La situación de salud de niños y adolescentes en situación de calle en las zonas de Once y Constitución.

Mesa N° 15: La política de los pobres

Rodolfo García Silva[*]

En esta ponencia presentaremos algunos de los resultados alcanzados en una investigación más amplia sobre la situación de salud de los niños y niñas en situación de calle en las zonas de Once y Constitución en la que intentamos, desde una perspectiva sociológica general, sumar un aporte a la reflexión teórica sobre la cuestión social en la Argentina y en su carácter específico identificar sus problemas de salud; sus factores de riesgo; sus actividades "laborales" y su relación con los problemas de salud; indagar sobre sus representaciones del cuerpo y la atención médica; analizar sus prácticas de salud y posibilidades de acceso al sistema de salud público.

El trabajo de campo se realizó durante 8 meses en un móvil sanitario dispuesto para la atención de los chicos en situación de calle que se encuentran en estas zonas.

El método complementó estrategias cualitativas y cuantitativas. Las primeras consistieron en un una experiencia de observación participante y en la realización de entrevistas semi-estructuradas, por un lado, a 10 chicos y chicas entre 12 y 21 años que en su mayoría, habían roto sus vínculos familiares y se hallaban viviendo en las estaciones y, por otro, a informantes claves, entre ellos médicos y trabajadores sociales. Las segundas consistieron en la construcción de un conjunto de datos sobre la población atendida y sus problemas de salud a partir de registros tomados en el móvil.

En esta ponencia centraremos nuestra atención fundamentalmente en la información de tipo cualitativa referente a los factores de riesgo en salud.

1. Marco contextual del fenómeno de la niñez y la adolescencia en situación de calle

El fenómeno de los niños y adolescentes en situación de calle (NASC) no es nuevo pero sin duda se ha profundizado y adoptado nuevas características en los últimos 30 años. Algunas de los elementos que se relacionan con la extensión del fenómeno son el

[*] Estudiante avanzado de Sociología. Centro de Estudios Avanzados (CEA) Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (UBA). E-mail: rodolfogarciasilva@yahoo.com
Dirección Postal. Larrea 251. Morón (1708), Buenos Aires, Argentina.

aumento de la desigualdad social; el deterioro general del mundo del trabajo; el crecimiento de la pobreza y la exclusión social en un proceso de declive institucional caracterizado por un progresivo repliegue del Estado que en el marco de un proyecto político-económico neoliberal fue abandonando su rol integrador. Este proceso que se inicia en los años 70 se agudiza en la década de los 90 y tiene un dramático desenlace con la crisis de fines de 2001. Según estimaciones recientes en la última década se habrían triplicado los niños en situación de calle en la Ciudad de Buenos Aires. Según la Dirección de Niñez y Adolescencia del Gobierno porteño hay unos 500 chicos que viven y permanecen en las calles y otros 3500 que circulan por ellas realizando alguna actividad económica pero que luego regresan a sus hogares.

1.1 Deterioro del mundo del trabajo, desestructuración familiar y niñez en situación de calle:

Repasemos brevemente algunos elementos explicativos que podrían ayudarnos a entender cómo se produce el fenómeno social de la niñez en la calle. Determinaciones económicas y culturales se conjugan para producir este fenómeno. A nosotros nos interesa aquí considerar el trabajo como un soporte privilegiado para la inserción social y rastrear en la crisis del empleo algunos de los elementos que se sinterizan en la generación de una nueva situación económica, cultural y social que nos permite explicar la extensión de este fenómeno en nuestra sociedad.

El deterioro generalizado del mundo del trabajo (aumento del desempleo, la precariedad e inestabilidad laboral y la carencia de protecciones sociales) no sólo produjo más y nuevas experiencias de pobreza sino que también erosionó los vínculos de solidaridad y cohesión social que se establecían en torno de la participación laboral. Este proceso de transformación estructural produjo un fuerte impacto sobre las identidades sociales e individuales y el progresivo debilitamiento de los lazos sociales produjo una desintegración social en aumento.

Con el resquebrajamiento de la cultura del trabajo comienza un proceso de progresiva desestructuración de los antiguos marcos colectivos de socialización. Esta desestructuración produjo una crisis de los marcos de referencia que orientaban las conductas de los individuos. Se trata de un proceso de desestructuración de la experiencia social y personal en la cual los sujetos expulsados de las antiguas estructuras (normativas y sociales) que definían la orientación de sus conductas y los dotaban de certezas se ven obligados a producir su acción en un contexto donde los

márgenes de imprevisibilidad, contingencia e incertidumbre se amplían considerablemente. (Svampa, 2000)

Este proceso de pérdida de los marcos colectivos de socialización que afecta a toda la sociedad se presenta en la vida de los NASC como una especie de desinstitucionalización caracterizada principalmente por la crisis en las que se encuentra la familia y la escuela en un marco de ausencia estatal y deterioro de las condiciones de vida. Estas instituciones con funciones centrales de integración social han dejado de configurar espacios de socialización primaria sólidos desencadenando formas de "individualismo por falta de marcos" (Castel, 1997) que se manifiestan en el aislamiento y la pérdida de protecciones.

La desafiliación de la estructura laboral y la inseguridad social a la que quedaron expuestos una gran cantidad de individuos se constituyeron en factores desencadenantes de la desetructuración familiar, junto con la interacción de otros factores como el aislamiento relacional, desmembrando la familia que se constituía en el primer anillo protector del niño (Grima y Le Fur, 1999)

En una sociedad en la que se dan nuevos fenómenos de desintegración social y de individualización que Castel (1997) denomina "individualización negativa"[1] vemos que la mayoría los chicos que viven en la calle provienen de familias desarticuladas, víctimas del desempleo, la precarización del trabajo y la pobreza, en el marco de las cuáles, muchos de ellos pasaron por experiencias de violencia doméstica y trabajo infantil. La violencia familiar surgía en palabras de los entrevistados como el motivo principal del abandono del hogar o de la expulsión por parte de los padres. Por su parte, junto con el empobrecimiento de los hogares los niños comenzaron cada vez más, y a edades más tempranas, a realizar actividades "laborales" quedando en una situación de mayor vulnerabilidad. Los trabajadores infantiles callejeros son los trabajadores más precarizados y desprotegidos y la información que surge de nuestras entrevistas sugiere que a veces aquello que comienza siendo un trabajo para el soporte familiar puede terminar reforzando procesos de desestructuración familiar que cuando se suman a un contacto sostenido de los niños, en un contexto adverso con sus pares como principal agente socializador, pueden determinar el comienzo de una vida en situación de calle.

[1] Castel define como individualización negativa a aquella "que se traduce en términos de carencia – carencia de consideración, de seguridad, de bienes asegurados y de lazos estables".

Todas estas situaciones pueden desembocar en diversas posibilidades (abandono del hogar, procesos de abandono progresivo con etapas de alternancia entre la calle y el hogar o la expulsión explícita), si bien existe entre ellas una relación compleja.
Pero no todos chicos que viven en la calle se encuentran solos. Nos encontramos con casos de familias enteras que frente a una eventualidad sufrida en un contexto de inseguridad social se vieron obligadas a sobrevivir en las calles.

2. Principales problemas de salud atendidos en el móvil sanitario

Motivos de la intervención médica realizada a los niños y adolescentes atendidos en el móvil sanitario (problemas de salud y motivos de consulta).

Motivo de la intervención		Frecuencia	Porcentajes
	Problemas dermatológicos	46	26,6
	Control de salud	37	21,4
	Heridas y traumatismos	19	11,0
	Problemas respiratorios	14	8,1
	Problemas odontológicos	13	7,5
	Infecciones intestinales	9	5,2
	Parasitosis intestinales	5	2,9
	Consultas ginecológicas	4	2,3
	Control de embarazo	3	1,7
	Problemas musculares	2	1,2
	Enf. de transmisión sexual	1	,6
	Problemas nutricionales	1	,6
	Problemas cardiológicos	1	,6
	Otros motivos	10	5,8
	Total	165	95,5
Perdidos		8	4,5
Total		173	100,0

En el cuadro podemos observar que los principales problemas de salud atendidos en el móvil fueron los problemas dermatológicos, las heridas y traumatismos, los problemas respiratorios y odontológicos. Esta información de tipo cuantitativa nos permite observar algunos los efectos que las condiciones de vida en la calle tienen sobre la salud

pero no nos brinda aportes sobre las características que presenta esta vida en la calle en relación con esos efectos. Con ese fin centraremos el punto de vista sobre la información cualitativa reunida en las entrevistas para dar una imagen más completa e integral sobre la situación de salud de los NASC. Pretendemos identificar a partir de sus propias palabras, experiencias y representaciones los factores de riesgo en salud a los que se hallan expuestos.

3. Factores de Riesgo:

La vida en la calle es fuente de innumerables factores de que hacen de esta población, una población de alto riesgo en salud. Los factores de riesgo en salud tienen múltiples determinaciones. Para comprenderlos es necesario considerar la relación compleja que se establece entre las condiciones objetivas de vida y las representaciones y prácticas producidas por los chicos. Para ilustrar algunos de estos factores podemos organizarlos ligándolos a:

a) la vida material en la calle: ausencia de vivienda, deficiente alimentación, falta de higiene, inclemencias del clima, violencia callejera, ausencia de protección frente al maltrato, el abuso y la explotación, carencia de lazos afectivos;

b) las prácticas producidas en la calle: poli-consumo de drogas, trabajo informal, delincuencia, accidentes callejeros;

c) las representaciones sobre el cuerpo y sobre la necesidad de atención médica que favorecen a la situación de riesgo;

d) *Las dificultades de acceso a los servicios de salud*

3.1 La vida material en la calle

3.1.1 La ausencia de vivienda, condiciones de higiene e inclemencias del clima

La ausencia de vivienda, las deficientes condiciones de higiene y la exposición a las inclemencias del clima son factores que ponen en serio riesgo la salud de los NASC.

Las carencias de medidas de salubridad y de servicios higiénicos básicos dificultan la posibilidad de que los chicos puedan mantener hábitos y rutinas de higiene personal. Todos los lugares por los que circulan, donde desarrollan su vida y actividades cotidianas presentan condiciones de higiene precarias. Circulan por calles, plazas y estaciones donde entran en contacto con la contaminación y la basura a la que a veces recurren en busca de comida. En la estación de Once duermen en vagones donde en

condiciones de hacinamiento, comparten frazadas, colchones y unidos cuerpos con cuerpos buscan repeler el frío.

- Sabés el frío que hace.con una frazada sola... a veces consigo otra, me tapo bien y duermo re calentita o cuando dormimos entre todos, juntamos los colchones dormimos calentitos. (Mariana, 22 años)

Las malas condiciones de higiene son las causantes -entre otras afecciones- de la escabiosis, el impétigo y las pediculosis con sus consecuentes síntomas de sarpullidos, picazón, escoraciones e infecciones, etc. En verano los hongos se convierten en un grave problema y con la llegada del frío la escabiosis pasa a convertirse en el problema central. :

-Los problemas de piel, la escabiosis, ahora últimamente estamos viendo un montón en todas las paradas y problemas que tienen que ver con infecciones por heridas o por hongos en los pies en el verano, los piojitos, que tienen también que ver con lo mismo (...) los problemas de piel que surgen por la falta de higiene... (Médica)

Las privaciones materiales en materia de salubridad e higiene que les imposibilitan el recambio y aseo de ropa, frazadas, colchones, y de los lugares que habitan le impiden la prevenir las enfermedades de la piel y, en caso de contraerlas, dificultan su tratamiento

Otro de los problemas recurrentemente mencionado por los chicos fueron los problemas odontológicos que suelen traerles fuertes dolores

- Dolor de muela tuve porque tengo toda la muela cariada (Pedro, 15 años)

La ausencia de vivienda que se asocia con las deficientes condiciones de higiene también los deja expuestos a las inclemencias del clima. Vivir en la calle implica estar en contacto directo con el frío, el calor, la lluvia, la humedad. Una de nuestras entrevistadas, portadora de VIH, nos decía al momento de la entrevista que las inclemencias del clima que debe enfrentar viviendo en la calle estaban agravando su situación:

- Ahora me estoy enfermando más seguido. Ahora me estoy agarrando gripe cada dos por tres, tos. Como ser ahora vine porque tenía dolores de pulmón y ya me vine a hacerme ver y... de los pulmones, me está atacando los pulmones, aparte el frío. Sabés el frío que hace allá en el fondo...con una frazada sola sabés qué... a veces consigo otra frazada, me tapo bien y duermo re calentita o cuando dormimos entre todos, juntamos los colchones dormimos calentitos pero hay veces que no va a dormir nadie y duerno yo sola ahí, sabes qué frío... y la helada...decí que hay techo, todo, pero corre viento. (Mariana, 22 años)

En conclusión, podemos decir que las precarias condiciones de higiene y el hacinamiento promueven el desarrollo de todo tipo de problemas. Cuando los afectan problemas dermatológicos estos se contagian rápidamente y a las infestaciones les siguen infecciones y los problemas se hacen difíciles de contener. Los problemas

odontológicos se reiteran y los cuidados son inexistentes. Los problemas respiratorios también favorecidos por las condiciones de hacinamiento son agravados por la exposición a las inclemencias del clima. A su vez, este tipo de situaciones se tornan más difíciles cuando las respuestas inmunitarias se encuentran reducidas por la mala alimentación.

3.1.2. La alimentación:

El hambre casi no ha sido mencionada como un problema en nuestras entrevistas. Los NASC saben procurarse el alimento haciendo uso de una serie de estrategias o recursos. Suelen ir comer a Centros de día y a comedores de organizaciones comunitarias o religiosas. A veces son las organizaciones las que se acercan a las zonas dónde están los chicos a llevarles a alimentos.

- Al mediodía como en un hogar de acá de los piqueteros sino los fines de semana acá vienen una camioneta, a la plaza y te dan de comer. (Mariana, 22 años)

Si no recurren a este tipo de recursos suelen comer en la calle. Pueden comprar comida en los puestos callejeros o bien recolectar, mendigar o robar el alimento.

-Nosotros estamos acostumbrados a comer cualquier cosa, nosotros comemos de la basura

-Cuando no quiero bardear voy a pedir para comer... A los que pasan caminando que vienen comiendo un sanguche le gritamos "eh... me da un pedacito, me dan el sanguche... (Pedro, 15 años)

De todos estos recursos y estrategias posibles que generalmente alternan la única que les garantizará una buena alimentación será la de acudir a algún tipo de institución. En el caso de que coman en la calle, ya sea que procuren su alimento mendigando, recolectando o robando, la comida que consigan será generalmente deficiente en cuanto a su calidad nutritiva y a su contenido proteico y resultarán precarias las condiciones de higiene en que realicen la ingesta.

Según el relato médico la mayoría de los chicos estarían en una situación de desnutrición de leve a moderada.

3.1.3. Violencia, accidentes y abusos: los peligros del entorno.

La violencia es causa de gran parte de las heridas y traumatismos que sufren los chicos. Las peleas y las agresiones se convierten en un problema central. La mayoría de los entrevistados mencionaron experiencias en las que fueron víctimas de la violencia y la agresión. Las peleas entre chicos que atraviesan una misma situación de calle son experiencias compartidas por todos nuestros entrevistados:

-(Me dieron) Un golpe en la nuca con un fierro cuando me quemaron hace 2 años atrás la ranchada, y... un corte en la pierna con una navaja. Me quisieron robar. (Adrián, 22 años)

Entre los códigos que manejan los NASC las demostraciones de valor y de fuerza aparecen muchas veces como las formas que regulan sus relaciones y demarcan sus territorios. Son habituales las peleas entre los chicos de una y otra "ranchada", la expresión "*copar la parada* significa el intento de avance de una "ranchada" sobre otra." (Grima y Le Fur, 1999)

- ¿Siempre hay mucho problema entre las ranchadas?

- Aha, demasiado (...) se agarran a trompadas entre ellos, se roban las cosas...

Por su parte aquellos chicos que no están integrados a algún grupo o "ranchada" pueden sufrir la agresión de aquellos que sí lo están:

- ¿Vos vivías en una ranchada?

- No, estaba sola. Yo agarraba y me sentaba en la boca del subte ¿viste? pero si veo las pibas, las pibas me van a dar masa, me van a querer pegar (...) y pinta ahí la navaja o alguna faca o alguna botella. Siempre ¿me entedés? (Ana, 14 años)

La violencia se convierte así en el territorio cotidiano que los chicos habitan y en una forma de relación social. Es una forma desorientada de estar y reconocerse con los otros.

La crisis de las instituciones, la ausencia de marcos, generan anomia y sobre el suelo de la anomia emerge la violencia. La violencia puede ser interpretada como una nueva forma de relacionarse cuando la familia y la escuela se muestran impotentes para cumplir su función instituyente. Estas instituciones dejan de cumplir su función de socialización primaria que suponía instituir la ley simbólica y con ella posibilitar una representación ampliada que considere al otro en tanto semejante. La ley simbólica es límite y posibilidad. Sin ley no hay falta. La ley instituye al semejante y en la ausencia de ley éste no se configura como tal. La violencia sin ley que la nombre deja de concebirse en tanto límite violado. Se transforma así en una búsqueda desesperada del otro en condiciones en que el otro no se presenta como límite.

"El estado-nación, mediante sus instituciones principales, la familia y la escuela, ha dejado de ser el dispositivo fundante de la `moralidad´ del sujeto. Todo parece indicar que la violencia con el otro, la violencia a modo de descarga o pulsión descontrolada es el índice de la incapacidad del dispositivo para instituir una subjetividad regulada por la ley simbólica" (Duschatzky y Corea, 2004)

Pero la violencia también suele provenir de las fuerzas de seguridad que se convierten en otro factor de riesgo y causa de múltiples accidentes relacionados con prácticas autoritarias que incluyen la violencia, el maltrato y los abusos.

- Siendo menor te pegan, te verduguean, te prenden fuego, te queman con cigarros, si hace frío te tiran aguan fría. (Federico, 18 años)

El abuso sexual y las violaciones también son circunstancias que sufren los NASC. El riesgo de la violación aparece recurrentemente entre las preocupaciones de nuestros entrevistados. Las mujeres, en particular, relataron experiencias relacionadas con violaciones, intentos de violación y abusos:

- (Vivir en la calle) para una mujer tiene muchos riesgos, hay que cuidarse de todo (...) de que no te agarre un loco y te lleve pa´l fondo y te quiera violar o te cague matando o riesgo de que te agarre la policía y te quiera violar si no le das nada. A mí me pasó cuando tenía 9 años. (Mariana, 22 años)

Por otro lado, los chicos al pasar gran parte del tiempo en la calle y en las cercanías de estaciones suelen sufrir accidentes relacionados a los riesgos propios del medio por el que transitan, situación que se torna aún peor cuando se combina con el uso de drogas. Nos encontramos en reiteradas ocasiones con experiencias en las que son embestidos por vehículos; en las que sufren accidentes en trenes; accidentes en las vías, etc.

- Me atropelló un auto (...) y me fracturó el fémur. Tengo una pierna más corta que la otra (Mariana, 22 años)

- Me quedé pegado en las vías (...), no me morí de pedo, estuve como dos semanas con fiebre (...) se me infectó todas las manos… (Gabriel, 16 años)

Lo propio de la vida en la calle es una situación de constante riesgo. Desde los peligros más severos que ponen en riesgo la vida de los chicos hasta los más triviales que nos fueron relatados (ser mordidos por un perro, atropellados por una bicicleta, lastimarse con un alambre o con una botella rota o caerse, cortarse, quebrarse) todo tipo de accidentes son posibles en el entorno que rodea a los NASC.

Gran parte de las situaciones que aquí presentamos fueron identificadas en las palabras de los chicos como riesgos y peligros concretos con los que se enfrentan en su estadía en la calle. Cuando se indagó sobre éstos las respuestas fueron varias pero las coincidencias dan una imagen clara de los peligros que los chicos corren.

- (Vivir en la calle) tiene riesgos porque te tenés que pelear con los mismos pibes de la calle, tenés que tratar de que la yuta no te pegue, hay muchos riesgos en la calle, es muy peligroso. Pasás muchos riesgos porque por ahí estas durmiendo solo y puede venir la policía o cualquier persona y te puede llegar a hacer algo o cuando salís a robar te pueden llegar a meter un tiro o podés llegar a desaparecer o te pueden llegar a violar, a matar, muchos riesgos. (Federico, 18 años)

La policía como amenaza, la violencia en todas sus manifestaciones, la violación, la muerte, son situaciones que los chicos asumen como potenciales peligros con los que se ven obligados a convivir día a día. Estas circunstancias no tienen nada del orden de lo anecdótico. Cuando una sociedad lanza a los márgenes a buena parte de la población a la vez que las instituciones centrales de un Estado se desmoronan se produce una fuerte desorganización social que puede ser concebida en términos de anomia. La anomia atenta contra la cohesión social promoviendo la desintegración y con ella la violencia. "En una situación de anomia disminuye la inhibición de matar, una de las mayores conquistas de la civilización, y se instaura una cultura de la supervivencia, en donde impera la ley del más fuerte." (Wortman, 1998)

3.2. Las prácticas producidas en la calle:

3.2.1 Poli-consumo de drogas:

El uso y abuso de drogas es uno de los principales problemas de salud que afecta a los NASC.

-Por orden de importancia yo diría que (el principal problema de salud) son las adicciones. No como un motivo de consulta pero sí como una cuestión que está... (Médica)

Las drogas son omnipresentes en la calle y forman parte del estilo de vida de los NASC. Existen diferencias en la intensidad y frecuencia del consumo y entre los distintos tipos de drogas que consumen pero es habitual que sean poli-consumidores. Nueve de los diez chicos entrevistados refirió haber consumido drogas en algún momento de su vida. Las sustancias más consumidas son la marihuana, los adhesivos de cola y la pasta base. En ocasiones, aunque en menor medida, consumen cocaína y distintos tipos de pastillas. La naturalización del consumo hace que los chicos no tengan reparos en hablar sobre las sustancias que consumen.

- P: Yo (consumo) el poxyran y el porro. Ella la base, la merca, las patillas y el poxyran

- L: Y el porro. (Pamela y Laura, 12 y 14 años)

Los daños en la salud que produce el poli-consumo de drogas pueden distinguirse según se trate de los *"efectos directos"* que produce la incorporación de sustancias tóxicas al organismo o de los *"efectos indirectos"* que se relacionan con los desórdenes en el comportamiento que inciden en la situación de riesgo aumentando considerablemente la probabilidad de sufrir accidentes. Los efectos directos se relacionan con buena parte de

los problemas de salud que se atendieron en el móvil. Por razones de espacio, no trabajaremos sobre estos aquí pero haremos un breve repaso sobre los segundos.

Las drogas producen graves consecuencias sobre todo cuando se trata de cuerpo y psiquis infantiles cuya socialización se encuentra marcada por fuertes carencias afectivas y de formación. Los niños en situación de calle presentan serias dificultades para asimilar límites y medir riesgos. Estas dificultades se agravan bajo ciertos efectos que producen las drogas (la falta de control, el comportamiento impulsivo, la euforia, las alucinaciones, etc.). La combinación del consumo con tales dificultades se convierte en fuente de innumerables accidentes y situaciones de riesgo de toda índole (ser embestidos por vehículos, caerse de puentes y trenes, tener conflictos con terceros etc. fueron algunas de las experiencias que nos relataron los entrevistados)

A los peligros propios del ambiente se suman las prácticas riesgosas que los niños emprenden bajo los efectos de sustancias tóxicas, situación los pone en un lugar de alta vulnerabilidad.

- Yo estaba jalando acá ¿viste? con el poxyran,... y flashié y me puse en el medio de la avenida y venía el 17... y me agarra un pibe acá así del hombro y me tira y me golpie todo esto (enseña un raspón en su codo). No me di cuenta, estaba re loca del poxyran. (Laura, 14 años)

Motivos del Consumo:

La drogadicción entre los NASC debe considerarse ante todo como una problemática social. La situación socio-económica (las condiciones de pobreza, desestructuración familiar, exclusión y marginalidad) es un factor que conduce a los chicos en situación de calle al consumo de drogas. La falta de recursos económicos, de oportunidades, de trabajo y de educación, el tiempo sobrante desestructurado y las condiciones de un medio ambiente hostil, violento, que genera una situación de stress y angustia en los chicos, son factores que influyen con fuerza para que éstos se vuelquen al consumo de sustancias tóxicas. El consumo no es el elemento marginalizador, por el contrario, la exclusión social y la marginalidad preceden a todo consumo.

Castel ve en los jóvenes toxicómanos marginales el "homólogo de la forma de desafiliación encarnada por el vagabundo en la sociedad preindustrial. Él está completamente individualizado y expuesto por la falta de vínculos y de sostenes relacionados con el trabajo, la transmisión familiar, la posibilidad de construirse un futuro… Su cuerpo es su único bien y su único vínculo, que él trabaja, hace gozar y destruye en una explosión de individualismo absoluto." (Castel, 1997)

Sin duda los procesos de individualización, las carencias, las ausencias de marcos y de proyecciones futuras ejercen una fundamental influencia sobre las tendencias al consumo pero también lo hace la inscripción en nuevas formas de sociabilidad. El consumo entre los NASC cumple tanto *funciones individuales* como *funciones colectivas* .

Si prestamos atención a las *funciones individuales* a partir de las razones que los chicos expresan como motivos personales del consumo, podríamos organizarlas apoyándonos parcialmente en la contribución de Lucchini (1996) como a) función evasiva, b) función hedonista, c) función fisiológica y d) función de desinhibición.

La función evasiva tiene que ver fundamentalmente con la necesidad de evadirse de una realidad y un entorno que, como decíamos, les genera stress y angustia. Una realidad marcada por las carencias materiales y la ausencia de lazos sociales y afectivos estables. Un entorno que obliga a los chicos a estar en constante estado de alerta ante los peligros y ante las situaciones favorables que pudieran aprovechar en su beneficio. Estas circunstancias provocan en los chicos un estado de desgaste físico y psíquico que busca ser compensado.

- (Me drogo) para no pensar. Como estoy sola y no cuento con nadie, entonces me aferro a eso. Es como un momento de relax, vuelo del mundo ¿viste? Me olvido de todo. (Mariana, 22 años)

Si existe una función hedonista relacionada con la búsqueda de placer a partir del consumo, ésta no deja de estar aquí relacionada con una necesidad evasiva. La fórmula, según surge de las entrevistas, parece ser clara: "evadirse para pasarla bien".

-tomo merca, fumo porro, fumo pasta base, jalo poxyran, tomo pepa, pastillas (...) para pasarla bien...

-¿Y la vida en la calle es difícil?

- Uff!! pero no... trato de no pensar en eso, por eso me drogo todo el día, para no pensar... (Gabriel, 16 años)

La función fisiológica estaría relacionada con la necesidad de combatir el hambre, el frío, el dolor físicio, etc. Si bien, esta funcionalidad del consumo no ha sido mencionada por los chicos en las entrevistas es mencionada recurrentemente por los trabajadores sociales y los profesionales médicos.

La función de desinhibición se relaciona con los efectos de euforia, exaltación e indiferencia que las drogas producen. En ocasiones la variación en el comportamiento que las drogas inducen puede estar asociada con un aumento de la agresividad que puede ser utilizada como estrategia para la supervivencia. El consumo, por ejemplo, puede convertirse en una estrategia tendiente a neutralizar el temor o a reducir la percepción del riesgo al momento de realizar un delito.

- Yo cuando voy a robar me drogo porque sino no puedo. Si estoy careta no me sale la cara de malo (Pedro, 15 años)

En cuánto a las *funciones colectivas* debemos decir que el consumo de drogas, aunque expresión de la crisis del lazo social, no es solamente una explosión de individualismo absoluto sino que se integra en un conjunto de reglas sociales, creencias, prácticas y ritos que constituyen lo que podríamos denominar una "subcultura" a la que pertenecen los niños y adolescentes en situación de calle. El consumo cumple funciones de socialización e integración en un contexto de fuerte desorganización social y se constituye como una práctica que sirve para la afirmación de una identidad colectiva.

Las normas colectivas en cualquier grupo ejercen cierta coerción sobre los miembros orientándolos sobre lo que es permitido y sobre lo que es prohibido. Cuando la subcultura a la que pertenecen los niños y adolescentes en situación de calle valora socialmente el consumo de drogas estas normas colectivas promueven en el niño el consumo que opera como un mecanismo de integración y pertenencia al grupo.

Aunque los niños asumen cierta responsabilidad personal en el consumo, cuando toman la decisión de no consumir la presencia de la coerción que ejercen esas normas colectivas se hace manifiesta en la sanción de los demás miembros del grupo.

- Donde yo vivía antes era una villa. Yo viví en un montón de villas. y... bueno, los pibes me invitaban y yo no podía decir que no porque sino me decían careta pero... igual si yo seguía... (Laura, 14 años)

No obstante, los NASC suelen saber que las drogas les hacen mal y ser concientes de las consecuencias en la salud que les genera el consumo. Aún así, este estado de conciencia no alcanza para abandonar su situación de consumo. Los chicos expuestos a situaciones de carencias extremas y a la ausencia de proyectos alternativos no logran encontrar motivación alguna para dejar de consumir.

- Yo sé que hace mal pero no les paso cabida (...) sé que me va a hacer mal al tiempo pero mientras estoy bien no le paso cabida aunque por ahí un día que me esté muriendo, por ahí dejo. (Gabriel, 16 años)

En conclusión, la vida en la calle conduce -y retiene- a los chicos al uso y abuso de drogas. Este hábito por ellos naturalizado representa uno de los problemas de salud de mayor relevancia por los daños directos e indirectos que produce haciendo estragos sobre esta población.

3.2.2 La sexualidad:

Los NASC suelen iniciarse precozmente en la vida sexual. La información que tienen sobre la sexualidad no es buena ni mucha. Cuentan con cierta información sobre los

riesgos y sobre los cuidados que pueden tener pero esta información no siempre se revierte en su comportamiento sexual y se encuentra a veces distorsionada por representaciones sobre la sexualidad que no favorecen la adopción de cuidados.

No son una población habituada a reducir riesgos ni a adoptar prácticas preventivas. Hay una alta proporción de embarazos adolescentes y no deseados y corren un alto riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual.

Al momento de realizar las entrevistas dos de las chicas entrevistadas y uno de los chicos (todos ellos adolescentes) tenían hijos.

- Tengo una nena y un nene (...) son hijos de distinta madre pero nunca los pude ver. Si los pudiera encontrar los iría a ver. Me gustaría mucho tener en los brazos a mi nena o a mi nene…

- ¿Y los chicos que tuviste los buscaste o vinieron?

- Vinieron pero cuando supe que esa persona estaba embarazada de mí me puse muy orgulloso porque quería a esa persona y no sé y creo que ser papá es algo muy grande a pesar de que no tenés un trabajo, no tenés como mantenerlos pero de alguna u otra manera vas a tratar de que no le falte nada a tu hijo o a tu hija, vas a hacer todo lo posible, vas a tratar de buscar un trabajo o una salida para tratar de darle todos los gustos a tu hijo pero yo la verdad no me muevo porque no lo siento como mi hijo o como mi hija porque no los tuve en los brazos, no los sentí, por eso por una parte no me importa, dejo el dolor de lado y hago como si fuera que nada pasó. (Federico, 18 años)

La crisis de la familia, la caída del paradigma familiar burgués, ha trastocado los valores que inscribían a los sujetos en una genealogía cultural organizada en torno a roles definidos y en la transmisión de la autoridad por medio del lazo paterno-filial. En las nuevas circunstancias los modelos tradicionales de paternidad y maternidad se han debilitado y los chicos que se enfrentan a esta situación no saben cómo emprender la tarea de ser padres. Ésta se presenta como un territorio confuso que sólo puede habitarse de modo vacilante. En condiciones caracterizadas por la debilidad y la inconsistencia de los esquemas que organizan su experiencia y por las carencias materiales y de información con las que cuentan, los chicos sólo puedan dotar de débiles sentidos y confusas significaciones a su sexualidad, a las diferencias entre géneros y a la posibilidad de tener y criar un hijo.

Por otro lado, las condiciones de hacinamiento en las ranchadas a veces pueden favorecer, de la mano del consumo de drogas y de las conductas impulsivas, todo tipo de situaciones de riesgo e incluso de violencia sexual.

-….uno de los pibitos estando empastado pero... mal (...) Esa noche había una pibita de 14 años, la misma edad que él. Como no quedaban más colchones... durmieron los dos ahí y a la madrugada sentimos un grito… y el pendejo le quería bajar la bombacha ¿Sabés lo que tuvimos que hacer para que el pendejo se calmara?... (Adrián, 22 años)

Los abusos y las prácticas sexuales forzadas o a cambio de retribuciones de todo tipo también forman parte de la realidad de los chicos. Los chicos pueden verse forzados a realizar actos sexuales bajo coacción física o psíquica o bien pueden entregarse sexualmente a cambio de dinero, comida, droga, o protección. En palabras de los chicos no han surgido experiencias de explotación sexual o prostitución pero éste fue un tema mencionado por los profesionales que trabajan con ellos.

- Cuando empieza con la base hace cualquier cosa. Ha vendido su cuerpo con hombres, mujeres, travestis, cualquier cosa... y es un buen chico, es super inteligente. (Trabajadora social)

En síntesis, el estilo de vida llevado en la calle no facilita la tarea de adoptar medidas preventivas para evitar embarazos y enfermedades. Las condiciones de vida, las representaciones y los prejuicios llevan a realizar prácticas sexuales poco seguras. Y chicas y chicos se encuentran en una situación de alta vulnerabilidad frente a los abusos, las violaciones y la explotación sexual.

3.2.3 Trabajo Informal y delito:

Los chicos que hemos entrevistado realizan y han realizado múltiples actividades. Las más comunes entre nuestros entrevistados fueron las de mendigar, brindar servicios forzados (limpiar vidrios, abrir puertas de taxi), robar, "chetear",[2] y trabar los teléfonos públicos o las boleterías para recuperar las monedas.

Cualquiera sea la actividad que realicen, en tanto son sus medios de vida y supervivencia, la denominan trabajo. Aún el robo es denominado por ellos en estos términos.

Desarrollar estas actividades en la calle conlleva grandes riesgos y los chicos suelen sufrir distintos tipos de accidentes. La tarea de mendigar los expone al riesgo de tener riñas con terceros, con quienes reclaman para sí la pertenencia de los espacios defendiendo la "parada"[3], y con el personal de seguridad (público o privado) que suele maltratarlos y llevarlos detenidos.

Cuando se trata de actividades ilegales los riesgos se agravan. Al dedicarse al "cheteo", muchas veces bajo los efectos de algún estimulante, cometen todo tipo de imprudencias, a la vez que corren el riesgo de eventuales agresiones y represalias que puedan tomar sus víctimas. Cuando realizan estas actividades los chicos se juegan la vida y su futuro

---

[2] El término chetear, hace referencia a la acción de arrebatar objetos de valor a los transeúntes.

[3] La parada es el espacio público en el que se desarrolla parte de la vida y de las actividades económicas, espacio que se pretende privatizar y sobre el cual se afirma cierta pertenencia. Defender la parada significa no permitir que otra persona ocupe este espacio que se afirma como propio.

al tener peligrosos enfrentamientos con la policía, al ser detenidos, al sufrir maltratos, al ser privados de la libertad, etc.

Aunque los chicos dicen conocer estos riesgos la conciencia que se hacen de ellos no suele ser un motivo para abandonar estas actividades. No encuentran mucho que perder y la reclusión no cumple una función resocializadora sino por el contrario resulta estigmatizante y refuerza la exclusión y la marginalidad cercenando los caminos de estos chicos que vuelven a incurrir en ilícitos reiteradamente.

El robo se convierte así en parte de las estrategias cotidianas de supervivencia. Los robos poco organizados y al voleo son los más comunes y las decisiones de cometer acciones ilegales en contextos de profunda vulnerabilidad, se originan, en la mayoría de los casos, en un tipo de racionalidad de corto plazo que no prevé suficientemente las consecuencias de los actos ni repara en la dimensión del riesgo. (Kessler, 2004)

El robo, al igual que las drogas, también cumple funciones grupales y forma parte de códigos de socialización que actúan como "un factor de integración en un contexto de fuerte desorganización, en concreto, la ausencia de familia." (Kessler, 2002) Y del mismo modo que sucedía con la violencia, no se presenta como una práctica ilegítima en la vida de los chicos sino que se incorpora como una forma legítima de provisión cuando se multiplican las carencias materiales en un marco en el que la ausencia de ley ya no constituye un límite simbólico efectivo perdiéndose así la percepción de la culpa y la transgresión. En un contexto de fuerte empobrecimiento y derrumbe institucional los valores y las nociones en torno al trabajo, propios la sociedad salarial, han entrado en una profunda crisis y, con ello, se produjo un "desdibujamiento de los límites entre lo legal y lo ilegal en tanto que frontera relevante". (Kessler, 2002)

Los NASC también suelen desempeñarse en el "cartoneo", la venta callejera y brindar otros servicios, también impuestos, como los de hacer malabarismo en las bocacalles. Este tipo de actividades, han sido menos frecuentes entre nuestros entrevistados. En el momento de las entrevistas un adolescente realizaba tareas de "cartoneo" y una niña trabajaba a cambio de una mínima remuneración cuidando los hijos de una señora.

El trabajo de "cartonear" tiene numerosos riesgos. El trasporte de pesadas cargas es causa de dolores y fatigas. Las tareas de selección y recolección de residuos exponen a los chicos al riesgo de lastimarse, cortarse, infectarse, cuando, sin seguridad ni recaudos, se encuentran con residuos que pueden ser peligrosos. A su vez, la falta de higiene y salubridad de la tarea los expone a contraer enfermedades de piel, enfermedades infecciosas, etc.

-El riesgo son las jeringas y las agujas que meten los forritos que se inyectan adentro de la bolsa de la basura (...) Ahí corres el riesgo cien veces de pincharte. (Adrián, 22 años)

Los niños que trabajan se encuentran en una situación de alta vulnerabilidad que afecta a su salud física y psíquica y cuando se trata de niños que desarrollan su vida en situación de calle y carecen de todo tipo de protección suelen quedar a merced del maltrato y la explotación por parte de los adultos.

-Yo cuidaba a unos chicos y la señora me ahorcó, me pegó una piña me decía hace esto, hace lo otro, me trataba de todo (...) ella se mudo a Lanús y se llevó toda mi ropa. No tengo más ropa. (Ana, 14 años)

En las actuales condiciones de desempleo y precariedad laboral a la mano de obra menos calificada y más necesitada se le ofrecen los trabajos más precarizados y peligrosos. Esto cuando se suma a la inexperiencia de los trabajadores suele ser causa de numerosos accidentes. Los trabajos a los que acceden los NASC, con poca formación y amplias carencias, suelen ser, en este marco de situación, trabajos de baja calidad, por bajos salarios, inestables e inseguros. Sus experiencias laborales no presentan un fuerte carácter socializador, razón por la cual aún cuando han tenido la posibilidad de acceder a un trabajo, éste no se ha convertido en una alternativa de vida que los librara de la calle. Según surge de nuestras entrevistas los chicos generalmente han realizado trabajos remunerados cuando se encontraron viviendo en un hogar y no durante el tiempo que permanecieron en la calle. Las posibilidades que ofrece la vida en la calle y las normas que rigen en ella no favorecen la posibilidad de desarrollar siquiera alguna modalidad de trabajo informal.

3.3 Las representaciones sobre el cuerpo y sobre la necesidad de atención médica:

Distintos sujetos sociales tienen distintos esquemas perceptivos y modos de relacionarse con el cuerpo y presentan distintas aptitudes para identificar, interpretar y expresar las sensaciones que de él provienen.

Los NASC presentan una relación de descuido y desinterés con el cuerpo; presentan ciertas dificultades para evaluar o reducir riesgos; no son una población habituada a tener una conducta sanitaria preventiva y las prácticas que realizan los ponen en situaciones de alto riesgo que agravan aún más su condiciones de vida de por sí peligrosas.

Del conjunto de representaciones y normas que guían la relación de los chicos con su cuerpo surgen las prácticas de riesgo en materia de drogas, sexualidad, atención médica,

daños auto-infligidos, imprudencias en general que los ubican en una situación de alta vulnerabilidad.

A esto se suma el hecho de que los chicos presentan una baja disposición a utilizar los servicios de salud y resistencias a pedir ayuda o atención médica. Cuando tienen algún problema de salud suelen llevar al extremo de gravedad los síntomas antes de requerir atención. En el común de los casos los chicos tienen el hábito de esperar a que las sensaciones de malestar desaparezcan solas.

- ¿Y cuando te sentís mal qué hacés? ¿Vas al Hospital? ¿Vas al médico?

- Cuando ya veo que no doy más. Ya cuando no doy más como hace tres semanas atrás...me tuvieron que llevar a la fuerza porque andaba con mucho dolor de panza, retorcijones ¿viste? y no podía dormir, no podía comer, todo lo que comía lo devolvía, devolvía líquido verde y entonces me empecé a asustar y dije "¿Cómo? Devuelvo líquido verde ¿Qué paso acá?" Y me llevaron al hospital y quedé internada, estuve una semana internada. Resulta que tenía líquido en el abdomen y se me estaba formando una infección en las paredes de los intestinos…

- ¿Siempre cuando vas al médico esperas a estar de última o vas enseguida?

- No, no, siempre espero de última. (Mariana, 22 años)

Consideramos que este tipo de actitudes pueden responder a distintas circunstancias: *dificultades para percibir las sensaciones mórbidas*, *"negaciones"* que operan sobre ellas como mecanismos defensivos, y la inscripción en *temporalidades que obstaculizan las prácticas preventivas.*

Dificultades para percibir las sensaciones mórbidas:

Estas dificultades están relacionadas con una carencia de recursos simbólicos para identificar y expresar los mensajes del cuerpo. Como se afirma en un trabajo de Boltanski (1975) "el dolor no constituye una respuesta automática a los estímulos mórbidos, sino que su percepción está determinada por las expectativas de sujeto, por sus experiencias pasadas, y más profundamente, por todo su aprendizaje cultural. La percepción del cuerpo y la identificación de sensaciones mórbidas dependen principalmente del número y de la variedad de categorías de percepción del cuerpo de que dispone el sujeto; vale decir que dependen de la riqueza y de la precisión de su vocabulario de la sensación y de su capacidad, socialmente condicionada, para manipular y memorizar las taxonomías mórbidas y sintomáticas."

La percepción de las sensaciones mórbidas varía entre los distintos grupos sociales así como también la capacidad de tolerancia y las apreciaciones sobre la necesidad de atención médica.

Entre los NASC el dolor no sólo es tolerado sino que aparece entre los chicos socialmente valorada su resistencia como un rasgo de fortaleza.

- No me di cuenta yo cuando me corté (...) si corría, todo (...)Y me doblé el pie, el tobillo y jugaba a la pelota, todo igual. (Pedro, 15 años)

Por su parte, a modo de reacción adaptativa al individualismo negativo pueden encontrarse en la situación de negar la posibilidad de pedir ayuda y soportar solos las cosas que les pasan:

- Yo cuando me ven tosiendo alguno y me dice "¿te sentís mal?" le digo "no, no". Me estoy muriendo por dentro pero no, yo me lo guardo para mí, que voy a andar dando lástima. Para mí no, porque después... hay gente que te reclama lo que hizo por vos, entonces no, para mí si me duele algo, me duele a mí y listo, no le cuento a nadie. Si no, no se, me voy a un curandero, yo que sé. (Laura, 14 años)

Desafiando al dolor también aparecen un conjunto de códigos que se relacionan con el daño auto-inflingido. Es frecuente en algunos chicos que se realicen cortes, generalmente en los brazos. Este tipo de prácticas responden a distintas representaciones y cumplen distintas funciones. Pueden ser formas de reacción frente a situaciones de frustración y fuerte angustia ("*por bronca, por estar encerrado");* reacciones impulsivas para que la policía no los lleve detenidos ("*para que la yuta no te lleve o no te toque o para que te lleven no sé... a una clínica psiquiátrica");* acciones dirigidas a disminuir efectos y consecuencias adversas del consumo de drogas *("me cortaba y sabes como bajaba, si me corto empieza a salir sangre y a normalizarse");* o bien tratarse de códigos que organizan su experiencia compartida y sirven para legitimar un lugar en el grupo *("se cortan y tener todas las cicatrices es como decir yo me la banco").* Se trata, en síntesis, de lastimarse para ser (o parecer) más fuerte, para ganar prestigio entre los pares o para dañar el cuerpo, en tanto es la expresión palpable, el sustrato material del dolor y de la angustia.

"Negaciones" que operan sobre las sensaciones mórbidas:

Consideramos que una de las razones por las cuales se lleva al extremo de gravedad los síntomas es la existencia de una negación que opera como mecanismo defensivo. Boltanski (1975) sostiene que en las clases populares obreras "las normas (...) que rigen la relación de los individuos con su cuerpo quizá cumplan una función de regulación tendiente a impedir que los sujetos obligados por su condición económica a utilizar intensamente su cuerpo, establezcan una relación reflexiva y conciente con él, porque tal relación sólo podría disminuir su resistencia, reduciéndose así la calidad y la cantidad del trabajo que aporta"

Una relación reflexiva con el cuerpo tampoco es compatible con la intensa utilización que de éste tienen que hacer los niños y adolescentes en situación de calle, pero aquí no se trata de la necesidad de su utilización como herramienta o fuerza de trabajo integrada a un sistema productivo sino de su utilización intensa como herramienta de supervivencia que, en el marco de su exclusión, debe habituarse a convivir con la enfermedad, el dolor, la violencia, las inclemencias del tiempo, etc. Al vivir con un cuerpo expuesto a estas situaciones se ponen en juego un conjunto de mecanismos defensivos que ejercen una fuerza de negación sobre el síntoma, tal vez la única forma posible de seguir conviviendo con el malestar crónico y la angustia que se desprenden de tales condiciones de existencia. Una relación sensible y conciente con los múltiples mensajes que el cuerpo envía en las circunstancias de salud que los chicos atraviesan su vida no sería sino una fuente de angustia y sufrimiento constante que sólo podría disminuir su resistencia. La negación ejerce aquí su función defensiva negando las sensaciones mórbidas e inhibiendo cierto estado de conciencia corporal.

Temporalidades que obstaculizan las prácticas prevención:

Las actitudes de prevención "contienen (...) una filosofía implícita y exigen de quienes deben aplicarlas una cierta actitud general frente a la vida, y en especial frente al tiempo. (...) Requiere que los sujetos sociales adopten una conducta racional frente a la enfermedad que, replanteada como posible eventualidad en un plan de vida, puede ser dominada o superada por la previsión a largo plazo." (Boltanski, 1975) ¿Qué sucede entonces si no hay plan de vida ni largo plazo? La vida de los NASC se va en la supervivencia del día a día. El futuro no les ofrece mayores esperanzas ni proyecciones. Muchos ellos no se dejan persuadir por los mensajes que ponen énfasis en los riesgos y peligros a los que se enfrentan con el consumo de drogas, con la falta de prevención sexual, etc. Los chicos de por sí llevan una vida de riesgo y peligros cotidianos. Están más interesados en la supervivencia diaria que en riesgos o peligros de una enfermedad a largo plazo como el Sida o de los daños progresivos que el consumo de drogas les pueda ocasionar. Son una población que se enfrenta a la muerte porque ésta se les presenta como un peligro tangible. En más de una ocasión, los entrevistados hacían mención a esta posibilidad. "*Ese día yo pensé que me moría"; "me salvo ese pibe porque sino estaría en el cementerio* nos decían dos chicas de 14 años.

Podemos decir que así como se carga de significados el presente en relación pasado, las proyecciones futuras también dotan de sentido las experiencias personales. Si el pasado

vuelve al presente bajo el significado de una experiencia dolorosa y las proyecciones futuras son cargadas de negatividad o se encuentran vacías es de esperar que el presente esté también vaciado de sentido en relación a aquel futuro.

Transitar la incertidumbre día a día, muerta la idea del progreso, produce que los clivajes que daban sentido al presente en relación al futuro – aquellos que en la sociedad integrada se apoyaban sobre la educación y el trabajo, que en un contexto de seguridad social, eran asociados a la idea de un futuro mejor- se debiliten. Es comprensible que el vacío que se crea se corresponda en cuerpos infantiles, descuidados, desprotegidos, maltratados, con su propio descuido y desidia, con la falta de interés y con las conductas autodestructivas, como reacción o consecuencia de la falta de un pasado de contención (de afecto, de límites y protecciones) y la falta de una proyección futura.

Un mundo adulto sin trabajo, sin posibilidades de desarrollo y un mundo de desamparo personal son parte de la experiencia vivida por estos chicos que no logran proyectar un futuro.

Boltanski (1975) parece identificar, en la experiencia de los trabajadores de las clases populares, que basta con que el cuerpo cubra las necesidades del trabajo para que éste sea percibido como suficientemente saludable. Aquí ni siquiera aparece esta necesidad productiva, tan sólo la de ser sustrato material de una existencia llena de riesgos cuyos marcos de referencia parecen agotarse en el presente. Un presente que, como doloroso, más vale evadir.

3.4 Las dificultades de acceso de los servicios de salud.

Los NASC prefieren no ir a los hospitales hasta tanto no se encuentren en una situación de gravedad extrema. Esto, vimos, se relaciona con sus propias representaciones sobre el cuerpo y sobre la necesidad de atención. Estas representaciones se construyen en el marco social de sus condiciones objetivas de vida y de los procesos de interacción social en los que desarrollaron su experiencia.

3.4.1 La judicialización:

Por lo general, los chicos más grandes, con mayor experiencia de vida en la calle, no quieren ir a los hospitales porque temen ser judicializados. Asocian el hospital con la policía y tienen el temor de quedar detenidos; de pasar del hospital a la comisaría y de

allí a un instituto de menores. Esta situación, que aleja a los chicos de los hospitales, se funda en sus propias experiencias

- ¿Y por qué nunca fuiste al médico?

- Porque me iban a dejar preso" (Gabriel, 16 años)

El problema de la judicialización afecta considerablemente a las madres adolescentes (y por consiguiente a sus hijos) quienes expresan temor de ir al Hospital. Este temor se instala con el embarazo y permanece durante el nacimiento y primeros años de vida de sus hijos. Estas madres adolescentes resisten, primero, al hecho de ir al hospital para hacerse los controles y, luego, para atender la salud de sus hijos por miedo de que las encuentren incapacitadas en su maternidad y decidan quitárselos.

- Cuando nombramos los hospitales como el Ramos te decían "no, ahí no". Hay una representación de algo que te maltrata, que no te da lo que necesitás y que te pueden meter en cana o sacarte los hijos. (...) Bueno, embarazos adolescentes sin control, cero control (...) tienen miedo de que les saquen a su hijos. Una chica que yo atendí y le decía que tenía que ir a hacerse el control me lo decía así, tal "tengo miedo que cuando vaya al hospital me saquen a mi hijo". "¿Por qué te lo van sacar si sos la madre?", le dije yo. "Y... porque soy menor". Tienen el temor instalado de que les saquen los chicos. (Médica)

Aún cuando la legislación de la Ciudad de Buenos Aires -con la ley 114 de Protección Integral de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, basada en la Convención de los Derechos del Niños- ampara a los chicos frente a estas situaciones, el temor de ir al hospital está instalado en ellos. Este temor se mantiene porque también persiste el desconocimiento sobre la legislación vigente y los derechos de los chicos en el sistema de salud y porque, como señala García Méndez (1997), existe una contradicción jurídica debido a la coexistencia de ley de Patronato de 1919 y la ratificación de la Convención de los Derechos del Niño incorporada en 1994 como ley nacional, "dos leyes de naturaleza antagónica, tanto en su espíritu, cuanto en su letra". Este autor destaca que si bien las leyes basadas en la Convención de los Derechos del Niño plantean una divisoria de aguas en cuanto a la condición jurídica de la infancia, las modificaciones posteriores a la ley de Patronato no han logrado modificar "su espíritu y sustancias originales" y sostiene que en nuestro país hay dos tipos de infancias. Una infancia incluida (los niños y adolescentes) para quienes la Ley de Patronato, aún vigente, resulta indiferente y una infancia excluida (los menores) para quienes tal ley aún opera criminalizando su condición de pobreza y exclusión.

La legislación vigente de la Ciudad de Buenos Aires busca deslindar la prestación de salud de las conexiones jurídicas, pero se sigue manteniendo una cultura de la "compasión-represión que no sabe, no quiere, o no puede amparar a los sectores más

débiles de la sociedad, sin una previa declaración de incapacidad jurídica y social, y sin una condena explícita a formas flagrantes de estigmatización, segregación y confinamiento institucional." (García Méndez, 1997).

Al Consultar a un trabajador social sobre el funcionamiento de la ley 114 de protección integral nos decía lo siguiente:

- Funciona cuando quieren y cuando ejerces un elemento de presión, nada más pero la verdad que no pasa nada, con esa ley no pasa nada. (Trabajador Social)

3.4.2 La discriminación

A lo largo de su experiencia social, los chicos, atraviesan circunstancias cotidianas de discriminación y rechazo que no excluyen al sistema de salud. Los chicos tienen la representación de que el hospital es un lugar en el que tampoco pueden sentirse incluidos y respetados. Si bien, en ocasiones dicen haber sido bien atendidos, experiencias de maltrato y discriminación también operan en su imaginario y en la realidad alejándoles del sistema de salud.

- Me fui al Hospital Ramos Mejía pero me atendieron re mal. No me querían atender (...) yo pienso que porque no tenía documentos y porque soy de la calle, cuando es así no te quieren atender o te atienden a lo último, a lo último de todo.

- ¿Te atendieron al final?

- No, no me atendieron. (Federico, 18 años)

3.4.3 La imagen del hospital y del médico

Los chicos, en general, y los chicos en situación de calle, en particular, suelen querer todo al instante y cualquier límite que se interponga entre ellos y su deseo es interpretado en términos de autoritarismo y representa para ellos una frustración.

Tal vez por la no incorporación de la autoridad y los límites paternos en las primeras etapas de su desarrollo los chicos se encuentran en una situación en la que les cuesta aceptar la demora en la satisfacción de sus necesidades. Cuando esto es así (lo cual se agrega a las demoras propias del sistema de salud público) los chicos no soportan las esperas a las que tienen que someterse para ser atendidos en un hospital.

- ¿Cuando ustedes van al hospital? ¿Qué piensan de los médicos?

- Te hacen esperar mucho, dan muchas vueltas, o si no te tratan mal" (Laura, 14 años)

Por su parte las dificultades que tienen los chicos para seguir ordenadamente las pautas de espera del hospital público se agravan cuando tienen que emprender algún tipo de proceso que requiere varias visitas al hospital, hacerse estudios, sacar turnos, ver a

distintos profesionales. Cuando la situación es esta, se ve reducida la posibilidad de que estas instancias sigan un curso normal y los chicos puedan atravesar sin problemas un proceso de atención, diagnóstico y tratamiento.

En este mismo sentido ellos no pueden esperar a un tratamiento ni darle tiempo a la cura, ellos no hablan el mismo lenguaje que los médicos, se abre una significativa distancia social entre estos y aquellos. Los chicos no poseen los recursos simbólicos para comprender sus palabras y sus tiempos. Ellos por lo general quieren que los mediquen ahora, que les digan algo ahora, que les brinden una solución instantánea y los médicos no son profesionales que hayan sido preparados para guiar estas situaciones cuya eficacia terapéutica reside en buena medida en el vínculo que se genera entre el profesional y el paciente a partir de una comprensión y un conocimiento de sus condiciones de vida y representaciones.

Algunos chicos se expresaron en términos de desconfianza con respecto a los médicos y no ven en ellos una persona que pueda ayudarlos o brindarles una solución.

- Te atienden bien ¿no? pero también te atienden psicológicamente, te empiezan a sicologear. Que hacer esto es malo, que esto, que aquello, que esto otro. Ojo... yo respeto, es su trabajo pero a mí no me gusta porque yo pienso de que a mí me están mintiendo. Acá creo (por el micro) porque me lo dice bien pero allá en Liniers en la iglesia donde yo me iba a bañar hay un médico. A mí me dijo que si no me hacía ver de los pulmones y me quedaba tranquilo y que esto y lo otro a mi me quedaban 4 años de vida. De ahí dejé de creer en los médicos...

- ¿Vos sentís que...?

- Que te bolacean (Adrián, 22 años)

Cuando los chicos viven en el descuido y en el riesgo y sin un plan ni una filosofía implícita de vida que los motive a llevar adelante prácticas de prevención pueden reaccionar con cierto resquemor frente a este representante de la autoridad y el saber médico que exige ciertos cuidados al paciente, objeto de su saber.

Otros chicos hacían referencia a la irrelevancia de consultar al profesional. Ir al hospital o a ver al médico para algunos chicos carecía de sentido.

-¿Para que ir al médico? ¿A perder tiempo? (...)te dicen "no, no tenés nada". Te dicen así y perdiste 5 horas en el médico para que te digan "no tenés nada". "Tomáte un té con limón y andáte al sobre", te dicen. (Pedro, 15 años)

La imagen que los chicos construyan sobre el médico estará signada por las experiencias de atención que hayan tenido. Dirán que algunos los atienden bien y otros mal, que confían más en unos y menos en otros, pero en nuestras entrevistas se pudo entrever una actitud de desconfianza generalizada hacia los médicos.

Consideraciones finales:

Un gran número de niños y adolescentes han sido excluidos y lanzados a sobrevivir en las calles de nuestro país. Se encuentran en una situación de riesgo extrema. Todos sus derechos se encuentran vulnerados. Su vida en la calle se desarrolla en un medio hostil y peligroso que es fuente de un sin fin de riesgos que afectan severamente su salud física y mental. Socializados en un entorno de carencias materiales, carencias afectivas y violencia cotidiana, no logran encontrar alternativas a la marginalidad. En este marco construyen su identidad y sus representaciones. A los peligros del medio se suman todos los riesgos que se desprenden de sus propias prácticas, imprudencias y descuidos para consigo y para con los demás.

Resulta necesario asumir la situación de vulnerabilidad y urgencia en la que se encuentran estos niños y adolescentes para que a partir de un conocimiento profundo de sus principales riesgos y representaciones (en materia de drogas, sexualidad, alimentación, higiene, trabajo, accidentes, violencia, abusos, accesibilidad a los servicios de salud, etc.) se implementen las acciones necesarias para reducirlos. Pero atender lo urgente no debe hacernos perder de vista las cuestiones de fondo: la inequidad social, la falta de trabajo, la pobreza y el declive institucional siguen y seguirán dejando niños en las calles. Se torna imprescindible reformular aquellas políticas económicas y sociales que en los últimos años, con sus acciones y omisiones, han desencadenado en situaciones de profunda desprotección social, dejando en la marginalidad y exclusión a numerosos sectores de la población y emprender políticas de integración que apunten a terminar definitivamente con la niñez en la calle. Resulta necesario remover las condiciones que ponen en marcha una dinámica social productora de exclusión si es que queremos vivir en una sociedad integrada y sin chicos en las calles.

Bibliografía:

- Boltnaski, L.(1975) *Los usos sociales del cuerpo.* Periferia, Buenos Aires.
- Castel, R. (1997) *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Paidós, Buenos Aires.
- Duschatzky, S. y Corea, C. (2004) *Chicos en banda: los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones*. Paidós, Buenos Aires.

- García Méndez, E. (1997) *Derecho de la Infancia – Adolescencia en América Latina: de la situación irregular a la protección integral*. Forum Pacis, Ibagué (Tolima) Colombia.
- Grima, J. M. y Le Fur, A. (1999) *¿Chicos de la Calle o Trabajo Chico?*, Lumen, Buenos Aires.
- Kessler, G. (2002) "De proveedores, amigos, vecinos y barderos: acerca de trabajo, delito y sociabilidad en jóvenes del Gran Buenos Aires", en *Sociedad y Sociabilidad en la Argentina de los 90.* Biblos, Buenos Aires.
- Kessler, G. (2004) *Sociología del delito amateur.* Paidós, Buenos Aires.
- Lucchini, R. (1996) *Niño de la calle. Identidad, sociabilidad, droga.* Los libros de la Frontera. España.
- Svampa, M. (Ed.) (2000) *La transformación de las identidades sociales. Desde abajo*. Biblos, Buenos Aires.
- Wortman, A. (1998) "Usos de Durkheim en el análisis de las sociedades postajuste: las investigaciones sobre juventud en América Latina", en De Ipola, E. (comp.), *La crisis del lazo social: Durkheim cien años después*. Eudeba, Buenos Aires.