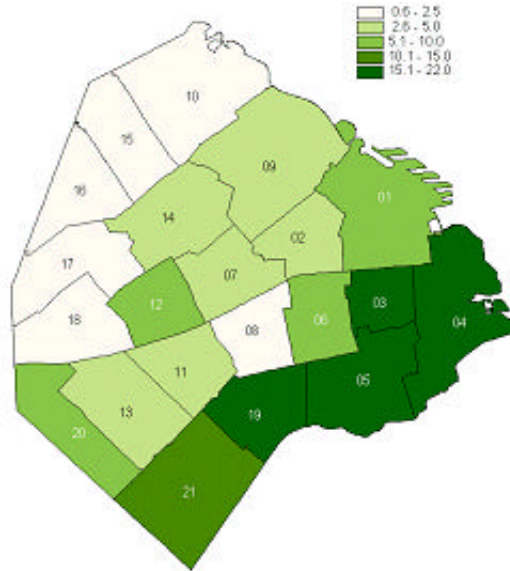


*: entre 2 y 3 personas por cuarto, sin considerar baño ni cocina.

** : más de 3 personas por cuarto, sin considerar baño ni cocina.

Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda 2001, INDEC.

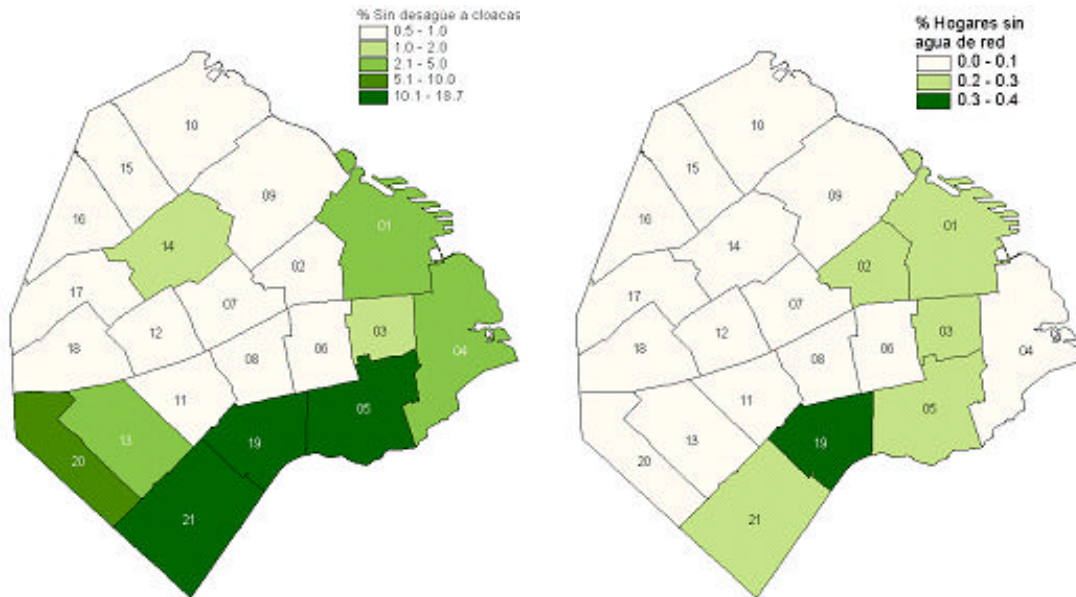
Hogares en vivienda inadecuada, por Distrito Escolar Ciudad de Buenos Aires - Año 2001



Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda 2001, INDEC.

Los hogares que no tienen desagüe cloacal alcanzan al 11,7% en el D.E. V, al 14,8% en el D.E. XXI y al 18,7% en el D.E. XIX, cuando los valores más bajos son inferiores al 1%. Además, aunque la cantidad de hogares sin agua de red en la Ciudad de Buenos Aires es sumamente baja (sólo el 0,1% de los hogares no cuenta con este servicio), también son los distritos V y XIX los que presentan los valores más altos (0,25% y 0,39% respectivamente).

Hogares sin desagüe cloacal y sin agua de red, por Distrito Escolar Ciudad de Buenos Aires - Año 2001



Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda 2001, INDEC.

Las diferencias norte-sur que presenta la ciudad se han visto profundizadas por el aumento que experimentó la cantidad de población que habita en villas o asentamientos. Los datos censales permiten verificar su crecimiento poblacional entre 1991 y 2001, el cual superó el 100% (registrado principalmente en los asentamientos 20, 1-11-14, 3 26 31 y 13 bis), en contraste con el nulo crecimiento⁵⁵ de la población total de la ciudad⁵⁶. Además a los asentamientos ya presentes en 1991 se agregaron ocho más durante el período intercensal.

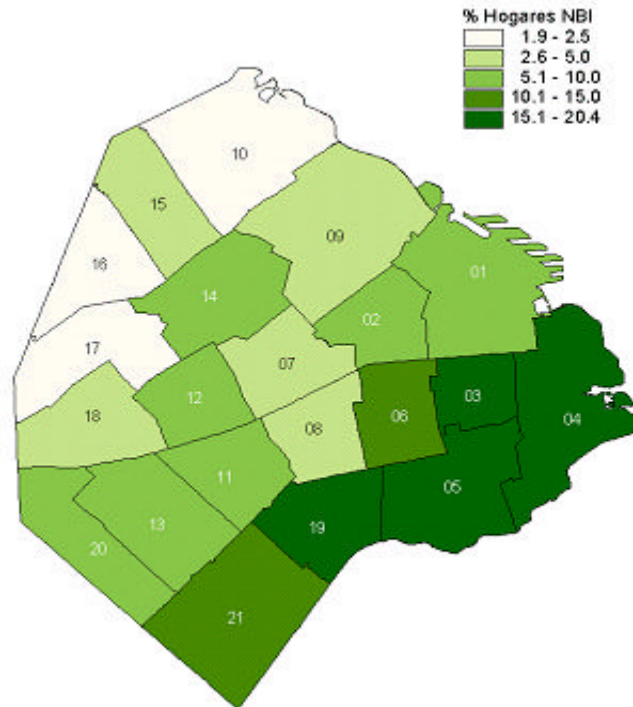
En 2001 más de 100 mil personas residían en villas o asentamientos concentrados en su mayoría en la zona sur, excepto la villa 31, en Retiro, que es el único gran asentamiento no ubicado en la zona sur. Éstos son también los que cuentan con una mayor incorporación de población, como es el caso de la villa 1-11-14 del bajo Flores que recibió 16 mil nuevos habitantes entre 1991 y 2001⁵⁷. Este fenómeno, emparentado con los indicadores anteriores, contribuye a explicar la diferencias de las condiciones de vida al interior de la Ciudad de Buenos Aires.

⁵⁵ El Censo 2001 registra menos población para la Ciudad de Buenos Aires que el Censo 1991. Si bien no se espera que la Ciudad haya crecido en ese lapso, también es cierto que muchos especialistas opinan que la subenumeración censal de la población fue extremadamente significativa en el último relevamiento. Por eso aquí preferimos hablar de crecimiento nulo y no de decrecimiento.

⁵⁶ Fuente Cuaderno n° 6 "Los barrios del sur de la Ciudad de Buenos Aires" del CEDEM,SDE, Gob.Bs.As.

Si tomamos el NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas⁵⁸) como indicador sintético asociado a las circunstancias descritas más arriba, se puede corroborar la existencia de una importante brecha de pobreza estructural entre los distritos sureños (entre los cuales se destacan el III, IV, V y XIX, con valores que rondan el 19% de hogares NBI) y aquellos del norte (que no superan el 7% promedio de la ciudad)⁵⁹.

Hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas, por Distrito Escolar
Ciudad de Buenos Aires - Año 2001



Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda 2001, INDEC.

Esta información se torna altamente significativa si tenemos en cuenta que en los distritos escolares de la zona sur habita una mayor proporción de niños y jóvenes (alrededor del 32% de la población de los distritos del sur tiene menos de 20 años, mientras que en el resto de las jurisdicciones de la ciudad representan tan sólo al 20% del total), y si evaluamos los perjuicios en la salud y el desenvolvimiento social de los menores que deben vivir en un hábitat precario.

⁵⁷ Idem 53.

⁵⁸ Los hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) son los hogares que presentan al menos uno de los siguientes indicadores de privación:

- 1- Hacinamiento: hogares que tuvieran más de tres personas por cuarto.
- 2- Vivienda: hogares en una vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo, lo que excluye casa, departamento y rancho).
- 3- Condiciones sanitarias: hogares que no tuvieran ningún tipo de retrete.
- 4- Asistencia escolar: hogares que tuvieran algún niño en edad escolar (6 a 12 años) que no asistiera a la escuela.
- 5- Capacidad de subsistencia: hogares que tuvieran cuatro o más personas por miembro ocupado y, además, cuyo jefe no haya completado tercer grado de escolaridad primaria.

⁵⁹ CNPV 2001, INDEC.