

2019

La calle un presente, pero no un futuro para vivir. La intervención de profesionales del Servicio Social del Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar Alende”, en la vinculación de personas adultas en situación de sinhogarismo con la familia u otras redes de pertenencia.

Laforgia, Fiorella

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

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/189>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Cs. De la Salud y Trabajo Social
Departamento de Trabajo Social
Licenciatura en Trabajo Social

TESIS DE GRADO

“La calle un presente, pero no un futuro para vivir”

La intervención de profesionales del Servicio Social del Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar Alende”, en la vinculación de personas adultas en situación de sinhogarismo con la familia u otras redes de pertenencia.

Tesistas:

Laforgia, Fiorella (Matricula 12030/13)

Scarabotti, Leonela (Matricula 11279/11)

Directora: Lic. Pasares, Griselda Claudia.

Co-Director: Mg. Martino, Alejandro.

Año 2019

Agradecimientos

Agradezco a mi familia, a los que hicieron posible que este sueño se haga realidad, a los que me acompañaron desde el principio sin dudar que este día llegaría, más temprano que tarde.

A mis amigos de siempre, y a los que se fueron sumando en el camino; a las personas que la universidad me dio la posibilidad de conocer, quienes me apoyaron, compartieron mis logros y me alentaron a seguir.

A los profesores que de una u otra manera me acompañaron en mi formación profesional; en especial a Pasares, Griselda, mi profesora de segundo año, con quien aprendí más que una teoría, aprendí lo importante que es tener pasión en lo que haces, aprendí a pelear por los sueños. Un tiempo después llego el día de elegir a una directora de tesis, donde entre idas y vueltas apareciste vos, no solo por tus conocimientos sobre la temática sino también, por la gran persona que sos.

Agradezco a mi co-director Martino, Alejandro, otro gran profesional que tuve la posibilidad de tener como profesor, quien me otorgo aportes valiosos y conocimientos innumerables.

A mi compañera, amiga y hermana de tesis, Scarabotti, Leonela, la persona más increíble que me llevo conmigo para siempre.

Y a todas las personas que hicieron que esto sea posible, porque si algo te enseña la universidad es a construir relaciones, a generar vínculos, y a compartir los logros.

¡Gracias a mi red de contención!

Laforgia Fiorella

A quienes me acompañaron en este proceso de formación e hicieron que sea más simple, a quienes se alegraron por mis alegrías y me apoyaron en mis tristezas.

A mi familia, por motivarme a estudiar, por festejar cada uno de mis logros y por hacerme sentir que estaban orgullosos de mí.

A Sol, por acompañarme, darme tanta contención y ser mi guía.

A mis amigas/os, las/os de siempre y las/os de ahora.

A las personas que día a día me enseñaron algo nuevo, porque cuando uno emprende el proyecto de irse a estudiar, se construye y deconstruye constantemente.

A Diego, un niño que me enseñó que la palabra y la contención son la mayor herramienta que puede tener una persona, que un abrazo calma todo, incluso el mayor de los enojos, que la constancia tiene sus frutos y que los miedos son lo único que nos limita.

A Griselda nuestra Directora, que sin dudar puedo decir que es alegría, profesionalismo, amor y paciencia juntos.

Alejandro, nuestro Co- Director, por brindarnos su generosidad y posibilidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica.

A Fiorella, mi compañera en este proceso y en la vida, una gran persona y amiga que me deja la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Porque nada en esta vida se logra individualmente, porque uno es, en función con otro. Porque este logro es mío, pero no hubiese sido posible llegar sin tanto amor y compañía.

¡Gracias a mi red de contención!

Leonela Scarabotti.

Índice

Introducción.....	5
<u>Capítulo 1: Aspectos metodológicos en la realización del trabajo</u>	
1.1 Metodología de investigación cualitativa.....	14
1.2 Entrevista abierta.....	16
1.3 Análisis documental.....	18
1.4 Entrevista semi-estructurada.....	20
<u>Capítulo 2: Sistema de Salud y Trabajo Social</u>	
2.1 Concepto de salud.....	23
2.2 Sistema de salud en Argentina	
Niveles de atención.....	26
2.3 Hospital público: Hospital Interzonal General de Agudos. “Dr. Oscar Alende”.....	28
2.4 Inicios del Servicio Social del Hospital Interzonal General de Agudos. “Dr. Oscar Alende”.....	30
2.5 Trabajo Social en el campo de salud.....	32
2.6 Concepción del término “Paciente Social”.....	33
<u>Capítulo 3: Políticas públicas y sinhogarismo</u>	
3.1 Políticas públicas y sociales.....	37
3.2 Concepto de Sinhogarismo.....	43
3.3 Características socio-demográficas de las personas en situación de sinhogarismo.....	45
3.4 Pobreza y exclusión.....	49

Capítulo 4: Estudio en torno a la familia e intervención profesional

4.1 Resignificaciones conceptuales de la familia.....	53
4.2 Vinculación familiar. Redes de contención y pertenencia.....	54
4.3 Intervención profesional del Trabajador Social con personas adultas en situación de sinhogarismo en el Hospital Interzonal General de Agudos. “Dr. Oscar Alende”.....	60
Conclusiones finales.....	65
Anexo.....	70
Bibliografía.....	82

Introducción

La presente investigación toma como punto de partida, interrogantes que surgen a dos estudiantes de la carrera Licenciatura en Trabajo Social al problematizar sobre los vínculos familiares u otras redes de pertenencia de las personas en situación de sinhogarismo que habitan las calles de la ciudad de Mar del Plata, buscando conocer cuáles son las herramientas y estrategias de intervención que poseen los Trabajadores Sociales para abordar la problemática en el campo de salud. Tomando como institución de referencia al Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar Alende”

Fundamentación

La problemática de las personas que se encuentran sin hogar, se engloba con el término “sinhogarismo”, dicho término es relativamente reciente y ha resignificado otras palabras de uso tradicional como indigente y mendigo.

Si bien, el término sinhogarismo es complejo de definir la Federación Europea de Organizaciones Nacionales que trabajan con personas en situación de sinhogarismo (FEANTSA) las considera como:

Aquellas que no pueden acceder o conservar un alojamiento adecuado adaptado a su situación personal, permanente y que proporcione un marco estable de convivencia, ya sea por razones económicas u otras barreras sociales, o bien porque presentan dificultades personales para llevar una vida autónoma. Cabrera, J, Pedro (citado en Avramov, 1995)

Las personas que se encuentran en situación de sinhogarismo sufren numerosas agresiones y vulnerabilidad en las condiciones de su vida cotidiana debido a las barreras sociales y/o económicas a las que se encuentran expuestas.

Siguiendo el artículo “Exclusión, aislamiento social y personas sin hogar. Aportes desde el método etnográfico” realizado por Bachiller, Santiago (2010), el “sinhogarismo”, implica el quiebre de muchos vínculos afectivos, afirmación que debe ser relativizada. En primer lugar, muchas personas en situación de “sinhogarismo” conservan parte de sus relaciones sociales con algunos de sus familiares. A través de la observación participante se confirma lo planteado por Rosenthal (1994) quien expresa que “la distancia familiar es, en gran medida, producto del estigma y de la incapacidad de reciprocitar”.

El término sinhogarismo se diferencia del término “Situación de calle”, este último abarca a las personas que se encuentran transcurriendo su vida en un espacio público, donde duermen y desarrollan su vida cotidiana, las personas que duermen bajo un techo provisorio, transitorio y que se ven obligados a pasar varias horas al día en el espacio público, personas viviendo en un régimen de tenencia inseguro y personas viviendo bajo amenaza de desalojo. Mientras que el sinhogarismo considera que la problemática no es solo la falta de un “techo”, sino también una familia y un trabajo, es decir, un hogar.

En entrevista con el Subsecretario de Desarrollo Social, Schutrumpf, Guillermo, se realizó un primer acercamiento en relación a la problemática de “situación de calle” en la ciudad de Mar del Plata, quien expresó que se llevaron a cabo dos relevamientos; el primero en el año 2015, con la correspondiente presentación pública de los datos en el Honorable Concejo Deliberante del Municipio de General Pueyrredón, donde se concretó la firma de un Acta Acuerdo entre el Defensor del Pueblo, el Municipio de General Pueyrredón y el Ministerio de

Desarrollo Social de la Provincia de Buenos Aires. A partir de los datos obtenidos sobre la temática, se realizó un segundo relevamiento llevado a cabo en el año 2016 por la ONG “Nada es imposible¹” y la Defensoría del Pueblo² de la Provincia de Buenos Aires, el cual no fue publicado oficialmente, según afirma el Subsecretario de Desarrollo Social.

A partir de este relevamiento se pudo dar cuenta que, en noviembre de 2016 había unas cuatrocientas cincuenta y cuatro personas en situación de calle (gente circulando en vía pública aún concurriendo a paradores como el Campito³); del cual el 83 % era de sexo masculino. En cuanto a las edades de las personas relevadas se observa que casi la mitad, el 46% se encontraba en el grupo etario entre 21 y 40 años, mientras que los grupos que integraban las edades de 41 a 60 años concentraban un 36% del total. El porcentaje restante pertenecía a la franja etaria de niños, niñas, adolescentes y adultos mayores. (Gráfico 1)

Se considera que dentro de este porcentaje de personas viviendo en la calle, se encuentran las personas en situación de sinhogarismo, sin poder recolectarse hasta el momento cifras actuales sobre tal problemática.

¹ “ONG en trámite, alentada por el sueño de dos hermanas con el deseo de poder transmitir un mensaje de esperanza y brindar oportunidades a quienes hoy no las tienen. Y así fue como de a poco comenzaron a contagiar con su alegría y trabajo a sus amigos, formando una red de voluntarios. Promoviendo el derecho a jugar, a tener una infancia feliz y que la calle no sea un lugar donde vivir”. (Nada es imposible, 2018, párr. 1)

² “Órgano de garantía, unipersonal, autónomo e independiente, que promueve los derechos individuales y colectivos de los habitantes de la provincia de Buenos Aires y quienes se encuentren en tránsito por ella. La elección del Defensor del Pueblo corresponde al Poder Legislativo, es decir, es nombrado por los miembros de ambas Cámaras Provinciales y permanece en el cargo por un período de cinco años, pudiendo ser reelegido para un segundo mandato”. (Defensoría de la Provincia de Buenos Aires, 2017, párr. 1-4)

³ “refugio municipal de la ciudad de Mar del Plata para que las personas que están en situación de calle puedan pasar la noche. “El Campito” tiene lugar para albergar a 74 personas y el hogar se divide para las personas que son asistidas por el “Operativo Frío” y para contener a personas con adicciones. Uno de los principales problemas que tiene el “Operativo Frío” es que los asistidos sólo pueden pasar la noche en ese lugar y luego deben volver a la calle; dicho programa funciona desde 2009”. (Ahora Mar del Plata, 2017, párr. 1-2)

Evaluando la diferencia constitutiva de ambos conceptos, se ha optado por utilizar el término *sinhogarismo*, que identifica claramente a la población objeto del presente escrito.

Definición del problema y Estado de la cuestión

Se visualizaron diversos aportes, de los cuales se tomaron los que se consideraron relevantes para nuestra investigación y actuales, ya que si bien es una problemática que se encuentra presente a lo largo de la historia está en constante cambio, en relación a su concepción, sus causas y estadísticas.

En primera instancia, se observa una tesis de grado de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata, llevada a cabo por la Lic. Sarchi, Betina Soledad (2014); “Personas en situación de calle: la intervención del Trabajador Social en el campo de la salud”. La autora expresa, que si bien no hay datos escritos que puedan aportarse a los inicios del Servicio Social, con la utilización de entrevistas recolectó información acerca de la trayectoria del Hospital Interzonal General de Agudos y la intervención de los Trabajadores Sociales, en el año 2014.

En segundo lugar, se hará mención a un artículo publicado por las estudiantes en práctica, Demartini, Francisca y Campusano, Javiera (2017), “La familia y la situación de calle: reflexiones desde una Feria de Servicios”. Las mismas expresan que por lo general frente a una situación de calle se visualizan dos tipos de personas, aquellas que tienen rechazo por sus familias y aquellas que por miedo al rechazo no retoman el contacto con estos.

Otro artículo que se visualizo, “Derechos humanos, Trabajo Social y Sinhogarismo. Enfoque practico desde un modelo participativo-creativo con personas sin hogar”, realizado por Bellerin Muñoz y Cordero Ramos (2017), manifiesta que son escasas las investigaciones que han analizado la problemática del *sinhogarismo* a partir de las experiencias vividas por los protagonistas.

Aportan, que el sinhogarismo cuestiona el cumplimiento de algunas leyes universales y estatales. Estos cuestionamientos no son ajenos a los derechos humanos, son consecuencia de su ausencia, la implicación directa de las instituciones políticas y sociales es un tema que no puede quedar relegado, al igual que el Trabajo Social como institución, ya que, deben ser nexos para el acceso y cumplimiento de los derechos humanos, entre ellos el acceso a una vivienda digna.

“En este inframundo que es el sinhogarismo viven o malviven seres humanos que adolecen de un mal que no es visible ante los ojos y los sentimientos del resto de la sociedad”. (Muñoz Bellerin y Corderon Ramos, 2017, p. 60)

“No tener las oportunidades reales para acceder a una vivienda o un empleo, son componentes que evidencian un sentimiento de exclusión”. (Muñoz Bellerin y Corderon Ramos, 2017, p. 59)

La cartografía social de las personas que sufren el sinhogarismo tiene como escenario un drama dividido en varias escenas. Una de estas escenas posibles es la desvinculación total o parcial con la familia, la comunidad, amistades, compañeros de trabajo, etc. (Muñoz Bellerin y Corderon Ramos, 2017, p. 60)

Se realizaron lecturas comprensivas de diversos informes, artículos y libros con el fin de lograr un acercamiento a la problemática del “sinhogarismo”.

En base a esto se plantean dos *problemas centrales*; como primer interrogante ¿Qué tipos de vínculos familiares u otras redes de contención predominan en las personas adultas en situación de sinhogarismo que se encuentran internados en el Hospital Interzonal General de Agudos de la ciudad de Mar del Plata? y como segundo interrogante, ¿Qué intervenciones lleva a cabo el Trabajador Social en relación a las estrategias de vinculación familiar u otras redes de pertenencia de dichas personas?

Al mismo tiempo se plantean dos *preguntas secundarias*; ¿Cuáles son las características socio- demográficas de las personas adultas en situación de sinhogarismo que se encuentran internadas en el Hospital Interzonal General de Agudos? y ¿Con qué recursos (programas o proyectos) cuenta el Trabajador Social para abordar la problemática socio-afectiva de dichas personas?

Objetivos de investigación

Por lo mencionado anteriormente, la presente investigación se planteo dos *objetivos generales*, en primer lugar; caracterizar los vínculos familiares u otras redes de pertenencia de las personas adultas en situación de sinhogarismo que se encuentran internadas en el Hospital Interzonal General de Agudos de la ciudad de Mar del Plata. Este entramado lleva a querer, en segundo lugar; conocer las formas de intervención de los profesionales en Trabajo Social, respecto a los vínculos familiares u otras redes de pertenencia de dichas personas.

Por otra parte, es necesario hacer mención de los *objetivos particulares*, los mismos pretenden; describir las características socio-demográficas de las personas adultas en situación de sinhogarismo que se encuentran internadas en el Hospital Interzonal General de Agudos; y conocer los recursos (programas y/o proyectos) con los que cuenta el Trabajador Social de salud para abordar dicha problemática.

El hospital, es una institución pública de salud de alta complejidad; su misión, consiste en proporcionar a la población una asistencia medico sanitaria completa, tanto curativa como preventiva. Se atiende a diferentes pacientes con o sin cobertura social.

El punto de encuentro entre el hospital, la salud y el sinhogarismo radica en que; en ocasiones, la persona que se encuentra en situación de sinhogarismo ingresa al hospital por problemáticas de salud; al momento del alta medico sanitaria, esta queda inhabilitada debido a la

situación social que padece la persona, generándose de esta manera la permanencia en el hospital bajo la denominación de “paciente social”; es decir, quedan institucionalizadas por su vulnerabilidad social frente a la necesaria continuidad en su cuidado.

Si bien se adhiere a que el término “paciente social” posee una connotación negativa, es imprescindible tenerlo en cuenta para llevar a cabo el proceso de investigación, dado que la institución que se ha tomado como referencia así lo denomina.

Para llevar a cabo el proceso de investigación se realizó un estudio de carácter exploratorio-descriptivo, abordando un número acotado de casos de las unidades de análisis, con el objetivo de trabajarlos en profundidad. En tal sentido se hará uso de una estrategia cuali-cuantitativa, en donde se privilegiara una descripción densa por sobre el análisis estadístico de casos.

La unidad de análisis de la investigación refiere, por un lado a las personas adultas en situación de sinhogarismo que se encuentran internadas en el Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar Alende”. Por otro lado las prácticas profesionales de los trabajadores sociales que se desempeñan en dicha institución, también serán objeto de análisis, atendiendo a las formas de intervención frente a las problemáticas asociadas al sinhogarismo.

La fuente de datos primaria estará formada principalmente en base a entrevistas realizadas sobre las unidades de análisis. Se realizaron entrevistas abiertas a personas adultas que se encontraban internadas por criterios sociales en el Hospital Interzonal General de Agudos, “Dr. O. Alende”, con la intención principal de comprender parte de su historia de vida, haciendo mayor énfasis en los vínculos familiares u otras redes de pertenencia; a su vez se realizaron entrevistas con mayor grado de estructuración a profesionales en Trabajo Social del Hospital

Interzonal General de Agudos “Dr. O. Alende”, en relación a la problemática de adultos en situación de sinhogarismo y su posible red de contención.

Como fuente secundaria se utilizó la técnica observación documental, de historias clínicas, para ampliar información sobre el objeto de estudio, identificando mediante su uso las características socio-demográficas de las personas en situación de sinhogarismo.

Estructura de la tesis

El trabajo aquí expuesto se presenta en cuatro capítulos:

El primer capítulo, da cuenta de los aspectos metodológicos utilizados para llevar a cabo el proceso de investigación, en función de los objetivos planteados.

El segundo capítulo, menciona las diferentes concepciones de salud según la Organización Mundial de la Salud (OMS), describiendo la coexistencia de los modelos que se han ido definiendo a lo largo del tiempo. En el mismo, se expone al sistema de salud en Argentina, haciendo mayor énfasis en la salud pública. A su vez, se realiza un breve recorrido histórico de la formación del Hospital Interzonal General de Agudos (en adelante HIGA) y del Servicio Social; se describe el Trabajo Social en el campo de salud, ubicando a la disciplina en el contexto de las Ciencias Sociales y del enfoque psicosocial con la perspectiva de redes. Por último se da a conocer la concepción del término “paciente social” utilizada por profesionales de salud.

El tercer capítulo, define en primer lugar, las políticas públicas y sociales, haciendo alusión a la importancia que tienen las políticas del cuidado ya que las mismas se relacionan con el diamante Estado-Mercado-Comunidad-Familia. A continuación se conceptualiza el sinhogarismo, distinguiéndose entre el termino “techo” y el de “hogar” y al mismo tiempo se aportan características socio-demográficas de las personas que se encuentran en situación de

sinhogarismo. Finalizando el capítulo se da a conocer la relación que existe entre los fenómenos exclusión-pobreza con dicha problemática y como estos afectan el nivel de vida de las personas.

El cuarto capítulo, busca dar cuenta sobre las resignificaciones conceptuales en torno a la familia según diferentes autores y contextos históricos, definiendo los vínculos familiares u otras redes de contención y pertenencia de las personas. Se muestra como es la intervención profesional del trabajador social con personas adultas en situación de sinhogarismo internadas como “pacientes sociales” en el HIGA.

Por último, se exponen las propuestas y conclusiones finales en relación a la temática investigada, con el propósito de dar a conocer el aprendizaje que generó este proceso de investigación, donde se originaron nuevos conocimientos e interrogantes.

Para llevar a cabo el proceso de investigación se tuvieron en cuenta las evaluaciones realizadas en el plan de tesis por:

- Comité de Investigación del Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar Alende” (HYDRA, docencia).
- Comité de Bioética del Hospital Interzonal especializado Materno Infantil “Victorio Tetamanti” (HIEMI) – Hospital Interzonal General de Agudos, “Dr. Oscar Alende” (HIGA) Mar del Plata.
- Comité de Investigación de la Universidad Nacional de Mar del Plata; Programa Temático Interdisciplinario de Bioética (PTIB), inscripto en el Registro Provincial de Comités de Ética en Investigación dependiente del Comité de Ética central en Investigación-Ministerio de salud de la Provincia de Buenos Aires.

Capítulo 1: Aspectos metodológicos en la realización del trabajo

1.1 Metodología de investigación cualitativa

La metodología que se consideró propicia para llevar adelante la presente investigación es de tipo cualitativa, adhiriendo al concepto de Denzin y Lincoln. La misma: “implica un enfoque multi-metódico, interpretativo y naturalista del mundo, lo que significa que los investigadores cualitativos estudian sus casos en sus escenarios naturales, intentando entender o interpretar los fenómenos en función de los significados que las personas les dan”. (Denzin y Lincoln, 2012, p. 49).

Tal como se puede advertir, es muy frecuente que se mencione entre las características de la investigación cualitativa la de ser “naturalista”, o abordar “situaciones naturales”. Sin embargo, cabe destacar que el término “natural” no supone el empleo del modelo de las ciencias naturales, con sus presupuestos ontológicos y epistemológicos como vía de acceso al conocimiento de la realidad social. Si no, que el mismo hace referencia a situaciones, acciones, procesos, acontecimientos reales y concretos, a interacciones espontáneas o preexistentes. En donde los investigadores observan, analizan y tratan de captarlos, tan completamente como les sea posible en toda su complejidad, intentando no controlarlos ni influir sobre ellos. (Vasilachis, 2006, p. 4)

Siguiendo a Vasilachis (2006) dicha metodología consta de:

El estudio, uso y recolección de un conjunto de materiales empíricos tales como estudio de caso, experiencia personal, historia de vida, entrevista, textos observacionales, entre otros. Logrando de esta forma describir los momentos

habituales, situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas.

(p. 2)

El propósito de la misma es dar cuenta de las formas en las que el mundo social es interpretado, comprendido, experimentado y producido.

De esta forma, el proceso de investigación cualitativa supone:

- el conocimiento de la vida cotidiana de la situación seleccionada.
- la valoración y el intento por comprender la perspectiva que las personas tienen sobre su vida cotidiana.
- la consideración de la investigación como un proceso interactivo entre el investigador y los sujetos, la cual privilegia las palabras de las personas y su comportamiento observable como datos primarios.

La unidad de análisis focal de tal estudio estará constituida por las personas adultas en situación de sinhogarismo, que se encuentran internadas por criterios sociales en el Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar Allende”.

Las prácticas profesionales de los trabajadores sociales que se desempeñan en dicha institución, también serán objeto de análisis, atendiendo a las formas de intervención frente a las problemáticas asociadas al sinhogarismo; en particular con las personas adultas que se encontraban al momento de la realización de las entrevistas, internadas como “pacientes sociales”. Este trabajo propone realizar un estudio básicamente descriptivo, abordando un número acotado de casos, con el objetivo de trabajarlos en profundidad.

Como fuente secundaria se tuvieron en cuenta historias clínicas de las personas adultas internadas como “pacientes sociales”; esta actividad fue supervisada por las Licenciadas en

Trabajo Social pertenecientes al área de Servicio Social del Hospital Interzonal General de Agudos.

En función de los objetivos de investigación planteados, se hizo uso de técnicas como entrevista abierta, análisis documental y entrevista semi-estructurada.

1.2 Entrevista abierta

La entrevista es una de las técnicas más utilizada en el quehacer del Trabajador Social.

Desde el Trabajo Social, Vélez Restrepo (citado en Aguilera, 2005) se refiere a la entrevista como:

Un evento dialógico propiciador de encuentros entre subjetividades que se conectan o vinculan a través de la palabra permitiendo que afloren representaciones, recuerdos, emociones y racionalidades pertenecientes a la historia personal, a la memoria colectiva y a la realidad socio cultural de cada uno de los sujetos implicados. (p. 35)

Se entiende que la entrevista en Trabajo Social, es una técnica de interacción social que se funda en una relación interpersonal que permite la comprensión de una situación intersubjetiva, la construcción de un problema que requiere ser transformado y el tránsito por un proceso de actuación que permita alcanzar la transformación. (Aguilera, 2005, p.36)

Siguiendo la perspectiva de Alonso (2003) “la entrevista es un proceso comunicativo por el cual un investigador extrae información de una persona que se encuentra contenida en la bibliografía de ese interlocutor” (p. 67). Expone que la entrevista se construye como un discurso

enunciado principalmente por el entrevistado pero que comprende las intervenciones del entrevistador.

“En la entrevista se pretende comprender una parte del mundo subjetivo del entrevistado mediante la manifestación de su comportamiento comunicacional y por ello es él quien determina el campo de la misma”. (Aguilera, 2005, p. 37).

Así como el campo de la entrevista es desplegado por el entrevistado, el encuadre de la misma es dirigido por el Trabajador Social.

Las entrevistas permiten captar la vida cotidiana, permiten a la gente describir y hablar sobre sus propias vidas, con sus propias palabras.

“La técnica de entrevista abierta se presenta útil para obtener información de carácter pragmático, de cómo los diversos sujetos actúan y reconstruyen el sistema de representaciones sociales en sus prácticas individuales”. (Alonso, 2003, p. 72).

Para llevar a cabo esta técnica, se entrevisto a tres personas adultas en situación de sinhogarismo internadas al momento de la investigación como “pacientes sociales” en el Hospital Interzonal General de Agudos de la ciudad de la ciudad de Mar del Plata, con el objetivo de conocer y caracterizar los diferentes vínculos familiares. (Ver anexo)

Para la selección de las personas entrevistadas, se tuvieron en cuenta los criterios de inclusión: edad, y situación problema (sinhogarismo); y como criterios de exclusión a personas con problemáticas de salud mental. El punto fundamental fue que el entrevistado esté dispuesto a hablar de sí mismo, de su experiencia y de su familia, priorizando la dignidad de los sujetos participantes. El numero de entrevistados corresponde a la cantidad de personas que se encontraban internadas como “pacientes sociales” al momento de la investigación.

Se tuvieron en cuenta condiciones éticas; todas las entrevistas se realizaron con previo consentimiento informado, de forma anónima y confidencial, teniendo presente a lo largo del proceso el secreto profesional. Esto se enmarca en la Ley. 25.326 de protección de los datos personales.

Al momento de llevar a cabo las entrevistas abiertas se utilizó el consentimiento informado, sugerido por el HIGA (ver anexo). Dicho consentimiento fue leído a la persona antes de la utilización de la técnica de entrevista, con la intención de que sea absolutamente comprendido por la misma.

Se adhiere a cuidar a la persona, su historia y sus vivencias por lo que se dialoga con diversos profesionales con experiencia, para poder llevar a cabo el proceso.

1.3 Análisis documental

La Observación según Beltran, Villalva Miguel, puede ser entendida como: “...la herramienta inmediata de producción de datos relativos al comportamiento verbal y no verbal de individuos y grupos en determinadas situaciones, con objeto de inferir conclusiones sobre estructuras, instituciones o procesos sociales”. Este autor otorga la adjetivación de inmediata, ya que no requieren de instrumentos (cuestionario por ejemplo), sino que el investigador entra directamente en contacto con lo observado.

En este sentido, la observación puede ser usada como una técnica principal de producción de conocimientos, o como herramienta complementaria de otros dispositivos. La observación es fundamentalmente una interrogación de la realidad, y de uno mismo como observador. Permite recuperar conocimientos de hechos, situaciones de la realidad en la que actuamos, desde un mirar intencionado.

El análisis documental se instaura a partir de la necesidad de facilitar el acceso de las personas a las fuentes de información, las cuales han ido incrementando su volumen de producción. Los métodos de recuperación, entre los que se encuentra el análisis documental, responden a tres necesidades informativas de las personas, en primer lugar, conocer lo que otros pares científicos han hecho o están realizando en un campo específico; en segundo lugar, conocer segmentos específicos de información de algún documento en particular; y por último, conocer la totalidad de información relevante que exista sobre un tema específico. (Morillo y Vera, 2007)

Hernández, Solís (2003) lo define como: “la operación que consiste en seleccionar ideas informativamente relevantes de un documento, a fin de expresar su contenido sin ambigüedades para recuperar la información contenida en él”.

La observación documental, consiste en ponerse en contacto con esa parte de la realidad que se ha de investigar y en la que se ha de actuar, a través de lo que otros vieron o estudiaron en ella. Los documentos son hechos de algo que ha pasado; existen diferentes clases de documentos: fuentes históricas, fuentes estadísticas, informes, memorias, documentos oficiales, documentos instituciones (por ej. Historia clínica del paciente), archivos, etc.

Esta técnica tuvo como objetivo, analizar historias clínicas de las personas entrevistadas internadas como “pacientes sociales” en el Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar Alende”. Los datos recolectados, fueron utilizados para identificar y ampliar la información sobre las características socio-demográficas de dichas personas (Técnica supervisada por la Lic. en Trabajo Social Ullua, María José).

La revisión de historias clínicas se llevo a cabo a través de un protocolo que atiende a las siguientes dimensiones: datos de base, condiciones de internación, situación de externación, intervención de Servicio Social, situación socio económica familiar y soporte social post alta.

1.4 Entrevista semi-estructurada

La entrevista semi estructurada es un punto intermedio entre la entrevista abierta y la entrevista estructurada. Abarca por un lado, un cuestionario estructurado dirigido a los aspectos institucionales, y por el otro, preguntas abiertas en relación a la población que hace uso de los servicios que tal institución brinda.

Al igual que las entrevistas abiertas suponen una conversación entre dos personas dirigida y registrada por el entrevistador con el objetivo de generar un discurso sobre un tema definido por la investigación.

El entrevistador a la hora de llevar a cabo la entrevista cuenta con un guión prediseñado, pero el mismo puede ser modificado en el desarrollo de la misma, para indagar sobre aquellas cuestiones no previstas que van surgiendo y que pueden aclarar aspectos importantes de la temática en estudio.

...El entrevistador puede decidir libremente sobre el orden de presentación de los diversos temas y el modo de formular las preguntas... El entrevistador puede plantear la conversación de la forma que desee, plantear las preguntas que considere oportunas y hacerlo en los términos que le parezcan convenientes, explicar su significado, pedir al entrevistado que le aclare algo que no entiende o que profundice sobre algún aspecto cuando lo estime necesario, y establecer un estilo propio y personal de conversación. (Corbetta, 2003, p. 353)

“El entrevistador no abordará temas que no estén previstos en el guión, pero tiene libertad para desarrollar temas que vayan surgiendo en el curso de la entrevista y que considere importantes para comprender al sujeto entrevistado...” (Corbetta, 2003, p. 353)

Esta forma de entrevista otorga libertad tanto al entrevistado como al entrevistador y al mismo tiempo garantiza que se discutirán los temas que son relevantes para la investigación a fin de recopilar toda la información necesaria.

Esta técnica, se utilizó con el fin de realizar entrevistas a dos trabajadoras sociales del Hospital Interzonal General de Agudos; la Lic. Ullua, María José y la Lic. Giangreco, María Jimena, para percibir la intervención de las mismas en relación a la vinculación familiar o otras redes de pertenencia de las personas adultas en situación de sinhogarismo, que se encontraban internadas en el Hospital Interzonal General de Agudos, de la ciudad de Mar del Plata, y para conocer los recursos (programas y/o proyectos) con los que cuenta el Servicio Social de dicho hospital. (Ver anexo)

Se realizan dos entrevistas a profesionales de la totalidad de las Trabajadoras sociales del Servicio Social del HIGA, debido a que las mismas tenían conocimiento sobre la temática a investigar.

“La calle un presente, pero no un futuro para vivir”

Marco Teórico

CAPÍTULO 2: Sistema de Salud y Trabajo Social

2.1 Concepto de Salud

La concepción de salud ha evolucionado a lo largo de la historia:

-La Organización Mundial de la Salud⁴ (en adelante OMS) en 1946, la consideraba como la “Ausencia de enfermedad” que sólo contemplaba la parte física o biológica de la salud.

-En 1978, en la declaración de Alma Ata (Conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud), adopta un cambio en el concepto de salud, la definió como: “un estado complejo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” Contemplaba las dimensiones psicológica y social, además de la biológica.

Este hito histórico, que considero el desarrollo de nuevos paradigmas en la atención a la salud de las personas, supuso no solo acentuar el carácter social de las disciplinas sanitarias, sino también el carácter interdisciplinar de las intervenciones en salud, interdisciplinariedad que incluyo al Trabajo Social como la profesión de referencia para la parte social de esta nueva concepción de salud. (Osler, 2013, p 1).

-En 1985, se considero a la salud como la “Capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente” relacionando a la salud con el desarrollo personal o autorrealización y subrayando la interacción persona y ambiente, físico y social, en el que vive la persona.

⁴ “Es el organismo internacional del sistema de las Naciones Unidas responsable de la salud. Constituido por un grupo de expertos que elaboran directrices y normas sanitarias, y ayudan a los países a abordar las cuestiones de salud pública, apoyar y promover las investigaciones sanitarias. Por mediación de la Organización Mundial de la Salud, los gobiernos pueden afrontar conjuntamente los problemas sanitarios mundiales y mejorar el bienestar de las personas”. (Ecu Red, s.f, párr. 1)

En el campo sanitario se han generado tres modelos vinculados: biológico, bio-ecológico y social. “Se han ido estructurando por la evolución del pensamiento, las ciencias y la investigación y por la influencia de los contextos socio-políticos de cada momento histórico”. (Catellanos, 1995)

El biológico, entiende la salud como ausencia de enfermedad. Es unívoco, la medicina es la encargada de estudiar la enfermedad, y por lo tanto, es el médico el único capaz de tomar decisiones. No se tiene en cuenta el contexto en el cual se desarrolla la persona, se lo descontextualiza.

El bio-ecológico, se orienta hacia una visión dinámica de la salud. No se limita meramente a lo biológico, también tiene en cuenta los aspectos psico-sociales. Sin embargo, este modelo no logra dar cuenta de la complejidad de los procesos sociales, dado que las dimensiones psico-bio-sociales se plantean como una sumatoria, pero no esboza las interrelaciones que existen entre las mismas.

Por último, la perspectiva social entiende a la salud-enfermedad como: “un proceso histórico-social, fluctuante, multi e interdeterminado por causas sociales. En este modelo, ingresan las ciencias sociales al campo sanitario, la ciencia médica, las disciplinas auxiliares y el medio ambiente...” (Castellano, 1995). Mediante esta concepción, la salud-enfermedad es abordada de forma integrada y global teniendo en cuenta las diferentes instituciones y disciplinas, así como también al individuo, la familia, la comunidad y la sociedad, redirigiendo el foco de intervención en salud, haciendo mayor énfasis en el contexto social.

Esta perspectiva, es de suma importancia para la investigación ya que visibiliza la importancia de las prácticas profesionales en Trabajo Social para la intervención en salud, buscando dar participación en el proceso de resolución de problemas a quien lo padecen. La

persona deja de ser objeto de intervención para pasar a ser sujeto de derecho dando preponderancia a las necesidades de la misma.

“Se debe considerar al paciente como una persona con capacidad de acción y protagonismo, con potencialidades que actualiza con otros en su medio. Esta concepción no se centra en la patología ni en las disfunciones” (Castellanos, 1995).

Se entiende a la salud y la enfermedad como la interacción entre los factores sociales, físicos y psicológicos, por lo tanto la atención en salud implica tener en cuenta estos tres factores.

La OMS tiene como idea central que la medicina y los servicios de salud son solo uno de los factores que tiene influencia sobre la salud de la población; hallándose el factor principal en el amplio espectro de condiciones sociales y económicas en que vive la gente: la pobreza en sus diversas manifestaciones, las injusticias, el déficit de educación, la inseguridad en la nutrición, la marginalización social y la discriminación, la protección insuficiente de la infancia temprana, la discriminación contra la mujer, la vivienda insalubre, el deterioro urbano, la falta de agua potable, la violencia generalizada, las brechas y disparidad en los sistemas de seguro social. (Berlinguer, p. 6, 2007).

Conocer el estado de salud de los individuos es estudiar los diferentes determinantes relacionados con la biología de la persona, con el medio ambiente, con el sistema de salud que atiende y con los estilos de vida que caracterizan su comunidad y por consiguiente, con su cultura.

Por lo mencionado anteriormente se considera a la Salud como un derecho humano pertinente a toda persona; donde todos los países asumen esta nueva concepción de salud y reorganizan sus estructuras y sistemas sanitarios para poder conseguirla y desarrollarla.

2.2 Sistema de salud en Argentina

El sistema de salud en Argentina puede ser definido como amplio en términos de cobertura, segmentado en cuanto al número de participantes y con una marcada separación entre las funciones. Está compuesto por tres subsistemas particulares: el público, el de las Obras Sociales y el privado.

En este sentido, un primer problema que surge al abordar el área de salud, se liga a la heterogeneidad reinante en su interior, puesto que la fragmentación de las instituciones que lo componen se constituye en su rasgo distintivo. A su vez, su falta de coordinación y articulación impide la conformación de un “sistema formal” de salud y atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura (Acuña, 2002, p. 4)

No sólo se observa, en este sentido, la falta de integración entre los distintos subsistemas, sino que dentro de cada uno de ellos también existen serios niveles de fragmentación.

En el caso del subsector público, tradicionalmente se ha observado la existencia de una falta de articulación entre las diferentes jurisdicciones (Nacional, Provincial, Municipal). En el caso de los subsectores de la seguridad social (Obras Sociales) y privado, están compuestos por un gran número de organizaciones heterogéneas en cuanto al tipo de población que agrupan, cobertura que brindan, recursos financieros por afiliado y modalidad de operación (Acuña, 2002, p. 4)

Debido a que la institución objeto (HIGA) de la presente investigación se encuentra enmarcada en el sistema de salud público se hace necesario profundizar sobre el mismo. Este sistema provee servicios de salud de forma gratuita a toda la población, a través de una red de hospitales públicos y centros de salud. Abarca en su mayoría a grupos sociales de bajos ingresos, es decir, que la población que se constituye en demanda mayoritaria de este subsector, es la que carece de cobertura de alguno de los otros dos subsectores.

La salud pública, es la actividad destinada a mejorar la salud de la población. El objetivo de la salud pública es evitar enfermedades, prolongar la vida y desarrollar la salud física, mental y la eficiencia, a través de esfuerzos organizados de la comunidad, para el saneamiento del medio ambiente, el control de las infecciones en la colectividad, la organización de los servicios médicos para el diagnóstico precoz y prevención de las enfermedades. (Czeresnia, 2006, p. 21)

En cuanto a las funciones y responsabilidades de la salud pública se hace necesario plantear los distintos *niveles de atención* dependiendo del momento de la intervención, sea esta primaria, secundaria o terciaria.

-Intervención preventiva primaria: “se produce antes que la enfermedad aparezca y está encaminada a proteger a las poblaciones vulnerables frente a aquellos factores que pueden generar la enfermedad.” (Czeresnia, 2006, p. 21).

Lo más importante en esta área es mejorar las condiciones económicas y sociales de la población y ofrecerle los instrumentos necesarios para defender y representar mejor sus intereses.

-Intervención preventiva secundaria: “encaminada a intervenir en la fase pre-sintomática o silenciosa de la enfermedad y frenar su desarrollo en los momentos iniciales” (Czeresnia, 2006, p. 21).

-Intervención preventiva terciaria: “se produce cuando ya el individuo está enfermo y se interviene para reducir el daño, curarlo” (Czeresnia, 2006, p. 22). Incluye la medicina curativa y la atención de crónicos.

Se debe plantear que la medicina y la salud pública son intervenciones sociales, ya que la situación de salud de cada de población, se articula estrechamente con sus condiciones de vida. El ámbito de la intervención de la salud pública, incluye desde las unidades familiares hasta las instituciones vinculadas directamente con la reproducción del poder político y económico.

2.3 Hospital Público: Hospital Interzonal General de Agudos. “Dr. Oscar Alende”

Este apartado pretende contextualizar la institución de referencia utilizada para llevar a cabo el proceso de investigación.

La OMS entiende al hospital como:

Parte integrada de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia medico sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar, el hospital es también un centro de formación de personal médico-sanitario y de investigación bio-social. Según sus características se distinguen entre hospitales de día, de agudos, de crónicos, etc. Los hospitales públicos son las instituciones principales del sistema de salud pública argentino. (Nación y Salud, 2013)

En la ciudad de Mar del Plata en 1948, comienza una obra destinada a la atención hospitalaria. Si bien las primeras acciones se iniciaron de inmediato, la labor principal dio comienzo a mediados del año 1950.

En septiembre de 1955, al producirse el golpe de Estado contra el gobierno del presidente Juan Domingo Perón, el nuevo hospital ubicado en Av. B. Justo y 164, permaneció con sus puertas cerradas.

En 1960, el “Dr. Oscar Alende” obtuvo del Gobierno de Nación la transferencia del Hospital Regional de Mar del Plata a la jurisdicción de la provincia. El traspaso se concretó y en 1961 se formula un anuncio concreto sobre la habilitación del HIGA.

El mismo, depende del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires. Es necesario, referir al significado de cada término en particular definidos en el decreto 4790/72:

Interzonal: según el artículo 8, inciso b de dicho decreto, se habla de que un hospital de alta complejidad, es aquel con una capacidad de más de 300 camas con un perfil de equipamiento que le permita cumplir cualquier acción de atención médica. Su área de influencia sobrepasa al de una zona o región sanitaria pudiendo llegar, en ciertos casos, a ser de influencia provincial. El HIGA comprende 17 partidos⁵.

Cuando nos referimos a alta complejidad, hacemos hincapié en aquellas áreas de la salud con amplia gama de especialidades médicas y quirúrgicas apoyada por servicios auxiliares de gran complejidad, que en el nivel del HIGA comprende servicios como radioterapia, medicina nuclear y cuidados intensivos.

⁵ “General Pueyrredon, Mar chiquita, Tandil, Necochea, Miramar, Maipú, Lobería, Mar de Ajó, San Bernardo, Coronel Vidal, Ayacucho, General Guido, San Clemente, Pinamar, Villa Gesell, Balcarce, General Alvarado y General Madariaga”.

General: según el artículo 6, es aquel que se encuentra en condiciones de recibir pacientes con riesgo de sufrir diversos tipos de patologías. Hace referencia a la atención, cualquiera sea la necesidad de la población, hombres y mujeres mayores de 15 años, con o sin obra social.

Agudos: según el artículo 7, es aquel destinado al diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades de comienzo brusco y/o evolución breve.

Los recursos financieros con los que cuenta el hospital son destinados desde el Ministerio de Salud y Acción Social de la Provincia de Buenos Aires, los del Sistema de Atención Médica Organizada (de ahora en más SAMO) y las donaciones particulares.

Desde el 16 de octubre de 1979 el HIGA como otros cuarenta establecimientos de la provincia, quedan incorporados a la estructura del SAMO, iniciando automáticamente el cobro de aranceles estipulados para las distintas prestaciones profesionales. Este arancelamiento tiene tres categorías:

- Obras sociales, mutuales y seguros
- Paciente sin cobertura pero con capacidad económica
- Paciente sin cobertura pero sin capacidad económica

El sistema del SAMO permite que el hospital al ser descentralizado pueda cobrar a las obras sociales en forma directa, las distintas prestaciones brindadas a los pacientes y así los cobros son directamente depositados a la cuenta corriente del hospital.

2.4 Inicios del Servicio Social del Hospital Interzonal General de Agudos. “Dr. Oscar Alende”

El Servicio Social del HIGA, comienza a funcionar poco después de la apertura de dicho hospital. Se tomó como referencia, la tesis de grado de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata, llevada a cabo por la Lic. Sarchi Betina Soledad (2014); “Personas en situación de calle: la intervención del Trabajador Social en el campo de la salud”. La autora

expresa, que si bien no hay datos escritos que puedan aportarse a los inicios del Servicio Social, con la utilización de entrevistas recolectó información acerca de la trayectoria.

Ante la apertura del hospital en el año 1961, se designó el personal, entre las cuales se encontraban dos telefonistas, Gonzales, María Esther y Mansero, Estela. Al tiempo de estar en actividad la Sra. Gonzales, propone armar el Servicio Social; en ese entonces regía la ley de reforma hospitalaria, Ley Provincial nº6462, a partir de la cual se establece poner el hospital como planta piloto número uno.

El Servicio Social, dependía del departamento técnico que se creó con el fin de evaluar la condición socioeconómica de las personas que concurrían al hospital, a fin de verificar su situación previsional y de alcance a sistemas de salud de tipo privado, así también como a las posibilidades económicas para la atención particular.

Cuando el hospital reabre sus puertas después del Golpe de Estado, la Lic. Blanca Re es nombrada como jefa del Servicio Social.

En el año 1980 con el surgimiento del SAMO se vuelve al arancelamiento del hospital, se trasladan Asistentes Sociales de la región hacia el hospital y se nombra a cuatro Trabajadoras Sociales más.

En entrevista con María José Ullúa, una de las Trabajadoras Sociales del HIGA, surge que el Servicio Social en la actualidad está conformado por nueve profesionales de planta permanente, una de ella la jefa de servicios, un instructor de residentes, un jefe de residentes, seis residentes y tres administrativos.

El Servicio Social, atiende la demanda espontánea y accede a los casos sociales por el primer contacto con el paciente o a partir de las interconsultas realizadas por otras disciplinas, aborda problemáticas sociales, a su vez busca resolver las necesidades que surgen de la atención

en salud-enfermedad de la población a fin de favorecer la accesibilidad a los recursos que se requieren para el diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud, con el objetivo de contribuir con sus acciones, a la mejora de la calidad de vida del paciente y su familia.

2.5 Trabajo Social en el campo de salud

Como se menciona en el apartado anterior, uno de los campos que ocupa el trabajador social es el sector sanitario, donde su labor es intervenir con individuos, familias y comunidades.

En el campo de la salud, el Trabajo Social es definido como la actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psico-sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad... (Rodríguez, Ligia y Anchundia, 2017, p. 5)

Se hace necesario realizar un estudio de la situación de cada persona, teniendo en cuenta factores bio-psico-sociales, considerando no solo las necesidades sanitarias que son determinadas por el médico y la enfermera, sino también las posibilidades sociales que harán posible el acompañamiento y el cumplimiento terapéutico en las condiciones óptimas, generando una atención integral, multidisciplinar.

Las Trabajadoras Sociales se proponen como objetivo general el de promover los derechos de los pacientes; como objetivos específicos: sostener el mayor nivel de autonomía por parte de los pacientes, procurar un adecuado período de internación; y favorecer las condiciones de externación más apropiadas para la situación particular de cada paciente. (Troini, 2011, párr. 6)

Lo fundamental es que el Trabajador Social aporte al campo de la salud una mirada que permita comprender la necesaria interrelación bio-psico-socio-cultural y la calidad de salud de individuos, grupos y comunidades. Además la intervención del Trabajador Social en salud asume el estudio, diagnóstico y tratamiento de las situaciones concretas de malestar bio-psico-social-ambiental que inciden en la pérdida de salud (Sarchi betina, 2014, p. 24)

“Lo que busca el trabajador social en el área de salud no es solo la comprensión o explicación de una enfermedad en particular, sino el porqué de la pérdida de salud, qué factores suman a que esa enfermedad se manifieste...” (Sarchi Betina, 2014, p. 34)

2.6 Concepción del término “Paciente Social”

Debido a que en el ámbito hospitalario se utiliza el término “paciente social” para denominar a las personas que se encuentran internadas y requieren intervención por parte del Servicio Social, se hace necesario profundizar en dicho termino.

En la Guardia se entiende por “paciente social”, a aquellos sujetos que al ingresar al hospital presentan motivos de interconsulta para el Trabajo Social, como ser: provenir de estar en situación de calle, hacer uso problemático de sustancias psicoactivas, ausencia de vivienda donde regresar al momento del alta, presentar una débil red social o su inexistencia. (Troiani, 2011, párr. 13).

Tanto la Lic. en Trabajo Social, Giangreco, Jimena como la Lic. en Trabajo Social Ullua, María José, manifiestan en las entrevistas llevadas a cabo que tienen una controversia con la palabra “pacientes sociales”, no están de acuerdo con dicho término, sostienen que sociales somos todos, en el uso hospitalario es la forma de expresarse del médico, el enfermo; se trata de

reforzar esta cuestión porque atrás de este concepto hay todo un estigma. Para ellas es el paciente que ingresa, que tiene el alta clínica, la que no puede efectuarse por razones sociales, por encontrarse en situación de calle; por no tener algún familiar o persona de su red primaria que pueda brindarle asistencia en ese momento; porque no tiene obra social; porque no posee ingresos económicos estables para alquilar una vivienda; se encuentra desocupado; consumo problemático de sustancias psicoactivas, etc. es decir, que las internaciones por cuestiones sociales son un elemento complementario del alta médico/sanitario.

La Lic. Ullua, María José, expresa que una de las características que presentan las personas que quedan internadas como “pacientes sociales”, es la de no tener un hogar al cual regresar al momento del alta. Dentro de los motivos de ingresos al hospital, se encuentran heridas de arma blanca que sufren en la calle; golpizas, caídas; estas situaciones son naturalizadas ya que al vivir en la calle están expuestos a distintas formas de violencias como lo es, el robo de sus pertenencias.

Debido a esto, se entiende que el acompañamiento de las personas internadas como “pacientes sociales” corresponde al Trabajador Social, sin embargo al encontrarse en una institución de salud se debe realizar un control clínico diario. Los profesionales en Trabajo Social son quienes asumen este compromiso buscando articular con otras instituciones para realizar la derivación de la persona, cuando esta intervención no se puede llevar a cabo, la persona continua en el hospital por periodos indeterminados, donde las condiciones distan de ser las necesarias para los cuidados que requieren.

La Lic. Giangreco expone, que no hay un tiempo límite para que una persona quede internada como “paciente social”, se trata de que no queden por mucho tiempo; su permanencia dentro del hospital es una problemática que requiere el compromiso de otras instituciones.

Por su parte la Lic. Ullua, manifiesta que hubo un paciente internado por cinco años, no es lo aconsejable, porque tener a una persona institucionalizada en un hospital genera problemáticas al paciente, está expuesto a una infección hospitalaria, se institucionaliza; no tiene ningún punto positivo.

Se sostiene que dicha situación tiene que ver con diversas cuestiones, principalmente la escasez de políticas públicas que den respuesta a las necesidades de los mencionados sujetos, y que a su vez desarrollen mecanismos de promoción, protección y prevención que eviten situaciones de tan extrema vulnerabilidad. (Troiani, 2011, párr. 21).

La Lic. Ullua, hace referencia que para otorgar el alta de un “paciente social” se deben solucionar las problemáticas por la cual la persona quedo internada. Una vez que el paciente tiene el alta, generalmente tiene que seguir asistiendo al médico ya que el ingreso se da por un problema de salud, lo que se hace para tratar de promover una continuidad en el tratamiento y que el paciente vuelva es ofrecer gestionarles los turnos con los administrativos, se les gestionan recursos que les sean útiles, acompañando de esta forma a la persona; “muchos vuelven, muchos están mejor, pero otros regresan por guardia con alguna otra problemática”

Los profesionales de salud del HIGA buscan resolver en conjunto con las personas las situaciones que generaron su internación social, llevando a cabo un acompañamiento luego del alta y siempre que la persona continúe asistiendo a la institución; es decir, que el área de atención y desenvolvimiento de los trabajadores sociales en relación a la problemática que surge de los “pacientes sociales” se encuentra ligada primordialmente al interior del hospital, realizando

gestiones por fuera del mismo y articulando con instituciones que puedan intervenir ante la problemática y favorecer la externación de la persona.

CAPÍTULO 3: Políticas públicas y sinhogarismo.

3.1 Políticas públicas y sociales

Para desarrollar el siguiente capítulo se hace necesario conceptualizar al Estado;

El Estado es la unidad suprema de decisión legítima respecto de la población de un territorio. Es una construcción humana que emerge de la sociedad y de la configuración que imprimen a ésta la pluralidad de sus actores en sus múltiples relaciones recíprocas y en sus articulaciones con otras sociedades. Esa estructura se objetiva en instituciones y se expresa a través de mandatos obligatorios dentro de un ámbito territorial delimitado. (Vilas, s.f, p. 1)

La unidad del Estado como poder de decisión no tiene que ver con cuestiones jurídicas como el carácter unitario o federal, centralizado o descentralizado, de su organización institucional. Es ante todo unidad de sentido y de propósito, de acción y de conducción. Frente a la multiplicidad de lo social, con su pluralidad de actores, intereses, organizaciones, aspiraciones, y frente al riesgo de que la diversidad que enriquece al tejido social ceda paso a conflictos que lo fracturen, la posibilidad de alcanzar una cooperación social en gran escala radica en la capacidad de organizar una estructura de mando y de responsabilidad que ordene esa diversidad y la oriente hacia objetivos comunes. En esa medida, las acciones ejecutadas por determinados individuos o grupos pueden ser imputadas a ese poder que organiza y conduce las interacciones. La eficacia de esa estructura radica tanto en su capacidad para proponer al conjunto social determinados objetivos, como en que esos objetivos y las acciones encaminadas a alcanzarlos

expresen las aspiraciones de la sociedad y sean aceptadas activamente por ella.

(Vilas, s.f, p. 1)

Se considera necesario definir las políticas públicas y sociales, debido a que estas son las principales formas de acción del Estado destinadas a obtener determinados fines.

Se entiende por políticas públicas, a todas las acciones o inacciones del Estado que buscan dar respuestas a las demandas de la sociedad en formas de normas, prestaciones, bienes y servicios. Involucran decisiones de varias organizaciones que expresan un modo de intervención, y el Estado actúa sobre sus acciones u omisiones ante una cuestión social problematizada. (Becher, 2014, p. 78).

Estas políticas tienen efectos sociales ya que la implementación y el desarrollo, afectan la calidad de vida de las personas.

Las políticas sociales, son asumidas como una forma específica de las políticas públicas; concebidas como un conjunto de acciones por parte del Estado que tienden a disminuir las desigualdades sociales. La principal función es disminuir los efectos negativos productos de la acumulación capitalista. Al mismo tiempo, buscan mejorar el bienestar de la población en su conjunto especialmente de los más perjudicados en el mercado. (Pastorini, 1997)

Pueden definirse como aquellas específicas intervenciones sociales del Estado que se orientan (en el sentido que producen y moldean) directamente a las condiciones de vida y de reproducción de la vida de distintos sectores y grupos sociales, y lo hacen operando especialmente en el momento de la distribución secundaria del

ingreso. Son consideradas políticas sociales las intervenciones en materia de educación, salud, seguridad social, empleo, asistencia y vivienda (Becher, p.79, 2014).

En este sentido se torna primordial hablar de la importancia que tiene la implementación de las políticas de cuidado para trabajar la problemática del sinhogarismo, ya que en las mismas se ve reflejada el trabajo en red, con multiplicidad de actores en pos de mejorar la calidad de vida de las personas y de la sociedad en general.

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL):

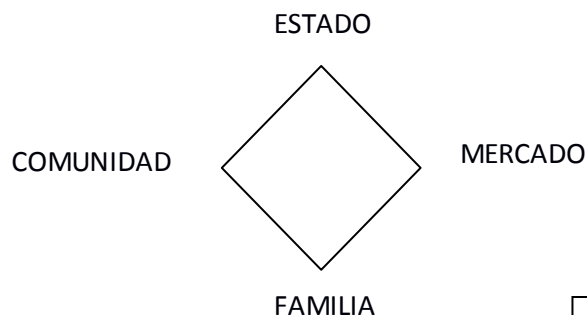
Las políticas de cuidado abarcan aquellas acciones públicas referidas a la organización social y económica del trabajo, destinado a garantizar el bienestar físico y emocional cotidiano de las personas con algún nivel de dependencia. Estas políticas consideran tanto a los destinatarios del cuidado, como a las personas proveedoras e incluyen medidas destinadas tanto a garantizar el acceso a servicios, tiempo y recursos para cuidar y ser cuidado, como a velar por su calidad mediante regulaciones y supervisiones. La División de Desarrollo Social⁶, a partir de un enfoque de derechos de los sujetos y de los prestadores de cuidado, promueve que el cuidado se consolide como un pilar de la protección social, que debe guiarse por los principios de igualdad y solidaridad intergeneracional y de género, y articularse en legislaciones, políticas, programas y servicios que constituyan sistemas integrados de cuidado. (párr. 1)

⁶ “Está a cargo de un director que es responsable ante el Secretario Ejecutivo; sus funciones básicas son ayudar a los gobiernos de los países de la región, formular estrategias, políticas y nuevos criterios para lograr la participación de los distintos grupos sociales en el proceso de desarrollo, analizar los efectos de las transformaciones sociales, prestar asistencia técnica a los estados miembros, abordar cuestiones de desarrollo social y examinar las estructuras y tendencias de mercado de trabajo”. (CEPAL, 2013, párr. 1-7)

Por lo mencionado anteriormente, se entiende la importancia que dichas políticas tienen en la vida de las personas que se encuentran en situación de sinhogarismo; ya que a lo largo del proceso de investigación se trabaja con sujetos internados como “pacientes sociales”, que por no contar con vínculos familiares u otras redes de apoyo, luego del alta medico-sanitario continúan internadas con “alta demorada” debido a la falta de instituciones que trabajen de forma articulada y cumplan la función de acompañar a la persona para resolver su situación problema y mejorar su calidad de vida.

Según Enriquez y Morzonetto (2015) la noción de cuidado refiere a “las actividades indispensables para satisfacer las necesidades básicas de existencia y reproducción de las personas, brindándoles los elementos físicos y simbólicos que les permiten vivir en sociedad” (p. 106)

La organización social del cuidado (OSC), se refiere a la manera en que interrelacionadamente las familias, el Estado, el mercado y las organizaciones comunitarias, producen y distribuyen cuidado. La noción OSC se emparenta con la de diamante de cuidado que indica la presencia de estos cuatro actores, pero también las relaciones que se establecen entre ellos: la provisión de cuidados no ocurre de manera aislada o estanca, sino que resulta de una continuidad donde se suceden actividades, trabajos y responsabilidades. (Enriquez y Marzonetto, p.106, 2015)



DIAMANTE DEL CUIDADO: Razavi (2007)

Las dinámicas de cuidado se desarrollan bajo una gama de relaciones diversas, que incluyen los vínculos de parentesco, de amistad, comunitarios o laborales: por ello coexisten diferentes escenarios de cuidado, con diversa participación de actores como la familia, la comunidad, entidades públicas y entidades privadas.

En este sentido, Pérez Orozco (2006) sugiere hablar de redes de cuidado aludiendo a los:

Encadenamientos múltiples y no lineales que se dan entre los actores que participan en el cuidado, los escenarios en los cuáles esto sucede, las interrelaciones que establecen entre sí y, en consecuencia, lo densa o débil que resulta la red de cuidados. Esta red la conforman las personas que dan cuidado y las que lo reciben, así como los actores institucionales, los marcos normativos y las regulaciones, la participación mercantil y también la comunitaria. Esta red de cuidados es dinámica, está en movimiento, cambia y, por ese mismo motivo, puede ser transformada. (Citado en Enriquez y Marzonetto, 2015, p. 106)

Los propósitos de las políticas sociales varían a lo largo del tiempo debido al contexto socio-histórico y a los objetivos que cada gobierno de turno tiene respecto al bienestar, el desarrollo social y la participación de los sujetos destinatarios de dichas políticas.

Es así que en la década de los 90’ el Estado neoliberal, reconfigura la relación entre el Estado y la sociedad civil. Es en este contexto que se transfieren las responsabilidades sociales del Estado a la sociedad civil y al sector privado; reduciendo de esta manera la intervención del mismo.

Para ello la concepción reinante era la que sostenía la idea de lograr un Estado mínimo centrado en unas pocas funciones, dejando al mercado una función preponderante. En este sentido, es que el mercado asumió primacía en el camino de la búsqueda de eficiencia y modernización. Este pasó a ser el organizador de la vida económica pero también social y política. (Rosa, 2017, p. 29)

En los años noventa “prevalece la lógica del mercado, se desmoronan los Estados de bienestar y se apela a nuevas formas de gestionar las políticas sociales orientadas a las poblaciones pobres, convocando a las organizaciones de la sociedad civil como reaseguro de eficiencia y eficacia” (Cardarelli y Rosenfeld, 1998).

La incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, los cambios demográficos, la crisis económica y las transformaciones del Estado han aumentado las necesidades de cuidado insatisfechas, produciéndose un verdadero déficit de cuidado al que, a las viejas necesidades de cuidado se suman las nuevas necesidades de cuidado.

En la actualidad, los servicios y políticas sociales han sido reemplazados en un Estado cuyas funciones redistribuidas se han limitado, retirándose progresivamente de aquellas actividades que pueden ser abordadas por el sector privado.

En el Estado de Bienestar, los costos de estos servicios sociales se asumían de manera colectiva y solidaria. En el modelo liberal actual de la economía de mercado, estos costos deben

ser cubiertos individualmente, o mejor dicho por las redes familiares y las unidades domésticas de las cuales estas personas son miembros.

Mediante las entrevistas realizadas a las profesionales en Trabajo Social del HIGA, se pudo dar cuenta que debido a la falta de políticas de cuidado que permitan trabajar en red con otras instituciones, las personas que no cuentan con vínculos familiares o redes de contención, luego del alta medico sanitaria quedar internadas bajo la denominación de “pacientes sociales”.

De esta forma se refleja que el Estado traslada responsabilidades de la esfera pública a la esfera privada, siguiendo con la lógica del Estado Neoliberal, vulnerabilizando los derechos de las personas que se encuentran en situación de sinhogarismo.

3.2 Concepto de Sinhogarismo

En la actualidad es complejo encontrar una definición para las personas que se encuentran en situación de sinhogarismo. Desde los años noventa se ha generalizado el uso del término sin techo o sin hogar. A menudo, ambas son utilizadas indistintamente, cuando no debería ser así ya que el techo y el hogar, no son la misma cosa. Estos nuevos términos han sustituido a otras palabras tradicionales como “indigente” y “mendigo”.

En primer lugar, se hace necesario distinguir el término techo del término hogar:

La denominación de “persona sin hogar” hace referencia a las personas que duermen en la calle. El techo es el espacio físico, la casa, habitación o domicilio que cumple las funciones fundamentales de protección. En contraposición con la naturaleza física del techo como espacio, encontramos el hogar como el espacio emocional, afectivo, psíquico y social en el que una persona se encuentra seguro y protegido. (Alonso, 2014, p. 9-10)

El texto “La acción social con personas sin hogar en España” define a las personas en situación de sinhogarismo como:

Todas aquellas que no pueden acceder o conservar un alojamiento adecuado, adaptado a su situación personal, permanente y que proporcione un marco estable de convivencia ya sea por razones económicas u otras barreras sociales, ya sea porque presentan dificultades personales para llevar una vida autónoma. (Cabrera, 2000, p. 24)

El termino sinhogarismo nombra un fenómeno social en el que colisionan factores individuales propios de cada persona afectada pero también factores estructurales y que tiene su origen en causas políticas, sociales y económicas que obstaculizan o impiden el acceso a la vivienda y a un empleo. Referirnos únicamente a “las personas sin hogar” invisibiliza la responsabilidad que tienen las políticas de vivienda, de servicios sociales y de empleo en la situación de estas personas al tiempo que las responsabilizamos de situaciones que no dependen únicamente de ellas. (Hernández, Parr. 2, 2018)

Las personas afectadas por el sinhogarismo se encuentran en situaciones de pobreza extrema. Las personas sin hogar son personas pobres; pero cuando hablamos de sinhogarismo estamos nombrando, además de una situación de pobreza extrema, una terrible situación de exclusión social, de soledad, invisibilidad, de vulnerabilidad.

Las personas sin hogar la mayoría de las veces se encuentran en un contexto en el que la participación en sociedad es nula o muy limitada. Esto, es debido, por un lado, a la falta de medios materiales, que conlleva que ni siquiera lo esencial para

vivir esté cubierto, como por ejemplo, el hogar y la alimentación, y por otro, la visión de la sociedad acerca de estas personas, caracterizada generalmente por una estigmatización que trae consigo una connotación negativa. (Lamas, 2015, p. 11)

La Lic. en Trabajo Social Ullua, María José, expresa que el ingreso de las personas en situación de sinhogarismo al HIGA por alguna problemática de salud se da debido a denuncias; por traslados de la ambulancia; o por articulación mediante llamados de diferentes organizaciones al Servicio Social del hospital. Ejemplifica con el Programa de Atención a Personas en Situación de Calle⁷, quienes se encuentran trabajando en el Parador Plaza Rocha (“Cerca de Noche”: Oficina Móvil)

La Lic. Giangreco, menciona que las problemáticas principales que presentan las personas que ingresan al hospital en situación de sinhogarismo son; consumo problemático de drogas legales e ilegales, desocupación, migraciones, vínculos familiares escasos y violencia tanto física como verbal.

3.3 Características socio-demográficas de las personas en situación de sinhogarismo.

A partir de las entrevistas realizadas a las Trabajadoras Sociales del hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar Alende” y a los “pacientes sociales” se pudo dar cuenta de las características socio-demográficas que presentan las personas en situación de sinhogarismo internadas en dicha institución.

Sexo:

Las trabajadoras sociales entrevistadas estiman que el 80 % de las personas en situación de sinhogarismo son de sexo masculino, frente al 20 % femenino. (Ver grafico 2). Se pude dar

⁷ “Se trata de una iniciativa en conjunto de la que participa el Municipio, la Provincia y ONG’s. Se resalta la tarea conjunta con Posada del Inti y el operativo “Cerca de Noche”. Se realizan admisiones y se los lleva al parador “Posada del Inti”. Intervienen psicólogos, terapistas y trabajadores sociales”. (El Marplatense, 2018, párr. 1)

cuenta que si bien el porcentaje hombres es más elevado, el porcentaje de mujeres que padecen esta problemática continúa subiendo año tras año.

En cuanto a las entrevistas realizadas en el HIGA dos de las tres personas en situación de sinhogarismo internadas como “pacientes sociales” eran de sexo femenino.

Documento Nacional de Identidad:

Las trabajadoras sociales entrevistadas expresan que las personas internadas en el HIGA como “pacientes sociales” tienen una característica en común, casi la totalidad de la población que vive en la calle no posee Documento Nacional de Identidad (DNI), ya que al estar expuestas a situaciones de violencia y al no tener un lugar fijo en donde vivir muchas veces pierden sus pertenencias o se las roban.

Al momento de las entrevistas las personas internadas como “pacientes sociales” poseían DNI debido a gestiones realizadas por las trabajadoras sociales del HIGA.

Edad:

Según las Lic. en Trabajo Social, las personas en situación de sinhogarismo en su mayoría son menores de 60 años, comprendidos entre los 40 y los 55 años.

Los “pacientes sociales” entrevistados se encontraban dentro de esta franja etaria, coincidiendo con el periodo adulto objeto de la investigación.

“el periodo adulto abarca, aproximadamente, cuarenta años; que estarían comprendidos entre los 20 y los 60 años. Estos límites no son fijos y pueden variar según las culturas”. (Amador, Gimeno y Macarro, 2001, p. 99)

“...La adultez no se la puede seguir considerando un periodo estable y tranquilo, puesto que, al contrario de lo que se pensaba, se producen cambios y procesos evolutivos tan importantes como en periodos anteriores”. (Amador, Gimeno y Macarro, 2001, p. 100)

Lugar de nacimiento:

La Lic. Ullua considera que hay personas en situación de sinhogarismo de todo el país, pero que el 60 % es marplatense, el 30 % proviene de Buenos Aires y el 10 % restante de otras provincias como Salta, Córdoba, Santa fe. (Ver grafico 3).

Por medio de las entrevistas realizadas a “pacientes sociales” se pudo constatar que, dos de ellos provenían de la ciudad de Buenos Aires, y el restante de la provincia de Tucumán. Las tres personas entrevistadas llegaron a la ciudad de Mar del Plata cuando eran jóvenes.

Estado civil:

Dos de las personas entrevistadas, internadas como “pacientes sociales” manifestaron ser solteros, la tercera expreso encontrarse separada al momento de la investigación. (Ver grafico 4). En relación a estos datos, las trabajadoras sociales mencionan que por lo general las personas que se encuentran internadas son solteras o divorciadas.

Situación laboral:

La Lic. Giangreco, expone que las personas en situación de sinhogarismo, internadas como “pacientes sociales” tuvieron acceso alguna vez a un trabajo informal.

Los “pacientes sociales” entrevistados, manifestaron tener alguna vez trabajo, mayoritariamente changas, trabajos temporarios informales e incluso contratos. La persona entrevistada de sexo masculino pudo acceder a un empleo en blanco.

De las entrevistas realizadas, se puede deducir que estas personas no tuvieron trabajo perdurable en el tiempo.

Nivel de instrucción:

La mayoría de las personas en situación de sinhogarismo tienen el primario incompleto, pero la Lic. Ullua manifestó que hay casos de personas que tienen estudios hasta universitarios y que por cuestiones de consumo problemático pierden su trabajo.

Se constato mediante entrevistas que uno de los “pacientes sociales” que se encontraba internado al momento de la investigación había finalizado el nivel secundario, e incluso accedido a la universidad, estudiando la carrera de contador “Era bravo tener que estudiar, tenía que trabajar 8 horas, tuve que abandonarla”. Mientras que las restantes no culminaron el primario. (Ver grafico 5)

Salud:

Muchas de las enfermedades por las cuales ingresan al hospital las personas en situación de sinhogarismo requieren una internación, Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), diabetes, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Síndrome de Agotamiento Crónico (SAC), tuberculosis, etc.

Mediante el acceso a historias clínicas de “pacientes sociales” entrevistados se observa que:

La primera entrevistada, ingreso al HIGA por una caída, en condiciones alimenticias desfavorables, parcialmente orientada en tiempo y espacio. Tenía el alta médica pero continuaba internada por motivos sociales.

El segundo entrevistado, ingreso al HIGA por una denuncia, debido a una caída; con poca movilidad. Continúo internado por criterios sociales aguardando el ingreso a un hogar, gestión tramitada por las trabajadoras sociales de dicho hospital.

La tercera entrevistada, ingreso al HIGA por traumatismo facial con hematoma. Al momento de la investigación tenía el alta medico pero continuaba internada por encontrarse en situación de vulnerabilidad social.

La Lic. Ullua expresa que la última persona entrevistada había ingresado al hospital en varias oportunidades por distintas problemáticas de salud quedando internada como “paciente social” en tres ocasiones durante periodos breves.

3.4 Pobreza y exclusión

El contexto en el que se estudia la problemática del sinhogarismo se circunscribe en los fenómenos de pobreza y exclusión.

“Los fenómenos de “exclusión” y lo que se denomina “pobreza” constituyen uno de los problemas sociales fundamentales de América Latina”. (Gutiérrez, 2007, p. 21). Ambos conceptos están íntimamente relacionados.

Gutiérrez Alicia (2007), hace una distinción entre pobre y pobreza: “pobre es aquél que en comparación con otros individuos de su sociedad alcanza, de una serie de rasgos tomados como categorizadores, los más bajos niveles”. “La pobreza remite a ciertas carencias de bienes y servicios mínimos que determinada sociedad considera como indispensables para todos sus miembros” (p. 22)

La pobreza afecta el nivel de vida de las personas, las familias y las sociedades, por encontrarse por debajo de los estándares que rigen en un momento y lugar determinado. Es un problema que crece día a día, afectando en mayor medida a quienes más carencias presentan, no siendo solo un fenómeno económico, sino también social. En condiciones de pobreza, además de no poder obtener una adecuada nutrición, empleo, educación, vivienda, etc., no se cuenta con una base social que permita a los individuos desarrollarse integralmente.

En diferentes etapas históricas la pobreza corresponde a realidades diferentes que obligan a medirla también con parámetros diferentes. “se trata de un concepto relativo y relacional que implica la existencia de otros que son ‘ricos’, o que por lo menos no son pobres” (Gutiérrez, 2007, p. 22).

El concepto de pobreza es entendido como carencia y refiere a un estado de deterioro que indica tanto una ausencia de elementos esenciales para la subsistencia y el desarrollo personal, como una insuficiencia de las herramientas necesarias para abandonar aquella posición. Estas carencias refieren a dificultades más estructurales o más coyunturales. (Perona y Rocchi, 2016, párr. 10)

“Cuando se apela al concepto de carencia para describir una situación de pobreza también se está haciendo referencia al deterioro de los vínculos relacionales...” (Perona y Rocchi, 2016, párr. 2). Esta línea que entiende la pobreza como carencia, es a la que se vinculan las nociones de vulnerabilidad y de exclusión.

La exclusión social enfatiza en los procesos de debilitamiento y ruptura de los vínculos sociales que unen al individuo con la comunidad y la sociedad, dificultando o anulando la posibilidad del intercambio material y simbólico.

Se conoce la exclusión social como el “proceso mediante el cual los individuos o grupos son total o parcialmente excluidos de una participación plena en la sociedad en la que viven” (Lamas, 2015, p. 7).

Se está excluido de algo cuya posesión implica un sentido de inclusión. Este algo puede significar una enorme diversidad de situaciones o posiciones materiales y no materiales como, trabajo, familia, educación, vivienda, afecto, pertenencia

comunitaria, etc. Por otra parte, constituye un concepto relativo porque varía en el tiempo y en el espacio. (Minujin, 1998, p. 57).

El concepto de exclusión social integra nociones interrelacionadas tales como pobreza, privación, falta de acceso a bienes, servicios, precariedad de derechos sociales, etc.

“Los denominados “excluidos o “marginados” son aquellos grupos sociales caracterizados por grados relativamente bajos de integración y participación, cuya presencia no es esencial para la subsistencia del sistema” (Fusi; Pietro, 2001, p. 35).

Se puede observar que en la mayor parte de los casos en que se habla de exclusión en realidad se trata de situaciones de vulnerabilidad, precarización, riesgo respecto a un factor, por ejemplo la falta de acceso a servicios de salud. La vulnerabilidad no necesariamente conduce a la exclusión, en muchas ocasiones los individuos o las familias logran superarla y pasar al grupo de los incluidos, por el contrario en muchas otras, se da el proceso contrario y las dificultades se incrementan y potencian llevando a la exclusión. (Minujin, 1998, p. 62)

La exclusión social en sus diversas formas y el accionar de las políticas sociales se desenvuelven en el marco cambiante del poder político y civil, pero sobre todo en el marco relacional. Se trata de las formas de constitución de identidades, excluidos, marginados, en una sociedad que necesita legitimar una participación limitada para defender un sistema socioeconómico y cultural excluyente y represivo. Para ello necesita fundamentar en las diferencias la no participación política cotidiana, la exclusión económica y la generación social de distintas

formas de marginación a partir de la nacionalidad, sexo, género, edad, trabajo, vínculos... (Fusi; Pietro, 2001, p. 36).

El fenómeno de sinhogarismo es el eslabón último del proceso de exclusión social, por una parte debido al desempleo o subocupación y por la otra a la problemática habitacional que implica no tener hogar.

“El desempleo es un denominador común para todos ellos, a demás de la falta de un lugar de alojamiento y la ausencia de una red de apoyo social” (Fusi, Prieto, 2001, p.37)

La exclusión social y la pobreza están en la estructura del sistema económico, político y social y es labor de todos los ciudadanos eliminarlas, por tanto, la exclusión social y la pobreza deben ser abordadas como un problema de toda la sociedad, y no sólo de las personas que se encuentran afectadas por esta situación.

Debido a esto se torna fundamental aclarar que en el desarrollo de la tesis se habla de personas en situación de sinhogarismo y no personas sinhogar, ya que se considera que es una problemática global, que debe resolverse teniendo en cuenta la implicancia de diferentes actores sociales, sin trasladar la responsabilidad a la esfera privada que contempla a familia y/o la persona que padece tal problemática.

CAPÍTULO 4: Estudio en torno a la familia e intervención profesional

4.1 Resignificaciones conceptuales de la familia

“La familia, como institución socio- cultural fruto de la interacción de diversos factores que repercuten en su estructura y composición ha sufrido notables transformaciones a lo largo del tiempo, dando lugar a nuevas prácticas y tendencias”. (Domínguez, Fama y Herrera, 2006, p.56)

Giddens Anthony, denomina a la familia como un grupo de personas ligadas por nexos de parentesco, cuyos miembros adultos asumían la responsabilidad del cuidado de los hijos. Los lazos de parentesco son uniones entre individuos establecidos por, matrimonio o líneas genealógicas que ligan a los consanguíneos.

Por otro lado Lucy Mair, habla de familia por fuera del matrimonio, ligada a un grupo domestico comprendido por dos o más miembros emparentados entre sí por sangre o adopción.

Wainerman Catalina, define a la familia en un sentido amplio, haciendo referencia a todas aquellas personas relacionadas entre sí que pueden vivir bajo el mismo techo o no; al vivir bajo el mismo techo participan en común de actividades ligadas a su mantenimiento cotidiano.

Al mismo tiempo agrega que la palabra familia no siempre tiene un sentido o noción de parentesco, es decir, que no todos los miembros de una unión domestica son parientes.

La familia es el contexto para crecer y recibir apoyo, que a lo largo del tiempo va elaborando sus propias pautas de interacción, las cuales constituyen la estructura familiar. Ésta se define como la forma que tiene la familia de organizar la manera de interactuar de sus miembros de acuerdo con las demandas funcionales que tenga y a las pautas repetitivas de interacción. Ante los cambios de ciclo vital, o ante los sucesos estresantes que ocurren a lo largo de la vida, las familias se

modifican y los enfrentan de acuerdo con diferentes estilos de funcionamiento familiar. (Fontes, Heredia, Peñaloza, Cedeño y Orozco, 2012)

4.2 Vinculación familiar. Redes de contención y pertenencia

Para desarrollar el presente apartado se tendrá en cuenta el concepto de familia expresado por la autora Wainerman, Catalina ya que su definición coincide con la la realidad que representa hoy la familia en la sociedad actual.

Formar parte de una familia genera sensación de pertenencia; a su vez los vínculos familiares implican una red de sostén socio- afectivo y la amplitud de perspectivas con vistas a generar un proyecto de vida.

Los vínculos familiares interconectan a los miembros de una familia. Pueden atravesar por momentos de estabilidad o de inestabilidad en su composición interna, pueden modificarse a través de la incorporación de nuevos miembros o por el alejamiento o exclusión de integrantes que formaban parte de ella. Estos procesos pueden resultar críticos y pueden también llegar a promover la modificación de la estructura de la familia, o bien pueden constituir una variación paulatina, de importancia significativa, decisiva y perdurable. (Pérez, 2002, p. 4).

La ruptura o alejamiento de la propia familia supone una disminución de los recursos del individuo, tanto a nivel material, de información, como de vínculos afectivos. De ello no se puede concluir que el individuo llegue sistemáticamente, a partir de su alejamiento familiar, a una situación de precariedad económica, pero sí que se encuentre en una situación de mayor vulnerabilidad social. También se puede dar una situación inversa, en la cual a partir de una degradación en la

situación socioeconómica de un individuo (desempleo-endeudamiento), se origine un distanciamiento entre los miembros de una familia (Fusi y Pietro, 2001, p.61).

Las trabajadoras sociales del HIGA, coinciden en que las personas adultas en situación de sinhogarismo internadas como “pacientes sociales”, poseen vínculos débiles e incluso inexistentes. Mencionan que hay un porcentaje de personas que son migrantes y no tienen a su familia en la ciudad de Mar del Plata.

En el artículo publicado por las estudiantes, Demartini, Francisca y Campusano, Javiera (2017), se expresa que “por lo general ante esta problemática se visualizan dos tipos de personas, aquellas que tienen rechazo a sus familias y aquellas que por miedo al rechazo no retoman el contacto con estos”. (párr. 8)

La Lic. Ullua expone que cuando la persona que se encuentra en situación de sinhogarismo internada como “paciente social” manifiesta deseo de retomar contacto con su familia, las profesionales intervienen para llevar a cabo una revinculación.

En casos de consumo problemático donde la familia se encuentra desintegrada debido a esta situación, suele pasar que ante la intervención de las Trabajadoras Sociales, el núcleo familiar manifieste no querer recuperar el vínculo con la persona que se encuentra internada como “paciente social”.

“Indiferentemente a la relación que tengan, la familia es un asunto muy emocional para ellos y a pesar de la negativa e indiferencia frente al tema, existe un sinfín de heridas abiertas con las que buscan convivir o evadir”. (Demartini y Campusano, 2015, párr. 9)

En relación a lo mencionado anteriormente Bachiller (2010), menciona que:

Los periodos donde la persona pernocta en la vía pública, equivalen a la mayor distancia familiar; por el contrario, cuando encuentra un techo bajo el cual

refugiarse, las relaciones son más próximas, promoviendo a que se elabore mejor la posibilidad de re vinculación familiar. (p.66)

“Los problemas en las relaciones familiares generan que las personas pierdan probablemente su única red de apoyo, desencadenándose de esta forma una adherencia a la calle”. (Demartini y Campusano, 2015, párr. 7).

En apartados anteriores, se hizo mención de la importancia que tiene la familia en las personas. Se hace necesario, a su vez, expresar que existen otras redes de contención y apoyo que juegan un papel fundamental en la vida de los sujetos. Debido a esto se considera pertinente introducir una aproximación al concepto de red.

Se entiende por red, al campo relacional total de una persona y tiene, por lo común, una representación espacio temporal. Su grado de visibilidad es bajo, pero en cambio posee numerosas propiedades vinculadas con el intercambio de información.

Tiene pocas reglas formales, pero está compuesta por las relaciones entre muchas personas, algunas de las cuales son conocidas por muchos integrantes de la red, en tanto que otras solo constituyen un eslabón de unión entre dos de ellas, siendo este nexo a menudo ignorado por las dos personas conectadas. (Attneave y Speck, 1973, p. 14)

García y Madrigal (1999), afirman que las redes de apoyo se clasifican en formales e informales:

Las redes formales hacen referencia al vínculo que se establece entre el sujeto con instituciones públicas y privadas que brindan algún tipo de servicio. Respecto a las redes informales, estas representan el conjunto de relaciones familiares,

amistosas, laborales y de otra índole acumulada a lo largo de la vida. Estos contactos normalmente están mediados por relaciones simbólicas, como el amor, la solidaridad y la amistad. Una cualidad adicional de las interacciones es que usualmente involucran relaciones recíprocas. (p.14)

En una perspectiva temporal, las redes están representadas por la familia extensa multigeneracional, en tanto que en el espacio contemporáneo lo están por los amigos de la familia, los pares, los vecinos, los compañeros de trabajo, y todos aquellos que pertenecientes a una iglesia, escuela, organismo asistencial, o institución de cualquier tipo, brindan una ayuda significativa y muestran capacidad y voluntad de asumir el riesgo que implica la participación.

La red de un individuo cualquiera, es la suma total de relaciones humanas que poseen significación perdurable en su vida. Una red de personas interrelacionadas y organizadas según lineamientos propios de su cultura poseen en sí misma los recursos para desarrollar soluciones creativas frente a las situaciones difíciles de sus miembros. (Attneave y Speck, 1973)

En relación a esto Cobb (1976), define al “apoyo social” como “la ayuda que uno recibe de la red social que incluye la familia, amigos, compañeros de trabajo, vecinos”.

En las situaciones en que surgen problemáticas por causas sociales, tales como el desempleo, se hace indispensable el soporte de la red social, que abastece la necesidad de apoyo, es decir, la obtención de recursos para la satisfacción de necesidades.

Las redes, son una parte esencial de la vida cotidiana de las personas, se construyen en la unidad básica de desarrollo y experiencia. Aporta una identidad social vinculando a los

individuos con una comunidad, con un pueblo, con un territorio, permitiéndoles desarrollar un sentimiento de pertenencia.

El debilitamiento de los vínculos familiares y la fragmentación de los lazos interpersonales terminan ocasionando un riesgo, ya que disminuyen la capacidad de afrontamiento frente a las problemáticas y las crisis. (Fusi; Pietro, 2001, p. 61)

Mediante las entrevistas realizadas a personas internadas como “pacientes sociales” se desprende que:

-La “paciente social” BQ manifiesta haber llegado a la ciudad de Mar del Plata con su tía y una de sus hermanas, mientras sus seis hermanos restantes y su mamá se quedaron en la Provincia de Tucumán, lugar de procedencia de la persona entrevistada. Menciona no tener hijos ni vínculo con su familia. Antes del ingreso al HIGA, se encontraba viviendo en la calle, en una ubicación fija.

A través del acceso a la historia clínica de la persona se observó falta de contención familiar y como única red de apoyo a una vecina que se ocupaba voluntariamente de colaborar en los trámites que eran necesarios para que BQ reciba la asistencia que requería dado a su crítico estado de vulnerabilidad. Al momento de la investigación, incluso antes de su internación, no se encontraba asistiendo a ningún parador.

-El “paciente social” CD vivía en la ciudad de Buenos Aires con su papá debido a que su mamá se encontraba internada por cuestiones de salud mental. Manifiesto tener un hermano con el cual no tiene vínculo y una mala relación con su padre, quien luego de una pelea lo echó de la vivienda. A raíz de esta situación comenzó a vivir con sus tíos, quienes lo internaron en un colegio pupilo.

Expresa que llegó a Mar del Plata solo, a los 23 años y que eligió la ciudad porque siempre le gusto. En la misma se hizo amigos pero al pasar el tiempo los fue perdiendo, uno de ellos le permitió trabajar con él como vendedor ambulante; a su vez menciona que asistía a un centro de día, al que dejó de recurrir por diferentes motivos entre los cuales se encontraba su situación de salud.

Manifiesta no tener hijos ni vínculos con su familia de origen.

CD, transcurrió sus años en la ciudad de Mar del Plata sin poseer un domicilio fijo, por lo que habitó diferentes hoteles y pensiones. En la primera pensión lo echaron; en la segunda tuvo un desacuerdo con la dueña y decidió mudarse y por último, en la tercer pensión logró generar un vínculo con la dueña, quien lo ayudó a trasladar sus pertenencias, y debido a sus problemas de salud y poca movilidad también cooperó con las actividades diarias como cocinar, limpiar.

Respecto a esto la Lic. Ullua manifestó que la dueña de la pensión ya no podía continuar alojando a CD debido a los recurrentes problemas de salud; por lo que luego de una caída quedó internado en el HIGA por motivos sociales.

-Por último, en la entrevista realizada a JA no se pudo obtener mayor información acerca de sus vínculos familiares u otras redes de pertenencia. La misma expresó que su madre murió cuando tenía tres años y que no tiene hijos.

Al momento de la investigación JA se encontraba asistiendo al parador “el campito”.

Por lo expuesto anteriormente se constata que las personas entrevistadas poseen redes de contención y pertenencia débiles que varían y no se sostienen en el tiempo.

4.3 Intervención profesional del Trabajador Social con personas adultas sin hogar en el Hospital Interzonal General de Agudos. “Dr. Oscar Alende”

El apartado aquí expuesto, pretende conceptualizar la intervención en lo social y profundizar en las formas en las que los profesionales en Trabajo Social realizan sus prácticas en relación a la problemática del sinhogarismo; si bien en el desarrollo de la investigación se realizaron aproximaciones en torno a las mismas, se considera necesario ahondar en la temática.

La intervención profesional se desarrolla dentro de la comunidad, donde a través de la práctica se busca visibilizar los derechos vulnerados, desnaturalizando situaciones que parecen estar establecidas.

Siguiendo a Carballada: “la intervención en lo social implica develar las circunstancias, hacerlas visibles en la esfera de ese “otro”, desnaturalizando los escenarios en los que se construye día a día el mundo de la vida” (2008). Es un complejo espacio de encuentro entre subjetividades y contexto, atravesado por lo histórico, social, cultural y político.

“Las problemáticas sociales como desigualdades sociales, forman parte de la cuestión social y se presentan como un verdadero desafío para las políticas públicas ya que demuestran la vulneración de derechos, la incertidumbre, el desencanto y las nuevas formas de construcción de procesos de estigmatización ligados a grupos sociales determinados” (Pagazza, 2004).

Desde la perspectiva del Trabajo Social, Carballada, sostiene que:

La intervención es un procedimiento que actúa y hace actuar, que produce expectativas y consecuencias. Así, la intervención implica una inscripción en ese “otro” sobre el cual se interviene, quien a su vez genera una “marca” en la institución y desencadena una serie de dispositivos e instrumentos en ésta.
(Carballada, 2007, p.94).

“La intervención supone alguna forma de búsqueda de respuestas e interrogantes eminentemente sociales; por lo tanto, debería producir modificaciones en relación con la cuestión puntual en que es llamada a actuar”. (Carballeda, 2007, p. 95).

Los cambios ocurridos en la sociedad nos permiten observar la emergencia de nuevas problemáticas, relacionadas con la exclusión, los procesos de precarización y vulnerabilidad. En pocas palabras, la sociedad se torna progresivamente más desigual, y estas desigualdades se multiplican en diferentes esferas y aspectos, y son cada vez más difíciles de captar mediante las formas clásicas de intervención. (Carballeda, 2007, p 73).

En entrevista con la Licenciada Ullua, se pudo dar cuenta que las Trabajadoras Sociales del Hospital Interzonal General de Agudos llevan a cabo diferentes intervenciones para trabajar con la problemática de las personas que se encuentran en situación de sinhogarismo que llegan a la institución por alguna problemática de salud.

En primer lugar, se realiza una evaluación estratégica que tiene que ver con la red primaria de dichas personas, para lograr una vinculación familiar, de amistad o de vecinos. Dicha intervención se efectúa cuando el paciente lo autoriza, ya que como equipo de trabajo solo tienen acceso a tal información, a partir del encuentro con el otro. Se lleva a cabo con el fin de dar cuenta la situación actual de la persona, y si es posible se trabaja articulando con Desarrollo Social para que no quede internada como “paciente social”.

La Lic. Giangreco, expresa que muchas veces aunque este la familia presente, la enfermedad requiere mucho más que una vinculación, puede que la familia quiera hacerse cargo pero la persona necesita de cuidados especiales.

La Lic. Ullua manifiesta, que al momento del alta por la problemática de salud por la cual la persona ingresa al HIGA, en caso de no tener un lugar donde regresar, no poseer una red primaria de pertenencia, o no ser posible llevar a cabo una revinculación por motivos personales de la familia o del paciente internado, se evalúan otras estrategias con posibles redes de apoyo, articulando con instituciones tales como “el Campito”, el “hogar de Nazaret”⁸. Muchas veces estas instituciones trabajan con el consumo problemático y esto no resulta en todas las personas; la institución el “Encuentro con Dios” es precaria, las condiciones de salubridad no son las mejores, no se permite que entren con ningún tipo de medicación y la mayoría de las personas en situación de sinhogarismo la requieren; en el caso de la institución “Remar”⁹ se busca la desvinculación con el entorno, ya que consideran que puede agravar la situación, haciendo en ocasiones que la persona vuelva a la calle, para ello se traslada a la persona a otra ciudad.

Las trabajadoras sociales del HIGA intervienen para que la persona en situación de sinhogarismo conozca las distintas instituciones dependiendo de la situación de la persona y los requerimientos de cada institución.

La Lic. Ullua expresa que una de las mayores problemáticas con la que se encuentran al articular con instituciones es que no hay lugares que recepcionen únicamente mujeres. Articulan mayormente con instituciones como “Sedronar”¹⁰ y “Posada del Inti”¹¹.

⁸ Es una iniciativa de Caritas Mar del Plata junto a la Noche de la Caridad. El objetivo de esta obra, es poder lograr la reinserción social, familiar y laboral de las personas que se alojan y para esto trabaja un equipo de profesionales que, respetando los tiempos de cada uno, buscan acompañar, contener y ayudarlos. Ante todo se trabaja con la contención y la escucha de las situaciones de la vida que llevaron a una persona a estar en situación de calle. A partir de esto también se brinda un acompañamiento profesional, a través de una psicóloga y una trabajadora social, donde se proponen metas en la vida de la persona que lo ayuden a restablecer vínculos con su núcleo familiar, que estimulen la búsqueda de empleo y el despliegue de sus capacidades. (Caritas, 2019, párr. 1-2)

⁹ “Es una ONG sin ánimo de lucro, que cuenta con un número de personas dedicadas integralmente a la ayuda humanitaria, que en su mayoría han sido primeramente ayudados a salir de situaciones precarias y que deciden amparar a otros que se encuentran en situación de emergencia (Remar Argentina, 2017, párr. 1)

¹⁰ Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas, anteriormente denominada Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, (SEDRONAR) es una Secretaria de Estado dependiente de la Presidencia de la Nación Argentina dedicada a brindar asistencia a los consumidores en materia de la prevención y el tratamiento de adicciones. (Infoleg, 2009, párr. 1-2)

Cuando las intervenciones referidas a la articulación con otras instituciones se agotan, la persona continúa internada bajo la denominación de “paciente social”. Respecto a esto manifiestan que si bien no existe una estadística de ingresos que dé cuenta de tal problemática los periodos en los que se observan mayores internaciones son; en los meses de diciembre y enero, relacionándose esto con las fiestas de fin de año y en el invierno ya que la persona que ingresa con problemáticas de salud como EPOC, neumonía, no puede continuar asistiendo a paradores debido a que tienen horario de ingreso y de salida y requieren reposo y cuidados especiales.

La Lic. Ullua manifiesta que en el Ministerio de Salud de Provincia, se encuentran datos elevados por el HIGA y otros hospitales de la Provincia de Buenos Aires, acerca del número de cama, cantidad de personas que ingresan, problemática de ingreso. Datos que no son cuantificados para poder realizar estadísticas y a los cuales solo tienen acceso profesionales de la salud.

La realidad en la que vive cada persona en situación de sinhogarismo se basa en acuerdos, y por tanto el cambio no consiste en forzar un apuntalamiento desde el punto de vista de lo que el equipo cree que debe hacerse, sino que consiste en comprender los problemas de manera diferente, ponderando las consecuencias prácticas de cada decisión que requiera ser tomada, generando diferentes acuerdos superadores de posiciones previas.

La Lic. Ullua y la Lic. Giangreco, mencionan que no cuentan con ningún tipo de recurso, programa y/o proyecto para trabajar este tipo de problemática, por lo que en ocasiones se les

¹¹ Es una ONG que aborda la Prevención, Asistencia e Integración Social de Trastornos Psicosfísicos y Sociales diversificada en diferentes Programas. Las problemáticas y acciones alcanzadas por dichos programas incluyen uso problemático de drogas, vulnerabilidad social, cuestión de género, prevención en ámbito deportivo, patología dual, promoción en salud mental, capacitación, colaboración con otras organizaciones, entre otros (Pasada del Inti, 2017, párr. 1)

dificulta realizar una mejor intervención. Expresan que la mayoría de los programas de Nación se encuentran destinados para una franja etaria superior a 60 años.

En relación al fin de la intervención, las Licenciadas manifiestan que se da cuando la situación que las llevo a actuar se encuentra resuelta; “cada situación es diferente, en algunas ocasiones, se logra contactar a los familiares; en otras, se logra regenerar vínculos que las personas internadas habían perdido; en algunas situaciones, luego de un tiempo de espera, se logra que ingresen en alguna institución; por lo contrario hay casos en los que las personas mueren esperando un lugar”.

Conclusiones finales

Este trabajo de investigación se propuso como objetivos fundamentales, caracterizar los vínculos familiares u otras redes de pertenencia de las personas adultas en situación de sinhogarismo que se encontraban internadas en el Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar Alende” por criterios sociales; y conocer las formas de intervención de los Trabajadores Sociales en salud respecto a la problemática.

Mediante este proceso, se generó un acercamiento a la temática del sinhogarismo, a través del uso de técnicas utilizadas en Trabajo Social, como la entrevista semi-estructurada realizada a trabajadoras sociales; la entrevista abierta, llevada a cabo con personas en situación de sinhogarismo “pacientes sociales”; y la observación documental, (acceso a historias clínicas), siendo esta actividad supervisada por las Licenciadas en Trabajo Social del Servicio Social del HIGA; dichas técnicas permitieron tener una noción sobre la temática investigada.

De esto se desprende que:

Las personas que se encuentran en situación de sinhogarismo, ingresan al hospital en principio por una problemática de salud; mediante la intervención de los profesionales en Trabajo Social y su respectiva evaluación pueden quedar internadas por criterios sociales. Estas internaciones duran días, meses e incluso años.

La mayoría de los “pacientes sociales” son adultos entre 40 y 55 años; si bien históricamente las personas que se encontraban sin hogar eran de sexo masculino, en la actualidad se puede notar un incremento del sexo femenino.

Otro de los criterios tenidos en cuenta para conocer las características sociodemográficas, fue el lugar de procedencia; siendo este Buenos Aires y otras provincias como Salta, Córdoba y Santa Fe; en relación al nivel de instrucción, una característica relevante es que hay personas que

incluso han alcanzado el nivel universitario; por ultimo en cuanto a la situación laboral, todas las personas entrevistadas manifestaron que han tenido acceso alguna vez a un trabajo temporario o informal.

Por otro lado, se hace necesario mencionar que si bien los vínculos familiares u otras redes de apoyo de las personas internadas como “pacientes sociales” son débiles e incluso inexistentes, las internaciones en el Hospital Interzonal General de Agudos se dan debido a la preocupación de alguna persona que toma conocimiento de la situación de salud que transita el paciente.

En este sentido, se considera que las redes de apoyo tienen una gran importancia. Pueden jugar un rol fundamental en la consolidación de una persona sana, feliz y constructora de su propio desarrollo, del de su familia y su comunidad. Al momento de la investigación las personas que se encontraban internadas como “pacientes sociales”, no asistían de forma permanente a ningún parador.

Se observa, que en todas las situaciones de sinhogarismo se encuentra un desencadenante, este no es únicamente económico, sino que en la mayoría de los casos se halla presente alguna otra problemática de fondo como la adicción, ya sea a sustancias psicoactivas, juego excesivo, etc. Esta situación lleva a la pérdida progresiva de vínculos familiares u otras redes de apoyo, incluso a la inestabilidad para mantener nuevos vínculos en el tiempo. Se hace necesario hacer mención a una de las entrevistas realizadas, donde la persona expresa haber perdido parte de sus vínculos por su adicción al juego, lo que genero a su vez deudas que desenconaron en problemas económicos, entre ellos la perdida de la vivienda.

La persona que se encuentra viviendo en la calle, está expuesta a una extrema vulnerabilidad, debido a que no tiene acceso a derechos fundamentales como la salud, la

educación, el trabajo y la vivienda, siendo esto primordial para la dignidad de todo ser humano.

El no acceso a derechos fundamentales para la satisfacción de las necesidades básicas, ubica a las personas en situación de sinhogarismo en el eslabón último de la pobreza extrema. Realidad que no solo debe ser desnaturalizada y problematizada, sino también abordada desde una perspectiva integral, considerando a la persona sujeto de derechos, y activa en el proceso de transformación de la situación problema; las dificultades que se presentan se deben resolver desde la interacción, articulación e intervención de las diferentes disciplinas e instituciones, trabajando de forma interdisciplinaria e interinstitucional.

La incumbencia profesional del trabajador social, tiene como objetivo principal trabajar en la vida cotidiana de las personas y sus lazos sociales, siendo este el hilo conductor de su intervención.

El ejercicio profesional del trabajador social en relación a la situación de sinhogarismo está fundamentado y orientado en la utilización de una serie de conocimientos, herramientas y estrategias tendientes a proteger a las personas que se encuentran en tal situación.

Las intervenciones llevadas a cabo ante este tipo de problemática, por parte del trabajador social son, en primer lugar garantizar el ingreso hospitalario de la persona en situación de sinhogarismo, su bienestar psico-físico, su cuidado, contención y acompañamiento necesario; estas intervenciones se llevan a cabo dentro de la institución. Se realizan gestiones tales como trámite del Documento Nacional de Identidad en caso de no poseerlo, turnos médicos y cualquier otro trámite que sea necesario, elaboración de diagnóstico social, movilización de recursos. Si la persona luego del alta médico-sanitario y social regresa al hospital, se continúa con el acompañamiento.

En segundo lugar, si la situación lo requiere y la persona internada como “paciente social” lo autoriza, se llevan a cabo intervenciones relacionadas con la vinculación, tomando contacto con algún familiar u otras redes de pertenencia; en muchas ocasiones el familiar no tiene deseo de retomar contacto con la persona debido a que ha transcurrido mucho tiempo desde que se perdió el vínculo. Cuando se agotan las posibilidades de vinculación con la familia u otras redes de pertenencia, se lleva a cabo una articulación con instituciones de la ciudad de Mar del Plata como por ejemplo, “Posada de Inti”, “Sedronar”, “el Campito”.

En este sentido, se considera necesario hablar de políticas públicas y sociales. En el cuerpo de la investigación se hace alusión a la importancia que poseen las políticas de cuidado para trabajar la problemática del sinhogarismo, ya que estas, se desarrollan bajo una gama de relaciones diversas, que incluyen los vínculos de parentesco, de amistad, comunitarios o laborales, existiendo diferentes escenarios de cuidado, con diversa participación de actores como la familia, la comunidad, entidades públicas y entidades privadas.

Se constata durante las entrevistas a las Trabajadoras Sociales del HIGA, que existe una insuficiencia por parte del Estado, falta de políticas públicas y sociales para paliar la situación de sinhogarismo. Las profesionales manifiestan que los programas y/o proyectos vigentes se encuentran destinados para una franja etaria mayor a 60 años o familias compuestas por hijos. Ejemplificando con los subsidios por alquileres, que se limitan solo a personas con niños a cargo.

En la actualidad, se responsabiliza de la situación a la persona/familia, siguiendo con la lógica del Estado Neoliberal que transfiere las responsabilidades de la esfera pública al ámbito privado. La problemática del sinhogarismo requiere el compromiso, la articulación y la intervención del Estado, el mercado, la sociedad y la familia como lo expone el Diamante del Cuidado.

Siguiendo con lo mencionado anteriormente, es importante que se generen mecanismos de promoción, protección y prevención que eviten situaciones de tal extrema vulnerabilidad.

A lo largo del proceso de investigación no se encontraron estadísticas que puedan cuantificar la totalidad de personas que ingresan al hospital con tal problemática, debido a que las historias clínicas no se encuentran diferenciadas por motivo de ingreso.

Para finalizar se hace necesario exponer que las profesionales en Trabajo Social del HIGA, se encuentran en proceso de sustitución del concepto “paciente social”, buscando instaurar la utilización del término “alta demorada” para referirse a los casos en el que el alta médica sanitaria queda inhabilitada por la necesaria continuidad en el cuidado de la persona.

Como futuras profesionales en Trabajo Social adherimos a lo planteado por las Licenciadas, proponemos que dicho termino deje de utilizarse debido a la estigmatización que genera el mismo. Consideramos que la persona que tiene el “alta demorada” debe ser llamada por su nombre y no por su condición social, que solo fragmenta a la misma sin poder verla en su totalidad y complejidad.

“La calle un presente, pero no un futuro para vivir”

Anexo

Ministerio de Salud Pcia. de Bs. As.

Hospital Interzonal Gral. de Agudos Dr. Alende Mar del Plata

Servicio de Docencia e Investigación



ACTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se lo invita a participar. El trabajo de investigación ha sido evaluado por el Comité de Bioética de la Universidad Nacional de Mar del Plata, inscripto en el Registro Provincial de Comités de Ética en Investigación dependiente del Comité de Ética Central en Investigación - Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires - con fecha 30/12/2016, bajo el N° 061/2016, Folio 124, Libro 2. Si Usted tiene alguna pregunta relacionada con sus derechos como participante en la investigación puede contactarse con el Comité de Bioética del PTIB de la UNMdP, Coordinadora Magister Susana La Rocca: teléfono 2235055221.

Yo.....acepto participar voluntaria y anónimamente en el Protocolo de Investigación **“La intervención de profesionales del Servicio Social del Hospital Interzonal General de Agudos en la vinculación de los pacientes adultos sin hogar con la familia u otras redes de pertenencia. Un estudio sobre las formas de abordaje disciplinar”**, dirigida por la Sra. Laforgia, Fiorella y la Sra. Scarabotti, Leonela, investigadoras responsables, estudiantes de la carrera Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata, donde cuya directora es la Licenciada en Trabajo Social, Pasares, Griselda Claudia.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación. En relación a ello, acepto responder a una entrevista abierta donde el objetivo será caracterizar los diferentes vínculos familiares, y conocer las características socio-demográficas.

Declaro haber sido informado/a que mi participación no involucra ningún daño o peligro para la salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro saber que la información entregada será **confidencial y anónima**. Entiendo que la información será analizada por los investigadores en forma grupal y que no se podrán identificar las respuestas y opiniones de cada joven de modo personal. La información que se obtenga será guardada por el investigador responsable en dependencias de la Universidad Nacional de Mar del Plata y será utilizada sólo para fines académicos.

Se deja constancia, que si bien el trabajo de investigación no tiene riesgo para sus participantes, el sujeto de investigación cuenta con el seguro de la organización que avala el Proyecto de Investigación de Tesis de Grado (Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social – UNMdP).

Nombre Participante	Firma	Fecha
Nombre del representante legal/progenitor	Firma	Fecha
Nombre del testigo	Firma	Fecha

Nombre y Apellido Del investigador	D.N.I	Firma	Fecha

Ministerio de Salud Pcia. De Bs. As.

Hospital Interzonal Gral. Dr. Allende Mar del Plata

Servicio de Docencia e Investigación



ACTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se lo invita a participar. El trabajo de investigación ha sido evaluado por el Comité de Bioética de la Universidad Nacional de Mar del Plata, inscripto en el Registro Provincial de Comités de Ética en Investigación dependiente del Comité de Ética Central en Investigación - Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires - con fecha 30/12/2016, bajo el N° 061/2016, Folio 124, Libro 2. Si Usted tiene alguna pregunta relacionada con sus derechos como participante en la investigación puede contactarse con el Comité de Bioética del PTIB de la UNMdP, Coordinadora Magister Susana La Rocca: teléfono 2235055221.

Yo.....acepto participar voluntaria y anónimamente en el Protocolo de Investigación **“La intervención de profesionales del Servicio Social del Hospital Interzonal General de Agudos, en la vinculación de los pacientes adultos sin hogar con la familia u otras redes de pertenencia. Un estudio sobre las formas de abordaje disciplinar”**, dirigida por la Sra. Laforgia, Fiorella y la Sra. Scarabotti, Leonela, investigadoras responsables, estudiantes de la carrera Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata, cuyo directora es la Licenciada en Trabajo Social Pasares, Griselda Claudia.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación. En relación a ello, acepto responder a una entrevista semi-estructurada donde el objetivo, es percibir la intervención de los Trabajadores Sociales en relación a la vinculación familiar de las personas adultas sin hogar que se encuentran internadas en Hospital Interzonal General de Agudos, denominadas en su ámbito de trabajo como “pacientes sociales”; y para conocer los recursos con los que cuenta el servicio social de dicho hospital.

Declaro haber sido informado/a que mi participación no involucra ningún daño o peligro para la salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Se deja constancia que si bien el trabajo de investigación no tiene riesgo para sus participantes, el sujeto de investigación cuenta con el seguro de la organización que avala el Proyecto de Investigación de Tesis de Grado (Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social – UNMdP)

Nombre Participante	Firma	Fecha
Nombre del representante legal/progenitor	Firma	Fecha
Nombre del testigo	Firma	Fecha

Nombre y Apellido Del investigador	D.N.I	Firma	Fecha

Cuerpo de las Entrevistas

Entrevista abierta:

1. Presentación de las investigadoras
2. Datos personales:
 - a. Genero
 - b. Edad
 - c. Lugar de nacimiento
 - d. Lugar de residencia
 - e. Estado civil
 - f. Estudios alcanzados
3. Se conversara del pasado teniendo en cuenta:
 - a. Familia de origen
 - b. Situación laboral
 - c. Pareja
 - d. Hijos
4. Se conversara del Presente teniendo en cuenta:
 - a. Zona o lugar de permanencia durante la mayor parte del tiempo
 - b. Actividades que desarrolla
 - c. Estrategias de sobrevivencia:
 - salud: lugar de atención
 - d. Vinculo con la familia

.antes

.actual

.algún familiar esta en tu misma situación.

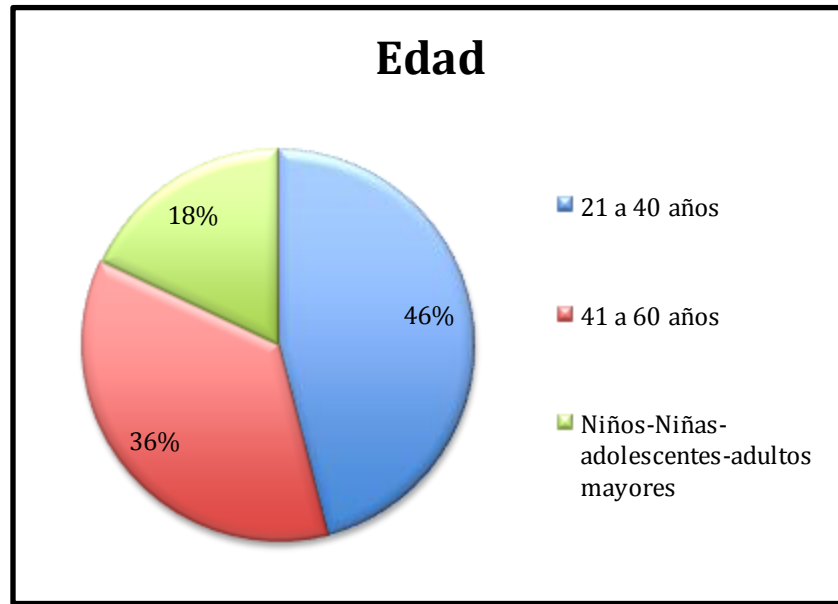
5. ¿Cuánto tiempo hace que estas en el hospital?
6. ¿Recibís visitas? (en caso de responder si, ¿Quiénes?)

Entrevista semi-estructurada:

1. Datos personales:
 - a. Nombre
 - b. Edad
 - c. Lugar de procedencia
2. ¿Cuánto tiempo hace que trabajas en el HIGA?
3. ¿Cómo está compuesto el equipo de trabajo del Servicio Social?
4. ¿Realizan intervenciones con personas adultas que se encuentren en situación de sinhogar?
5. ¿Qué problemáticas detectan en las personas adultas que se encuentran en situación de sinhogarismo?
6. ¿A que denominan “paciente social”? ¿Se realiza alguna evaluación para denominar a una persona bajo este término?
7. Las personas que se encuentran en situación de sinhogarismo ¿pueden quedar internadas como “paciente social”?
8. ¿Durante cuánto tiempo puede quedar internada una persona como “paciente social”?
9. ¿Qué evaluaciones sociales se llevan a cabo para darle el alta a un “paciente social”?
10. ¿Qué características socio-demográficas presentan las personas en situación de sinhogarismo? (edad-sexo-procedencia-educación-salud-situación laboral).
11. ¿Cómo son los vínculos familiares de las personas internadas como “pacientes sociales” en situación de sinhogarismo? (fuertes-débiles-inexistentes)

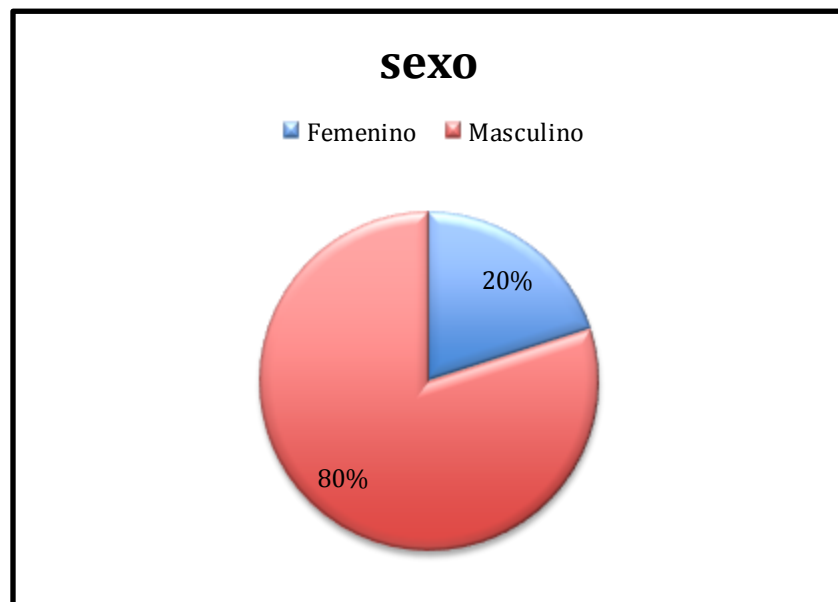
12. ¿Con que recursos cuenta la institución para trabajar con las personas adultas en situación de sinhogarismo que se encuentran internadas como “pacientes sociales” en el Hospital Interzonal General de Agudos? (programas-proyectos)
13. ¿Se trabaja con la revinculación familiar u otras redes de pertenencia? ¿articulan con otras instituciones para trabajar tal problemática?
14. ¿Es posible realizar algún acompañamiento luego del alta?

Grafico 1: Persona en “situación de calle” según edad. (En porcentaje)



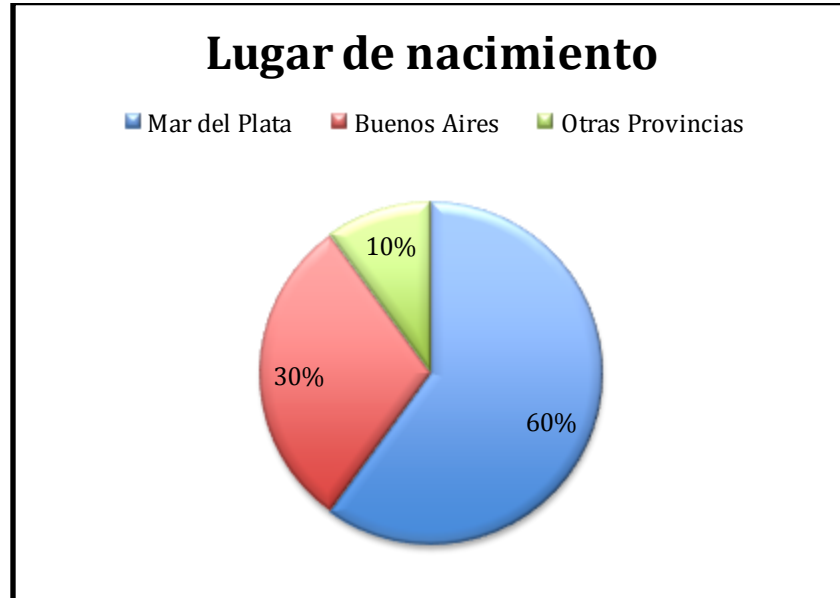
Fuente: Subsecretario de Desarrollo Social, Schutrumpf, Guillermo.

Grafico 2: Sexo de las personas en situación de sinhogarismo. (En porcentaje)



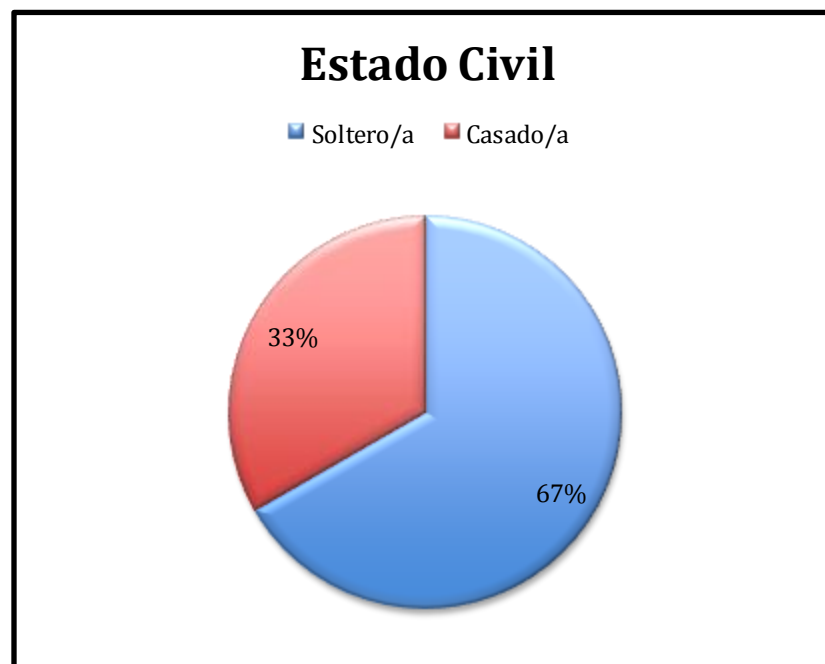
Fuente: Licenciadas en Trabajo Social, Ullua, María José y Giangreco, Jimena, del HIGA.

Grafico 3: Lugar de nacimiento de las personas en situación de sinhogarismo. (En porcentaje)



Fuente: Lic. en Trabajo Social, Ullua, María José del HIGA.

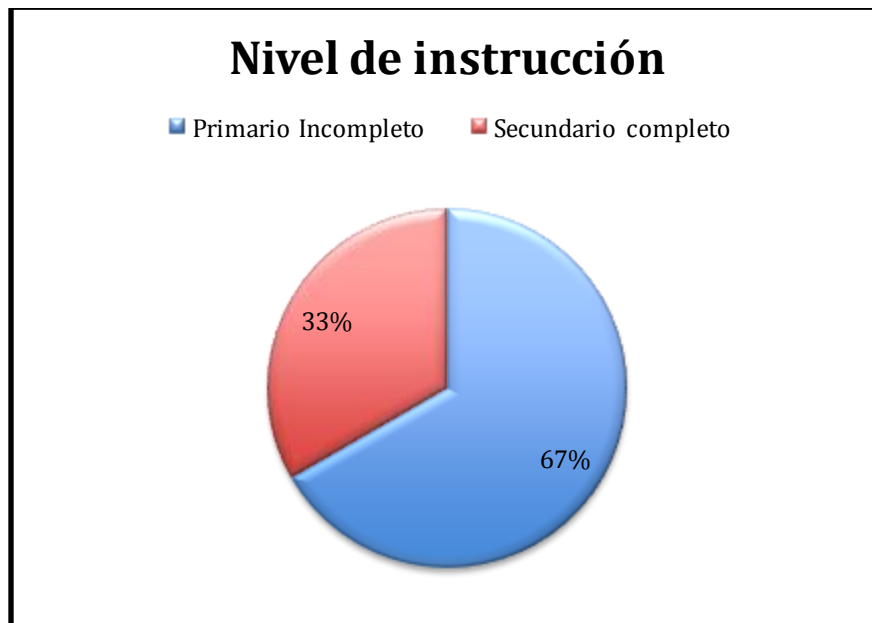
Grafico 4: Estado civil de las personas entrevistadas internadas en el HIGA. (En porcentaje)



Fuente: personas internadas en el HIGA al momento de la investigación.

Grafico 5: Nivel de instrucción de las personas entrevistadas internadas en el HIGA.

(En porcentaje)



Fuente: personas internadas en el HIGA al momento de la investigación.

Bibliografía

- Acuña, C y Chudnovsky, M. (2002). El sistema de salud en Argentina. Recuperado de: <http://www.bibleduc.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/salud.pdf>
- Aguilera, M. de los Ángeles (2005). La entrevista. En Tonon, Graciela. *Las técnicas de actuación profesional del Trabajador Social*. Buenos Aires. Espacio.
- Ahora Mar del Plata (2017). *Así funciona el refugio municipal “El Campito”*. Mar del Plata. Recuperado de <https://ahoramardelplata.com.ar/asi-funciona-el-refugio-municipal-el-campito-n4120339>
- Alonso, L. Enrique (2003). Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En Delgado, J.M y Gutiérrez, J. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid. Fundamentos.
- Alonso, E. Elena (2014). *Persona sin Hogar y Exclusión Social*. (Maestria). Universidad Pontificia. Madrid.
- Amador Muñoz, Luis; Gimeno, Carmen y Macarro, María (2001). El adulto: etapas y consideraciones para el aprendizaje. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1183063>
- Attneave, L. Carolyn y Speck, V. Ross (1973). *Redes familiares*. Amorrotu.
- Bachiller, Santiago (2010). *Exclusión, aislamiento social y persona sin hogar. Aportes desde el método etnográfico*. Recuperado de <file:///C:/Users/Fiorella/Downloads/Dialnet-ExclusionAislamientoSocialYPersonasSinHogarAportes-3262816.pdf>
- Becher, Yussef (2014). *Políticas sociales, antipobreza y desarrollo social: la Asignación Universal por Hijo*. San Luis. Revista Académica de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Palermo

- Berlinguer, Giovanni (2007). *Determinaciones sociales de la enfermedad*. Universidad “La Sapienza”, Roma.
- Cabrera, J. Pedro (2000). *La acción social con personas sin hogar en la España del Siglo XXI*. Recuperado de: <https://books.google.com.ar/books?id=PoFRXPQVvi0C&pg=PA199&lpq=PA199&dq#v=onepage&q&f=false>
- Campusano, Javiera y Demartini Francisca (2017). La familia y la situación de calle: reflexiones desde una Feria de Servicios. Recuperado de: <http://www.gentedelacalle.cl/la-familia-y-la-situacion-de-calle-reflexiones-desde-una-feria-de-servicios/>
- Carballada, Alfredo (2012). *La intervención en lo social*. Exclusión e Integración en los Nuevos Escenarios Sociales. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Corbetta, Piergiorgio (2003). *Metodología y técnica de investigación social*. S.A. Mcgraw-Hill. España.
- Czeresnia, C. Dina. (2006). *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires. Lugar
- Danzin, Norma y Lincoln, Yvonna. (2012) “*El campo de la investigación cualitativa*”. Recuperado de: www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/denzin__cap_i__introduccion__general_el_campo_de_la_investigacion_cualitativa_.pdf.
- Defensoría del Pueblo (2017). *Defensoría Provincia de Buenos Aires*. Recuperado de: <https://www.defensorba.org.ar/site/defensor>
- Domínguez, Fama y Herrera (2006). *Derecho constitucional de familia*. Buenos Aires, Argentina. Ediar.
- Enriquez, Corina y Marzonetto, Gabriela (2015). *Organización social del cuidado y desigualdad: el déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina*. CONICET

- Fernández Lama, Mariana. (2015). *Exclusión social y pobreza en personas en situación de calle: un cambio social desde Terapia Ocupacional*. (Tesis de pregrado). Recuperado de: https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/16780/FernandezLamas_Mariana_TFG_2015.pdf?sequence=2
- Fontes, Heredia, Peñaloza, Cedeño, Orozco (2012). Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. *Scielo*. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000200008
- Fusi, Nora Lorena y Prieto, Ana María Eugenia (2001). *Los “desaparecidos sociales”. La población vagabunda de la ciudad de Mar del Plata*. (Tesis de grado). Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Mar del Plata.
- Gamo Medina, Emilio., Pazos Pezzi, Pilar. (2009). El duelo y las etapas de la vida. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. XXIX, núm. 104, 2009, pp. 455-469. Madrid, España. Recuperado de: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16164>
- García, H y Madrigal, R. (1999). *Redes sociales y vejez: apoyo social formal e informal en el área Metropolitana de Monterrey*. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México.
- Gutiérrez, Alicia (2007). *Pobre como siempre. Estrategias de reproducción social en la pobreza*. Argentina. Ferreyra.

- Hernández, Cristina. (2018). Si, se llama “sinhogarismo”. Porque no hablamos en realidad de personas pobres y pobreza. *El país*. Recuperado de: https://elpais.com/elpais/2018/02/23/opinion/1519404389_970768.html
- Minujin, Alberto (1998). ¿La gran exclusión? Vulnerabilidad y exclusión en América Latina. En Daniel Filmus. (Flacso y Eudeba). Los noventa, política, sociedad y cultura en América Latina y Argentina de fin de siglo.
- Morillo, Pirela Johan y Peña Vera, Taña (2007). *La complejidad del análisis documental*. Zulia, Venezuela: Universidad de Zulia.
- Muñoz Bellerin, Manuel y Corderon Ramos, Nuria (2017). Derechos humanos, trabajo social y sinhogarismo. Enfoque practico desde un modelo participativo-creativo con personas sin hogar. *AZARBE, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*. N° 6. Recuperado de <http://revistas.um.es/azarbe/article/view/293161/222601>
- Nación y Salud. (2013). Definición de Hospital según la OMS. Recuperado en <http://nacionysalud.com/node/1354>
- Nada es imposible (2018). *Mdp Solidaria*. Mar del Plata. Recuperado de <https://mdpsolidaria.org/portfolio/nada-es-imposible/>
- Organización Mundial de la Salud (2018). En who int about es. Recuperado de: <http://www.who.int/about/es/>
- Orozco, Amaia (2006). *Amenaza Tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico*. Revista de Economía Critica nº 5. Europa.
- Oszlak, Oscar y O. Donnell (1981). *Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación*. Buenos Aires, Argentina. CEDES.

- Osler, William (2013). La especialización en Ciencias de la Salud del Trabajo Social. Consejo General de Trabajo Social. España. Recuperado de: <http://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/La%20especializaci%C3%B3n%20en%20Ciencias%20de%20la%20Salud%20del%20TS%202013.pdf>
- Rozas Pagazza, M. (2004) "¿Cómo asumir el estudio de la cuestión social y las políticas sociales en la formación profesional en Trabajo Social? "; Buenos Aires, Ed. Espacio.
- Pastorini, Alejandra (1997). *¿Quién mueve los hilos de las políticas sociales? Avances y límites en la categoría “concesión-conquista”*. Sao Pablo. Cortez.
- Pérez, Rodolfo (2001). Vinculación y desvinculación en las familias. El Problema de la exclusión de miembros. *Apadeshi*. Recuperado de: http://www.apadeshi.com/vinculacion_y_desvinculacion.htm
- Perona, Nélica y Rocchi, Graciela (2016). Vulnerabilidad y Exclusión social. Una propuesta metodológica para el estudio de las condiciones de vida de los hogares. Kairos. Recuperado de <https://www.revistakairos.org/vulnerabilidad-y-exclusion-social-una-propuesta-metodologica-para-el-estudio-de-las-condiciones-de-vida-de-los-hogares/>
- Posada del Inti (2017). Mar del plata. Recuperado de: <http://www.posadadelinti.org/quienes-somos.html>
- Rodriguez, Ligia y Anchundia (2017). *Las funciones del Trabajador Social en el campo de salud*. Ecuador. Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales.
- Rosa, Paula (2017). *Habitar la calle: el accionar de las organizaciones de la sociedad civil en la ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires. CONICET.

- Sarchi, Betina Soledad (2014). Personas en situación de calle: la intervención del Trabajador Social en el campo de la salud (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Mar del Plata. Buenos Aires.
 - SEDRONAR (2007). *Observatorio Argentino*. Recuperado de: http://www.infoleg.gob.ar/basehome/actos_gobierno/actosdegobierno13-7-2009-3.htm
 - Seivach, Paulina; Liliana Findling y Elsa López (2015). *De cuidados y cuidadoras: acciones públicas y privadas*. Buenos Aires. Biblos.
 - Troiani, María Josefina (2011). Intervención con “pacientes sociales”. La identidad profesional del Trabajo Social en la Guardia de Urgencias. *Margen N° 63*. Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen63/troiani.pdf>
 - Vasilachis, De Gialdino (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona. Gedisa.
 - Vega, Natalia (2009). *La entrevista como fuente de información: orientaciones para su utilización*. Universidad nacional del Litoral. Santa fe.
 - Vilas, Carlos. *Pensar el estado*. Buenos Aires. Conferencia.
 - Hernández, Cristina (2018). Si, se llama “sinhogarismo”. ¿Por qué no hablamos en realidad de personas pobres y pobreza?. Recuperado de https://elpais.com/elpais/2018/02/23/opinion/1519404389_970768.html
 - Hogar de Nazaret (2019). *Caritas Mar del Plata*. Recuperado de <https://www.caritasmardelplata.org.ar>
 - INDEC (2016). Recuperado de https://www.indec.gob.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=4&id_tema_2=27&id_tema_3=
- 64