

El derecho a la salud: asistencia y juridicidad en la atención de niños, niñas y adolescentes en situación de calle

Florencia Altamirano,¹ Judit Arcusin,² José Pasamonic,² * Noris Pignata,³ Julieta Pojomovsky,⁴ Frida Riterman⁶ y Mónica Waisman²
Con la colaboración especial de Mirta F. Bokser³ **

RESUMEN

Este trabajo intenta poner en evidencia la complejidad que rodea la atención médica de un niño, niña o adolescente a quien "la calle se le metió en la vida" como un ámbito propio. Asimismo, destacar cómo algunos pediatras, al encontrarse poco informados o decididamente desinformados –aunque afectados por creencias y supuestos– se sienten obligados muchas veces a "abandonarse a su subjetividad" o bien recurrir al sistema legal como parte de su práctica médica. El desconocimiento de la Constitución Nacional –y desde ella, la aplicación de la Convención Internacional de los Derechos del Niño– no lo ayuda a ejecutar lo más simple y primordial: "la atención del niño, niña o adolescente ante todo y en cualquier circunstancia" para recién entonces, verificar si es necesaria o no, alguna tramitación judicial.

Frente a la multiplicidad de variables que atraviesan esta temática, en nuestro trabajo incluimos dos relatos a modo de ejemplo, un análisis crítico y cuadros que exponen las leyes que rigen –conforme a nuestra Constitución Nacional u otras– en los diferentes distritos de nuestro país, con el objeto de ahondar en su reflexión.

Palabras clave: niños, niñas y adolescentes en situación de calle, legalidad, legitimidad, Convención Internacional de los Derechos del Niño.

SUMMARY

This work intends to show the complexity of the medical care of a child or teenager to whom "the street got into their lives" as their own place. We also intend to show that as the pediatricians have very little or non information about this subject (but they are affected by their beliefs and suppositions) they feel they have to follow their subjectivity or that they have to appeal to the legal system as a part of their medical practice. As they ignore our National Constitution and the application of the International Convention on the Rights of the Child, they do not do the most simple and the first thing they should have to do: the immediate attention of the child or teenager in any circumstances. Only after that, it is possible to see if there is a need to take some judicial measures.

We include in this work two stories as an example, a critical analyses of them and some tabulations

related with the laws that rule in the different provinces of our country in accordance with the National Constitution and other laws.

Key words: boys and girls in street situation, legality, legitimacy, International Convention on the Rights of the Child.

INTRODUCCIÓN

La frecuente observación de una práctica asistencial atravesada por cuestiones que rozan la legalidad –particularmente en el caso de niños, niñas y adolescentes en situación de calle– nos lleva a replantear la aplicabilidad del derecho a la salud (derecho y salud) así como las diferentes formas de bajar la Convención Internacional de los Derechos del Niño en las distintas jurisdicciones de nuestro país, donde legalidad y legitimidad no siempre coinciden. Son recurrentes las circunstancias en las que las prácticas médicas se encuentran superpuestas a las tramitaciones judiciales.

Aun cuando éstas fueran necesarias, la aplicación de la ley no condiciona la atención médica sino todo lo contrario: esta última es prioritaria. De no ser así, nos encontraríamos ante un procedimiento ilegítimo e incluso de incumplimiento de la ley, de nuestra Constitución Nacional (art. 75, incisos 22 y 23) y de la Convención Internacional de los Derechos del Niño.

DIFERENTES ASPECTOS DEL TEMA

A partir de aportes brindados por el CAINA (Centro de Atención Integral a la Niñez y Adolescencia. Dirección Ge-

¹ Trabajadora social.

² Médico/a pediatra.

³ Abogada.

⁴ Socióloga.

⁵ Psicoanalista.

* Sociedad Argentina de Pediatría.

Grupo de trabajo "Chicos en la calle".
Comité de Familia y Salud Mental.

** Abogada. Participante de experiencias de acción y gestión gubernamental orientadas a búsquedas de aplicabilidad e implementación de la CIDN. Coordinación de Programas Municipales en áreas de Salud de la Ciudad de Buenos Aires y en Moreno (provincia de Buenos Aires).

neral de Niñez. Secretaría de Desarrollo Social GCBA) –cuya directora es integrante del equipo– y de la Unidad Sanitaria Dr. Angel Bó, de William Morris, Hurlingham (Hospital Posadas: Proyecto “Construyendo un espacio de salud con chic@s en situación de calle” de la Residencia Multidisciplinaria Integrada de la Región Sanitaria VII “A”. Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires) –cuyo equipo participa de nuestras reuniones de trabajo– nos fuimos encontrando con situaciones que insistentemente mostraban difíciles desafíos en cuanto a:

- El peso de lo jurídico, particularmente en circunstancias donde la situación social está gravemente comprometida.
- El cuestionamiento del concepto de “paciente promedio” en la atención clínica actual, debido a su heterogeneidad y diversidad, la fuerte incidencia de variables culturales e incluso códigos de diferentes grupos.
- La importancia de establecer un vínculo confiable, señalado repetidas veces como un valor prioritario por la Sociedad Argentina de Pediatría y por ende, soporte de la práctica médica.
- La comprobación de que no necesariamente lo legal es siempre legítimo, como se podrá apreciar en las situaciones expuestas. La legalidad refiere a lo legislado. Lo ilegítimo puede serlo como producto de las contradicciones de unas y otras leyes, de sus jerarquías, de lo que aún no ha sido legislado y de las propias prácticas. Dentro de lo legislado, se deben considerar las correspondientes jerarquías que inculcan obligatoriedad de aplicación a unas leyes respecto de otras. Tal es el caso de la Convención Internacional de Derechos del Niño (CIDN) que forma parte del corpus de nuestra Constitución Nacional y que en el ámbito de la Capital se corresponde en la ley 114 (ver *Tablas 1 y 2*).

En un cuadro posterior se observará la situación actual al respecto en las distintas provincias, en algunas de las cuales aún no han logrado adecuar sus legislaciones locales a los principios emanados de la CIDN (ver *Tabla 3*).

PRESENTACIÓN DE SITUACIONES PROBLEMÁTICAS EN LA CONCURRENCIA HOSPITALARIA DE DOS ADOLESCENTES

1. Relato de la situación de G.M.

El niño G.M. de 16 años de edad estaba en situación de calle pero volvía a su hogar por la noche. Concurrió en distintos momentos a una unidad sanitaria por diferentes consultas. Nacido en la provincia de Buenos Aires en enero de 1987, poseía documento de identidad; estaba a cargo de su madre. El padre del niño era alcohólico y estaba excluido del hogar por vía judicial desde 1999. G.M. tenía primario incompleto hasta cuarto grado. Concurría con otros chicos a un centro cultural de la localidad de William Morris y transitaba la línea del Ferrocarril San Martín durante el día. Por la noche permanecía en su casa o la de sus compañeros –en general– también niños/adolescentes en situación de calle.

El primer contacto con el equipo de salud se estableció a través del centro cultural en enero del 2001. Inhalaba pegamento desde los 10 años de edad. Realizó una primera consulta con el equipo interdisciplinario, acompañado por su madre, por dificultades en la marcha. Ante la sospecha de una polineuropatía se realizaron comunicaciones e interconsultas con los servicios de Neurología y Toxicología del Hospital de referencia, pero no se pudo establecer un diagnóstico por la negativa de G.M. a la realización de estudios complementarios cruentos (electromiograma). G.M. se presentó en dos oportunidades más en el Centro de Salud por traumatismos y heridas cortantes, impartidas por su hermano mayor.

En febrero del 2002 se presentó en la unidad sanitaria por presentar una herida de bala en muslo izquierdo. Comentó que quiso guardar un arma que le habían prestado y al ponerla en el bolsillo ésta se disparó, impactando primero en el piso y luego en su muslo. Fue evaluado en la unidad sanitaria, donde se constató que G.M. se hallaba compensado hemodinámicamente, pero el médico interviniente decidió que debía ser derivado a un nivel sanitario de mayor complejidad, ante la eventual necesidad de intervención quirúrgica. Fue acompañado por una integrante del equipo de salud (Trabajo

Social) hasta el hospital de referencia.

Una vez en la guardia del hospital de referencia, el médico actuante le expresó a

G.M. que debía dar intervención policial, debido a las características del caso. Es así como G.M. decidió retirarse de ese servicio.

TABLA 1. Situaciones posibles de la práctica médica en la Ciudad de Buenos Aires

SITUACIONES	INSTANCIA MÉDICA	INSTANCIA LEGAL	INSTANCIA SOCIAL ¹	ACCESO AL DERECHO
Niño solo sin adulto responsable	Deber de asistencia, prestación de salud.	No implica la participación de nadie (Ley 114, CIDN ²).	Indagar sobre existencia de relaciones familiares y posibles referentes positivos (personas o instituciones).	Evaluar la mejor forma para garantizar el derecho.
Niño indocumentado	Deber de asistencia, prestación de salud.	Ley 114.	Conocimiento de los trámites, información de los pasos a seguir para obtener la documentación. Acompañamiento. ³	Iniciar el trámite de documentación o reconocimiento.
Extranjero	Deber de asistencia, prestación de salud.	No implica otro tipo de participación (ley 114, ley 453, CIDN ² , C.N. ⁴).	Información sobre los trámites de documentación, acompañamiento y derivación a los organismos pertinentes. ⁸	Garantizar el acceso a la mejor prestación de la salud.
Baleado⁹	Deber de asistencia, prestación de salud antes de tramitación judicial.	Asesoramiento guardia CDNNy A. ^{10,11}	Situación personal, contacto con el organismo de la zona para su defensa.	Garantizar prestación de salud como primer paso insalvable.
Cuadro infeccioso¹²	Deber de asistencia, prestación de salud.	No implica problemas legales (ley 114, CIDN ²).	Verificar la situación personal para evaluar si está en condiciones de una atención ambulatoria.	Acceso a la prestación de salud. Puede ir al CAT ¹⁰ mientras dure el tratamiento.
Parturienta adolescente	Deber de asistencia, prestación de salud.	Asesoramiento guardia CDNN y A. ¹⁰	Evaluar si tiene otros derechos vulnerados por la situación de pobreza. Garantizar el acceso a la identidad del recién nacido inscribiendo al niño/a en el Registro Civil del hospital. ¹¹	Puede retirarse con su hijo, y ser derivada a la defensoría zonal para garantizar el resto de sus derechos, en caso de ser necesario.

1. Si la situación personal del paciente implica una internación para garantizar el acceso a la salud, no corresponde que esta internación se denomine social porque ella es inherente a la propia práctica médica, que debe garantizar el acceso del derecho a la salud.
2. Convención Internacional sobre los Derechos del Niño.
3. Registro civil del hospital, asesoramiento, conexión con Defensoría zonal de niños en caso de trámite judicial.
4. Constitución Nacional.
5. Organismos que realizan documentación de extranjeros, Dirección de Derechos Humanos, Defensoría zonal de niños.
6. Es la situación planteada con G.M.
7. Consejo de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
8. El deber de asistencia y atención de la salud, así como el deber de guardar el secreto profesional entre médico y paciente tiene tal entidad constitucional que se coloca jerárquicamente en un nivel superior (Constitución Nacional) ante el cual cede la obligación legal (Código Penal) que tiene el personal anoticiado de un delito en ocasión de ejercer un empleo público.
9. Es la situación planteada para E.R.
10. Centro de Atención Transitoria.
11. Esta intervención garantiza el derecho a la identidad de los niños/as, mediante el acceso al primer DNI gratuito actuando el Estado mediante el profesional del equipo de salud como garantizador de la efectividad del derecho.

TABLA 2. Temas de interés: su inclusión en la legislación nacional y local

TEMÁTICAS	CIDN* – NACIONAL	CIUDAD DE BUENOS AIRES	PROVINCIA DE BUENOS AIRES
Derecho a la salud	Artículo 24. “Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios”.	Constitución de la Ciudad. Artículo 20. Se garantiza el derecho a la salud integral que está directamente vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente... Artículo 21. La Legislatura debe sancionar una Ley Básica de Salud, conforme a los siguientes lineamientos: ... Artículo 22. La Ciudad ejerce su función indelegable de autoridad sanitaria... Ley 114 Artículo 22° - Derecho a la Salud. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud. Debe asegurarse su acceso gratuito, universal e igualitario, sobre la base de la solidaridad. Artículo 23°. Protección de la salud. A los efectos de garantizar el disfrute del nivel más alto de salud el Gobierno debe adoptar medidas para... Artículo 24°. Atención perinatal. Los establecimientos públicos y privados que realicen atención del embarazo, del parto y del recién nacido, están obligados a... Ley 153 Básica de Salud Ley 448 de Salud Mental. Ley 418 de Salud Reproductiva.	Artículo 36, inc. 8 Constitución provincial <i>La Provincia garantiza a todos sus habitantes el acceso a la salud en los aspectos preventivos, asistenciales y terapéuticos; sostiene el hospital público y gratuito en general, con las funciones de asistencia sanitaria, investigación y formación, promueve la educación para la salud; la rehabilitación de las personas tóxico-dependientes...”</i>
Consentimiento informado	Artículo 19 de la Constitución Nacional. Artículo 12. “Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño”; ley 17132 art. 19 inc. 3 “Respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse, salvo los casos de inconsciencia, alienación mental, lesionados graves por causas de accidentes, tentativas de suicidios o de delitos”.	Ley 114 Artículo 17°. Derecho a ser oído. Los niños, niñas y adolescentes, tienen derecho a ser oídos en cualquier ámbito cuando se trate de sus intereses o al encontrarse involucrados personalmente en cuestiones o procedimientos relativos a sus derechos. Artículo 19°. Derecho a ser respetado. El respeto a las niñas, niños y adolescentes consiste en brindarles comprensión, en otorgarles la oportunidad al despliegue de sus actividades, al desarrollo de sus potencialidades, al goce y ejercicio de sus derechos y al protagonismo activo inherente a las prácticas ciudadanas acordes con su edad.	Artículo 65. Dto. Ley 10067
Secreto profesional	Código Penal artículos 156 y 157. Sanciones penales para el profesional que viola el secreto.	Artículo 4°: Derechos fundamentales. Artículo 10: Derecho a la vida, derecho a la libertad, dignidad, identidad y respeto.	
Deber de asistencia	Código Penal artículos 106, 107, 108. Obligación de prestar asistencia, en caso de no hacerlo se configura un delito con sanciones establecidas en el Código Penal.	Artículo 5°. Remoción de obstáculos. Artículo 8°. Garantía de prioridad. Los/las niños, niñas y adolescentes tienen prioridad en la: a) protección y auxilio cualquiera sea la circunstancia; b) atención en los servicios públicos.	Dto. Ley 10.067, artículos 4 y 10.
Interés superior del niño	Artículo 3. <i>“En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño”.</i>	Artículo 2°. Interés superior. A todos los efectos emergentes de la presente ley, se entiende por interés superior de niños, niñas y adolescentes, el sistema integral que conforman todos y cada uno de los derechos a ellos reconocidos y los que en el futuro pudieran reconocerseles. Artículo 3°. Aplicación e interpretación. En la aplicación e interpretación de la presente ley, de las demás normas y en todas las medidas que tomen o en las que intervengan instituciones públicas o privadas, así como los órganos legislativos, judiciales o administrativos es de consideración primordial el interés de niños, niñas y adolescentes.	

CIDN: Convención Internacional de los Derechos del Niño.

Ante esta nueva situación, la integrante del equipo de salud se contactó con la letrada de la Defensoría del Menor para realizar una articulación jurídica que viabilizara la atención sanitaria de G.M. La abogada contactó a la madre con el Juzgado de Morón –Tribunal de Menores– para que el Juez dispusiera su atención sanitaria. Se realizó visita domiciliaria a G.M. para informarle

los pasos a seguir respecto de su salud. En la tarde de ese mismo día se presentó en la unidad sanitaria para relatar que en el Tribunal no le entregaron el oficio y que al llegar a su domicilio se encontró con una unidad móvil de la policía bonaerense, quien tenía la orden de llevar a G.M. al cuerpo médico forense. Mientras tanto, se mantuvo contacto telefónico con la abogada, quien informó

TABLA 3. Leyes sobre los derechos de los menores vigentes en diferentes regiones de la República Argentina

PROVINCIAS	LEYES	APLICACIÓN DE LA CIDN*
CIUDAD DE BUENOS AIRES	Ley 114 de Protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes.	Sí
BUENOS AIRES	Dto. Ley de Patronato de Menores 10.067. Ley de Protección integral de la infancia y adolescencia 12.607 (suspendida).	No Sí
CATAMARCA	Ley Nacional 14.394, Código Civil.	No
CÓRDOBA	Ley 8.498 Procedimientos Correccional de Menores. Ley 4873 Estatuto de la Minoridad.	No
CORRIENTES	Ley 2.728 Código de Defensa del Menor y régimen de faltas.	No
CHACO	Ley 3.432 Estatuto jurídico del Menor. 1988.	No
CHUBUT	Ley 4.920 Ministerio Público. Ley 3155 Código Procesal Penal. Ley 159 Creación del Consejo Provincial del Menor.	No
ENTRE RÍOS	Ley 8.490 Estatuto de los menores.	No
FORMOSA	Ley 966 Juzgados de Menores y Familia. Código Civil. Ley 10.965. Ley 1359 Código de Faltas.	No
JUJUY	Ley 5.288 Protección Integral de la Niñez, Adolescencia y Familia.	Sí
LA PAMPA	Ley 1.270 Régimen de protección a la minoridad. Ley 1343 Normas de Protección a la Minoridad. Ley 923 Tutela.	No
LA RIOJA	Ley 5.825 Ministerio Público. Código Civil. Ley 5474 Tribunales de Menores.	No
MENDOZA	Ley del Niño y el Adolescente 6.354.	Sí
MISIONES	Ley 526 Prestación servicios sociales de protección del menor. Ley 2677 Código Procesal Penal. Código Civil Ley 10.903, 14.394.	No
NEUQUÉN	Ley de protección integral de niños y adolescentes 2.302.	Sí
RÍO NEGRO	Ley 3.097 de Protección Integral y Promoción de los derechos del niño y del adolescente. Ley 2.458 Adhesión a Ley Nacional 23.849.	Sí
SALTA	Ley de protección de la niñez y la adolescencia 7.039.	Sí
SAN JUAN	Ley 6.259 Consejo provincial de la mujer y la familia.	No
SAN LUIS	Ley 10.903. Ley 4.996 Creación Juzgados de Familia y Menores.	No
SANTA CRUZ	Ley 10.903 y 22.278. Ley 2.598 Pacto por la Niñez.	No Sí
SANTA FE	Ley 11.452 Código Procesal del Menor.	No
SANTIAGO DEL ESTERO	Ley 737 Código Procesal Criminal y Correccional. Ley 3.752 Organización de Tribunales.	No
TIERRA DEL FUEGO	Ley de Protección Integral de los derechos de los niños, niñas, adolescentes y sus familias.	Sí
TUCUMÁN	Código Civil (ley 14394).	No

CIDN: Convención Internacional de los Derchos del Niño.

que debido a la entrevista con la madre de G.M. y al observar que ésta refirió no poder hacerse cargo de la situación de su hijo, se dio intervención por vía judicial para ejecutar una medida de protección de la salud de G.M. (no existían judicializaciones previas).

2. Relato de la situación de E.R.

La niña E.R., de 15 años de edad, concurrió a un centro de día de la ciudad de Buenos Aires desde principios de 2002 en forma esporádica. Su familia de origen vivía en una villa de Capital, aunque la niña nunca quiso aportar el domicilio exacto. La familia estaba compuesta por la madre, padre fallecido en una riña familiar, padrastro y tres hermanos mayores que ella (21, 18 y 16 años, respectivamente). Había asistido a una escuela del conurbano bonaerense, aunque en ese entonces no leía ni escribía. Deambulaba en las zonas de Retiro y Constitución desde 1997 (5 años atrás). Hasta entonces no había asistido a ningún tipo de institución convivencial o terapéutica.

En el centro de día cubría apenas sus necesidades básicas, no aceptaba incorporarse a talleres ni actividades lúdicas o recreativas y decía “estar acostumbrada” a la calle, sin aceptar modificaciones de su cotidianeidad.

En el mes de agosto, durante un control ginecológico -al cual fue acompañada por personal del centro de día- debido a sus manifestaciones, se le detectó un embarazo de 11 semanas de gestación y al realizársele la primera ecografía se le diagnosticó “muerte fetal”. Se le practicó un legrado en el Servicio de Guardia de un hospital público. Luego de 24 horas fue dada de alta (sin antibióticos y con una receta que indicaba un coagulante).

Seis días después, la niña presentó fuertes dolores abdominales y fue acompañada por profesionales de la institución mencionada a la Guardia del mismo hospital, indicándosele un analgésico luego de realizarle otra ecografía.

A la semana -acompañada por personal de un hogar religioso- fue internada en el hospital mencionado por presentar “infección uterina”: primero en la Guardia y posteriormente en el Servicio de Ginecología.

A través de un hermano de E.R. la madre tuvo conocimiento de la internación. Sin

embargo, no se hizo presente en ningún momento en el hospital ni en el centro de día.

Debido a su situación de calle, se consideró conveniente mantener la internación “por causas sociales”, ya que le sería imposible finalizar el tratamiento antibiótico en forma ambulatoria. Durante su internación fue visitada y sostenida por profesionales del centro de día, pero a los 4 días, E.R. manifestaba constantes deseos de irse del hospital y a pesar de todos los intentos que se efectuaron para persuadirla, se retiró del mismo.

Al día siguiente, una médica del Servicio de Ginecología se comunicó telefónicamente con el centro de día, señalando la urgente necesidad de dar aviso al Tribunal de Menores acerca de la “fuga” de E.R., ya que “la comisaría así se lo había sugerido”.

Se le indicó a la profesional que la niña no tenía motivos para ser judicializada y la conveniencia de dar aviso a la Guardia del Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes del Gobierno de la Ciudad, con la finalidad de tranquilizar a los profesionales hospitalarios. Esta Guardia de abogados refirió haber recibido una consulta previa del caso por parte del Hospital (posiblemente por parte de otra guardia médica), comprometiéndose esta Guardia del Consejo a “continuar con las estrategias correspondientes a la legislación vigente en el ámbito de la ciudad de Buenos Aires”.

En los registros de la guardia constaba una consulta el día 25 de setiembre por la fuga de E.R., realizada por la trabajadora social del Hospital, señalando que la paciente había llegado de manera espontánea por guardia, presentando una infección por aborto incompleto y notificando como domicilio propio el del Hogar religioso. Las constancias del registro referían que la guardia se comunicó con el centro de día a los efectos de solicitar, en la medida de lo posible, un contacto con la joven con el fin de concluir el tratamiento y poder establecer una estrategia adecuada a esta paciente en particular. Así termina el registro.

A partir de ese momento no fue posible ubicar a E.R. en los sitios donde deambulaba habitualmente. No concurrió a las instituciones intervinientes, ni pudo identificarla gente que operaba en calle. Tampoco fue posible convocar a ningún miembro de su familia.

E.R. -sin embargo- se comunicaba

telefónicamente de manera constante con su última pareja, quien se hallaba detenido en un instituto de menores.

Meses después, fue detenida en la calle por “provocar disturbios en la vía pública” con un grupo de adolescentes y ella también fue internada en un instituto de menores. Hasta ese momento carecía de causa judicial. De allí fue derivada a una comunidad terapéutica, de donde se fue a los pocos días y en la actualidad continúa en forma interrumpida en la calle, concurriendo al CAINA muy eventualmente y sin aceptar ninguna estrategia diferente a la vida callejera.

ANÁLISIS JURÍDICO DE LAS SITUACIONES PLANTEADAS

Abogada Mirta F. Bokser

Conceptualmente, en el campo de la legitimidad legal y de la legalidad legítima, la escuela, el tribunal judicial, el centro cultural, el hospital, la unidad sanitaria integran el “recorrido institucional” y son hitos en el relato que describe la historia de la situación problemática de quien se trate.

Tanto G.M. como E.R., de 16 y 15 años de edad –respectivamente– son adolescentes, según ciertos campos discursivos “disciplinarios”; son niño y niña sujetos de derechos, tridimensionalmente hablando en cuanto a titularidad/disfrute, ejercicio/exigibilidad, según la CIDN y son personas “menores adultos” con incapacidad de hecho relativa, según el Código Civil Argentino (artículo 55 y concordantes).

Recordemos que este código es una ley inferior a la mencionada Convención, que es “supralegal” porque se encuentra incorporada a la Constitución Nacional Argentina, con su “igual rango jerárquico” de “Ley Suprema de la Nación” (artículos 31 y 75, incisos 22 y 23).

Recordemos que, de acuerdo con la Constitución Nacional Argentina, “está todo permitido, salvo lo que está prohibido” (artículo 19 de la Constitución Nacional Argentina).

Recordemos que niños y niñas tienen –entre otros derechos– el de recibir “en consonancia con la evolución de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para ejercer los derechos reconocidos en la presente Convención” (artículo 5 de la CIDN).

Recordemos que la nomenclatura de los Derechos Humanos es inconclusa; es y está abierta.

Si tenemos en cuenta que hemos partido del relato de una historia que da cuenta de una situación problemática de alta o altísima complejidad, pensar y elaborar un ítem metodológico importa traer a colación las características, los circuitos, los obstáculos, las fortalezas de los movimientos de las prácticas que se han llevado y que se vienen llevando a cabo, con las piezas del “rompecabezas” que jurídicamente nos convoca en términos de legitimidad legal y de legalidad legítima.

Consideraciones/reflexiones a las que dan motivo las singularidades de G.M. y E.R.

Situación problemática que involucra a G.M.

Aunque van ensamblándose a modo de facetas y aristas de trabajo, respecto de una misma historia vital, consideraré en estos apuntes sólo tres cuestiones troncales.

Ubicaremos el primero de esos ejes troncales en la cuestión familiar, las configuraciones vinculares, las relaciones familiares de G.M., es decir, sus soportes vitales.

¿Cuál es la situación actual, a partir de la cual “se interviene por vía judicial para ejecutar una medida de protección de la salud de G.M.”?

¿Qué produjo la práctica tribunalicia en términos de protección de la salud?

¿De quién o de quiénes hablamos cuando decimos “integrante del equipo de salud”? ¿Quiénes integran un “equipo de salud”? ¿Cuál es, en salud, la lógica, la dinámica del funcionamiento de un equipo, sobre todo a la hora de “proteger derechos de niños, niñas y adolescentes”? ¿Cuál es la articulación intrainstitucional (en este caso “hospitalaria”), entre una trabajadora social que acompaña a G.M. hasta el hospital de referencia y el “médico actuante” que –desde la guardia del hospital– “le expresa a G.M. que debe dar intervención policial”?

Cuando se trata del derecho a la “salud”, entre otros derechos humanos, los intereses públicos en juego motivan e integran el ámbito de las políticas- programas sociales (“las incumbencias” de medidas sociales, prácticas de salud–entre otras–).

Recordemos que esas políticas –esos pro-

gramas sociales– son los recursos disponibles o a disposición de las personas para que ellas ejerzan sus derechos.

¿Cuáles son los “arreglos institucionales” que se motorizan en –y desde– el sector salud, para producir “los arreglos”, las transformaciones, con miras a la implementación de “prácticas saludables” en términos de legitimidad legal y de legalidad legítima?

¿Cómo operan en la preservación y el resguardo de la salud de G.M., las dilaciones que producen la intervención policial y la intervención judicial, en la intervención quirúrgica que requeriría el paciente?

Recordemos que las dilaciones en la administración de justicia, producen y reproducen injusticias.

“Una vez en la guardia del hospital de referencia, el médico actuante le expresó a G.M. que debe dar intervención policial... Frente a esta nueva circunstancia, G.M. decidió retirarse de ese servicio”.

Tal vez en el marco de esta propuesta, corresponde que nos detengamos en la palabra “debe”. Así: “Cuanto mayor sea el deber de actuar con prudencia y pleno conocimiento de las cosas, mayor será la obligación que resulte de las consecuencias posibles de los hechos” (artículo 902 Código Civil Argentino).

“El ejercicio regular de un derecho propio o el incumplimiento de una obligación legal no puede constituir como ilícito ningún acto. La ley no ampara el ejercicio abusivo de los derechos. Se considerará tal al que contrarie los fines que aquélla tuvo en mira al reconocerlos o al que exceda los límites impuestos por la buena fe, la moral y las buenas costumbres” (artículo 1071 Código Civil Argentino).

Situación problemática que involucra a E.R.

Algunas preguntas y reflexiones que me despierta este material coinciden con las formulaciones y expresiones que he vertido al tratar la situación de G.M.

De todos modos, en esta situación problemática, son otros los ejes que elegiré para el análisis:

Dice la presentación del material: “situación de calle... en el centro de día cubre apenas sus necesidades básicas, no acepta incorporarse a talleres ni actividades lúdicas o recreativas y decía estar acostumbrada a la

calle, sin aceptar modificaciones de su cotidianeidad”.

¿De qué se habla aquí al decir “necesidades básicas”?

¿Cuál es la significación que se da a los dichos de E.R., cuando sólo se transcribe que ella “decía estar acostumbrada a la calle”?

Si “ningún miembro de su familia pudo ser convocado” (ver ítem “seguimiento”) ¿cómo, cuándo, quién rastreó la posible identificación/convocatoria de miembro alguno de las relaciones familiares de E.R.?

La idea es que pensemos como en el trazado de un mapa, en el tejido de una trama, con hilos y con fronteras que puedan significar referentes familiares presentes/positivos/afirmativos/afectivos en términos de hitos itinerantes en la construcción de la subjetividad.

Esa idea incorporaría la viabilidad de que puedan “abolirse las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños” (artículo 24, inciso 3º, CIDN).

Con un mapa de distintos espacios (o un “rompecabezas” con una multiplicidad de “piezas”), conocidos por E.R. y en proceso de que logre apropiárselos, ella vería posible la finalización de su tratamiento antibiótico en forma ambulatoria... y sería –tal vez– impensable la consideración de la conveniencia de mantener una internación por “causas sociales”.

Un segundo eje está ubicado en las conexiones interinstitucionales que hoy están instaladas (al parecer, sin miras de ser revisadas).

Aquí, en esta situación de E.R., el Servicio de Ginecología recibe una “sugerencia” de la comisaría y (pre)dispuesto a obedecer esa “sugerencia”, se comunica telefónicamente con el Centro de Día para señalar la urgente necesidad de dar aviso al Tribunal de Menores, ante la “fuga” de E.R.

¿Cómo son las comunicaciones entre la médica del Servicio de Ginecología, los médicos de la Guardia del Hospital, las personas que se desempeñan en el Centro de Día y las personas que conforman la Guardia del Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes?

¿Cuál es la finalidad de dar aviso a la Guardia de ese Consejo? ¿Tranquilizar a los profesionales hospitalarios? ¿Evitar y postergar con ese aviso “que la niña sea

judicializada" o procurar que E.R. complete su tratamiento antibiótico?

El tercer eje, vuelve a interpelarnos desde la vinculación del sujeto, aquí E.R., y las prácticas legales-legítimas (u otras).

Así, "en la actualidad (E.R.) continúa sin aceptar ninguna estrategia diferente a la vida callejera."

¿Cuál es la lectura, el análisis y las consecuencias de tal "no-aceptación" de E.R.?

¿Qué sucedería si E.R. "aceptara"? ¿Participa E.R. de los asuntos que la afectan? ¿E.R. quiere-desea-puede hacer "algo"?

En ese sentido, una de las claves o pistas está dada por la consideración de que "continuar con las estrategias correspondientes a la legislación vigente en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires", no es sólo compromiso de la Guardia del Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de esa ciudad. Ese denominado "compromiso" integra "una corresponsabilidad" del conjunto y de cada uno de los actores sociales implicados en la situación que aquí involucra a E.R.

Si E.R. "no concurrió a las instituciones intervinientes", tal actitud es un desafío y una interpelación -insoslayables- para esas instituciones.

Este "modelo", este statu-quo de relaciones intersubjetivas e interacciones (o pretendidas discursivamente como tales) insiste y persevera -hablando desde una perspectiva ética, legal, política e impunemente- en profundizar sistemáticas amenazas o violaciones de derechos civiles, sociales, políticos, culturales, económicos, productoras y reproductoras de flagrantes injusticias.

De una vasta y franca gama de genocidios.

Este "modelo", este statu-quo del "Estado" -hablando desde una perspectiva ética, legal, política e impunemente- en sus áreas gubernamentales (con responsabilidad indelegable) y en sus áreas no gubernamentales, omite generar las condiciones que puedan liberar/emancipar a los seres humanos del temor y la miseria.

Ubico y planteo aquí una bisagra. Y la ubico y planteo aquí, cuando leo a la vez que "la integrante del equipo de salud, se contacta con la letrada de la Defensoría del Menor, para realizar una articulación jurídica que viabilice la atención sanitaria de G.M."

Claro que la "atención sanitaria", enten-

didada como respuesta favorable, como connotación y denotación de la responsabilidad que el derecho a la salud demanda, implica, significa y tiene por consecuencias una "administración directa de justicia" por la práctica en sí.

Claro que las representaciones sociales y las prácticas sociales predominantes, esperan la llegada de la aparición de la "norma legal coactiva" (legislativa general o judicial particular), omitiendo comenzar la operativización del campo de la legitimidad legal y de la legalidad legítima, por cualesquiera de sus puntos de inicio, por cualesquiera de sus principios.

Claro que "hecha la ley, hecha la trampa".

PEDIATRAS: SUS INTERROGANTES FRENTE A LA PRÁCTICA

Atención de G.M.

Médico 1: -Ayer vino un chico baleado y se dio a la fuga, ¡qué macana! Me quedé muy preocupado.

Médico 2: -Pero ¿cómo fue que se escapó?

Médico 1: -Y... el chico llegó, lo estaba empezando a examinar y le comenté a la trabajadora social que lo acompañaba que teníamos que dar aviso a la policía... En cuanto el chico escuchó esto, se levantó y se fue.

Médico 2: -Pero ¿por qué primero no lo atendiste?

Médico 1: -Y bueno... venía baleado, había que avisar a la policía; si no, te metés en flor de lío...

Médico 2: -No, no... Creo que estás equivocado. Nuestra primera obligación como médicos me parece que es atenderlo. El resto puede esperar.

Atención de E.R.

Médico (reflexión): "Después de haber hablado con la Guardia del Consejo de Derechos, me quedé pensando en lo complicado que fue el caso de esta chica... Porque la Guardia me dijo que ya había pasado otras veces por el Hospital ¿Qué ocurrió? Parecería que cada vez que vino se la atendió puntualmente por el motivo de consulta. Posiblemente, si estuviéramos más comunicados entre nosotros, el resultado hubiera sido otro. En cambio, nos comunicamos con la comisaría, que me señaló la urgente necesidad de dar aviso al Tribunal de Menores

por su fuga... Sin embargo, la Guardia del Consejo me dijo que no era necesario. La trabajadora social, por otro lado, me hizo ver la escasa articulación que hubo entre las distintas prácticas realizadas. Si lo pienso un poco más, la atención médica bien realizada garantiza la puesta en práctica del derecho a la salud. Y cuando el Hospital actúa como facilitador de un buen vínculo, particularmente de esta joven que vive en la calle, quizás se hubieran podido presentar otras alternativas, como por ejemplo, la posibilidad de aprender a cuidarse en relación con futuras gestaciones..." ■

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Bokser MF. Atributos y derechos de niños y jóvenes. Aporte jurídico en salud. Buenos Aires: Lumen, 1996.
- Bokser MF. Legalidades ilegítimas. Derechos humanos y prácticas sociales. Buenos Aires: Colihue, 1996.
- Cillero Bruñol M. El interés superior del niño en el marco de la CIDN. Publicado en: Infancia, ley y democracia en América Latina. Compiladores: Emilio García Méndez y Mary Beloff. Edit. Temis-Depalma, 1998.
- Constitución Nacional Argentina, Paraná 1994.
- Código Civil de la República Argentina.
- Convención Internacional de los Derechos del Niño. Ley 23.849, 1990.
- Constitución de la Ciudad de Buenos Aires (art. 20, 21 y 22). 1996.
- Constitución de la Provincia de Buenos Aires.
- Grupo de trabajo "Niños en la calle". Modalidades de abordaje médico a chicos de la calle en los hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires. Arch.argent.pediatr 1999; 97(4):241-248.
- Riterman F. El derecho a la salud, a la vida, a la identidad. Arch.argent.pediatr 2000; 98: 199-200.
- Riterman F. Marginalidad y salud. Legalidad psíquica y legalidad jurídica. Arch.argent.pediatr 2001; 99(5):385-480.
- Grupo de trabajo "Niños en la calle": La atención en salud de un niño o niña en situación de calle: un constante desafío. Arch.argent.pediatr 2002; 100(5):353-432.