

La atención en salud de un niño o niña en situación de calle: un constante desafío

Trab. Soc. Florencia Altamirano*, Dres. Judit Arcusín*, José Pasamonik* y
Mónica Waisman*, Abog. Noris Pignata*, Lics. Julieta Pojomovsky* y Frida Riterman*

Palabras clave: niños y niñas en situación de calle, atención integral de la salud, atención hospitalaria de niños/niñas solos, vínculo confiable.

Key words: homeless children, comprehensive health care, lonely children hospital care, trustful relationship.

INTRODUCCIÓN

La atención en salud de un niño o niña en situación de calle plantea numerosos desafíos a los cuales no estamos habituados, lo que torna más compleja la tarea médica y compromete sustancialmente la obtención de resultados medianamente efectivos.

En tal sentido, el presente análisis intenta abordar:

- Las principales características de estos pacientes como usuarios del sistema de salud.
- Los obstáculos que se presentan desde el propio sistema y equipo de salud para garantizar un adecuado acceso a la salud de estos niños.
- Las posibles alternativas existentes para el abordaje de las múltiples problemáticas que estos niños plantean.
- Los motivos de consulta más frecuentes y algunas de las particularidades que asume su atención médica.

ALGUNOS ASPECTOS MÉDICOS, PSICOSOCIALES Y LEGALES

Como primer acercamiento, podemos señalar que los niños y adolescentes en situación de calle no son los pacientes tradicionalmente conocidos en los ámbitos académicos y asistenciales de salud.

Una diferencia sustancial reside en que esta población generalmente concurre a la atención médica sin un familiar o adulto responsable que los acompañe. En algunas ocasiones, lo hacen con un adulto al que conocieron en forma circunstancial o con un referente u operador social perteneciente a alguna instancia institucional. En otras oportu-

nidades, es la policía quien los acerca al centro asistencial, principalmente cuando se trata de hechos delictivos, accidentes, sobredosis, abandono, violencia o lesiones de orígenes diversos.

Como otros pacientes en condiciones de extrema vulnerabilidad social, los niños y adolescentes en situación de calle no suelen poseer documentación que acredite su identidad.

Las dos situaciones mencionadas derivan muchas veces en obstáculos que dificultan y, en algunos casos, hasta llegan a impedir su atención en salud.

Otro aspecto relevante es el referido a las dificultades que se presentan al momento de realizar una "anamnesis completa", para obtener la información útil para su atención.

Este obstáculo –en términos generales– produce en los profesionales sensaciones contradictorias, tanto de desconcierto, compasión, enternecimiento, como de rechazo, aprensión y temor, las cuales condicionan y entorpecen la práctica médica.

Se trata generalmente de niños que desconocen sus antecedentes heredofamiliares y personales, ya que es frecuente la desvinculación temporaria o permanente de sus familias de origen.

Estos pacientes, muchas veces, están imposibilitados de brindar respuestas al interrogante sobre "antecedentes de enfermedad actual". Por lo tanto, resulta útil estar alerta a todo tipo de signos (cicatrices, canalizaciones en codos e ingles) que puedan dar cuenta de la existencia de cuadros retrospectivos de desnutrición, deshidratación e infecciones.

Estos niños concurren a la consulta urgidos por el síntoma, el dolor agudo y en términos generales, por cualquier situación de urgencia, buscando una respuesta inmediata.

No siempre conocen su edad y frecuente-

* Grupo de Trabajo de Niños de la Calle. Sociedad Argentina de Pediatría.

mente la adecuan conforme a las circunstancias y lugares en donde se la requieren y según sean los beneficios que puedan obtener o los inconvenientes que puedan evitar (por ejemplo, los de índole judicial y policial). No obstante, suelen parecer menores en relación con su edad cronológica.

Una alimentación deficiente a través del tiempo, condiciones de extrema pobreza y, en algunos casos, factores de orden genético, ocasionan que estos niños presenten frecuentemente una talla más baja que la esperable como promedio para su edad.

En cuanto a los caracteres sexuales secundarios, suelen alcanzar un desarrollo madurativo a edades que superan a la media. Todos los aspectos de su sexualidad se manifiestan en forma exacerbada, y la iniciación sexual es más temprana, tanto en varones como en mujeres.

Es frecuente observar que los hábitos de higiene de estos niños no coinciden con los parámetros habituales, ya que, en la mayoría de los casos, la vida en la calle resulta incompatible con su mantenimiento. Suelen presentarse a la consulta con sus ropas sucias, en mal estado, con olor penetrante (generalmente proveniente de micosis crónicas, ya que no se producen descansos diarios en el uso de calzado ni cambios periódicos de ropa).

Esta situación puede causar, en algunos profesionales, actitudes de rechazo, que comprometen una atención adecuada en todos los planos.

Estos pacientes demandan ser asistidos en forma inmediata, perentoria, siendo éste el modo habitual de relacionarse en todos los ámbitos de su vida. Así, inmediatez, urgencia, compulsividad e incapacidad de espera, constituyen características comunes a tener en cuenta en el momento de programar turnos, realizar estudios y planificar futuras acciones preventivas con estos pacientes. En este aspecto, los requerimientos burocráticos y administrativos, las largas esperas, la demora en las prácticas y las dificultades del acceso a medicamentos u otros insumos, desalientan la demanda de atención. Frente a este panorama, el niño en situación de calle suele retirarse del hospital o centro asistencial, en algunos casos sin ser atendido y en otros, sin completar la atención.

A diferencia de los niños insertos en ámbitos familiares, los que se encuentran en situación de calle organizan su cotidianeidad en horarios vespertinos y nocturnos. La vida en la calle

impone la necesidad de estar en alerta permanente y a la defensiva.

Por lo tanto, su rutina genera que sus demandas en salud se presenten por lo general a partir del mediodía. Cabe destacar, que cualquier intento de organizar un servicio que pretenda brindar respuestas eficaces a la problemática de salud de esta población, no debe dejar de contemplar esta particularidad.

La conmoción que genera en el equipo de salud la situación de abandono y múltiples carencias de estos niños, implica la búsqueda de instancias de protección, no siempre capaces de dar una respuesta acorde con la problemática social planteada, como es el caso de la intervención judicial o policial.

El pediatra se ve exigido a tomar una distancia operativa que facilite no sólo la atención del motivo de consulta, sino también la construcción de un vínculo confiable con su paciente, que dé lugar a una atención médica integral que utilice los recursos que su hospital ofrece.

Se deposita erróneamente en la Justicia, la esperanza de que a través de su actuación, se auxilie y proteja a ese niño en situación de desamparo, desconociendo las repercusiones que tal intervención pueden producir en la vida futura del niño.

Este procedimiento, que se inicia con la derivación a una cárcel infanto-juvenil (instituciones de minoridad), se transforma muy rápidamente en un perverso e irreversible circuito de "detención-fuga-vuelta a la calle".

De esta manera, el niño percibe al hospital como un centro de detención carcelaria, al instalársele en el imaginario la relación "hospital-internación-detención".

En el intento de revertir algunas de estas situaciones, es que los equipos de salud que asisten a estos pacientes deberían estar conformados por distintas disciplinas, mediante la articulación de su accionar dentro del ámbito hospitalario y fuera de él en una "red de atención" capaz de interactuar dinámicamente, a fin de proyectar una respuesta integral a la problemática de estos pacientes.

Esto no implica sólo contar con cierta sensibilidad para abordar esta población, sino que resulta imprescindible conocer sus características, los recursos asistenciales e institucionales disponibles, así como la legislación vigente desde la perspectiva de los derechos de la infancia; todo ello, con el propósito de ir generando prácticas cada vez más innovadoras y

transformadoras de esta realidad social, en tanto se opere sobre las consecuencias y no sobre las causas generadoras de esta situación.

En el marco de la consulta –sea ésta en consultorio externo o en emergencia– se debería tender como objetivo inmediato a la satisfacción de la demanda planteada por el niño.

Resuelta ésta, sería deseable ir logrando un vínculo de confianza con el paciente, instancia indispensable para el abordaje de la atención integral antes mencionada.

Tener en cuenta la importancia de establecer un vínculo de confianza, posibilita al niño que su tránsito por el hospital recree la situación de vivir un sufrimiento físico acompañado por un adulto, que le enseña que no basta cancelar el dolor sino llegar hasta el momento de la curación.

Este proceso se realiza sólo con la contención de un adulto que acompañe al niño en su recorrido hospitalario, removiendo los obstáculos que se presenten en el camino.

En ocasiones, la internación de estos pacientes no se corresponde directamente con la patología presentada, sino que constituye una estrategia útil para un mejor tratamiento y seguimiento, siempre y cuando esta opción sea debidamente explicitada por el profesional a cargo y aceptada como alternativa válida por el niño.

Como objetivo de mayor alcance, y aprovechando la presencia del niño en el hospital, se debería apuntar a una cobertura integral de su salud, basada principalmente en criterios de prevención y promoción, como cronogramas de vacunación, reforzamiento nutricional, control odontológico, oftalmológico, traumatológico, etc.

Asimismo sería oportuna la pesquisa serológica de diversas enfermedades infecciosas, como hepatitis B y C, VDRL, TBC y VIH, previo consentimiento informado y en caso de ser necesarios, estudios radiológicos y exámenes de mayor complejidad.

MOTIVO DE CONSULTA

En cuanto a los motivos de consulta médica más frecuentes por parte de los niños, niñas y adolescentes en situación de calle, se encuentran principalmente:

- Accidentes, heridas cortantes, traumatismos diversos.
- Descompensaciones por abuso de drogas.
- Dolores dentarios (caries, flemones).
- Afecciones dermatológicas: impétigo,

pediculosis, escabiosis, hiperqueratosis en plantas de pie.

- Patologías respiratorias.
- Cefaleas.
- Embarazo precoz.
- Vulvovaginitis, amenorreas, hemorragias, trastornos menstruales.
- Afecciones derivadas de enfermedades de transmisión sexual.

SEMIOLÓGIA: EXAMEN FÍSICO

Ante la consulta propiamente dicha, el niño puede oscilar entre permanecer en silencio o con actitudes de desconfianza y rechazo, así como, en otros casos, mostrarse hiperactivo y revoltoso, lo que dificulta la construcción del vínculo.

El médico se encuentra entonces, en una situación diferente a la habitual, donde los pasos semiológicos no pueden practicarse regularmente. Sería el comportamiento del niño el que marcaría la dinámica.

Por no contar con datos clínicos confiables, es preciso que el examen físico sea lo más completo posible, anticipando y explicando al niño las maniobras que le serán realizadas.

Particularmente, el examen del aparato genital deberá ser efectuado con especial cuidado, ya que se desconoce la existencia de episodios anteriores de maltrato infantil o abuso sexual; no es conveniente su realización, si el niño no lo autoriza. En el caso de las niñas y adolescentes, a esta situación se le suma una marcada inhibición ante estos requerimientos, tan frecuentes en consultas tocoginecológicas, por la existencia de mitos, tabúes y pudores. Es indispensable, una vez más, el reforzamiento previo del vínculo médico-paciente para su concreción en futuras consultas.

Siempre a través del examen físico podremos observar nódulos de BCG, cicatrices quirúrgicas, de canalizaciones o de heridas, como asimismo lesiones por escabiosis, impétigo, micosis plantar o pediculosis.

Es importante a su vez, indagar acerca de: datos antropométricos, estado nutricional e historia alimentaria.

El resto de la semiología no difiere –en rasgos generales– de lo habitual en la práctica médica.

COMENTARIO

Finalmente –y a modo de reflexión– cabe señalar que el presente trabajo no intenta ser una

“receta” acabada sobre la atención médica de estos pacientes, sino una constante invitación a repensar y profundizar en forma aún más crítica y comprometida, el permanente desafío que implica poner nuestra práctica profesional al servicio de estos “ciudadanos portadores de derechos exigibles”.

En tal sentido, como equipo profesional dedicado a la temática estamos convencidos de que sólo a partir de la aceptación de este desafío en cada ámbito de salud, podremos comenzar a acortar la “insalubre distancia” que existe para estos niños y adolescentes, entre “tener derechos” y “poder ejercerlos efectivamente”.



la Ciudad de Buenos Aires. Años 1997/02.

- Comité de Psicopatología Infanto Juvenil y Familia, grupo de trabajo Chicos de la calle. Mimeo: actitudes de los médicos en la atención de los chicos de la calle. Anexo estadístico. Buenos Aires: 1997. Biblioteca de la SAP, Entidad Matriz.
- Puga TF, Riterman F, Barnes de Carlotto E, Maffei M, Semillán Dartiguelongue J, Domínguez M. Mesa redonda: Los derechos del niño. Medicina infantil 1999; VI (2).

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Akman M, Arcusin J, Pignata N, Pojomovsky J, Riterman F, Triñanes G, Waisman M. Modalidad de abordaje médico a chicos de la calle en los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires. Arch.argent.pediatr 1999;97:241-248.
- Constitución Nacional Argentina. Paraná, 1994: Art. 75.
- Convención Internacional de los Derechos del Niño. Ley 23.849, 1990.
- Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, 1996.
- Ley 114. Ciudad de Buenos Aires, 1998.
- Giberti E. (comp.) Políticas y niñez. Buenos Aires: Losada, 1997.
- Situaciones de riesgo para la salud en niños y adolescentes. Buenos Aires: FUSA 2000, 1994.
- Gershanik A. Salud en los niños y empobrecimiento: su atención. En: UNICEF. Cuesta abajo. Buenos Aires: Losada, 1992.
- Revista Chicos de la calle en Buenos Aires. Gobierno de

*Dos condiciones y solamente dos caracterizan la raza humana:
la bipedestación y la sonrisa.*

Nosotros pongamos de pie a un niño, él pondrá la sonrisa.

MOORE HOUSE