

## Internación de pacientes en situación de calle: estrategias de Intervención desde el Trabajo Social

Por Nora Lía Capellini, Marianela Cohen, Iván Wolochin y Adriana Escobar

**Nora Lía Capellini, Marianela Cohen, Iván Wolochin y Adriana Escobar.** Residentes, Hospital Fernández, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

### 1. Introducción

El presente trabajo se realizó en el marco de la Residencia de Servicio Social que se desarrolla en el Hospital Juan A. Fernández y pretende abordar el conocimiento y análisis de la problemática de situación de calle de pacientes internados en esta Institución durante el período comprendido entre marzo de 2007 y marzo de 2009.

Se pretende reflexionar acerca de los condicionamientos en el acceso a la salud integral, la contextualización socio-histórica de la problemática y las estrategias posibles de intervención desde el Trabajo Social.

Las transformaciones acaecidas en los últimos años en nuestro país, provocaron importantes cambios en el mercado laboral y los servicios públicos. Los bienes públicos como la salud, educación y la previsión social se han deteriorado, impactando en la calidad de vida de los grupos y familias que a ellos acceden.<sup>1</sup> En cuanto al contexto familiar inmediato, las situaciones de empobrecimiento, aparecen como desestructurantes y reestructurantes de nuevas formas de organización familiar<sup>2</sup>, incidiendo en la aparición de diversos conflictos en la trama vincular.

A lo largo del desarrollo de este trabajo, se partirá de pensar a la situación de calle en tanto proceso que se relaciona con la creciente vulnerabilidad de los lazos y prácticas a través de las cuales las personas forman parte de su sociedad, donde cada forma de habitar la calle se encuentra conformada por el conjunto de conductas, hábitos, conocimientos, relaciones, estrategias con que se vive en un espacio que representa diferentes valores, funciones, negociaciones y disputas.

Desde la intervención profesional, se considera importante resaltar que cada situación vivenciada por los pacientes es visualizada desde la *singularidad* de cada sujeto, desde un contexto socio-histórico y cultural, en el cual están inmersos.

Por otra parte, resulta pertinente destacar que la práctica profesional se realiza teniendo como eje una mirada *integral*; es decir, intentando abarcar los diferentes aspectos involucrados y dando lugar a la complementariedad, la tensión y el antagonismo que se generan entre lo individual y lo social.

### 2. Planteamiento del problema

La situación de calle que deben enfrentar aquellas personas que no cuentan con un alojamiento fijo, adecuado, estable ni recursos económicos propios ni socio-familiares que le permitan acceder

---

1 VIDELLIA, G. "El derecho a la salud". Fac. de Cs. Soc. UBA. Apunte de cátedra.

2 GATTINO YAQUIN. "Las Familias de la nueva pobreza". Cátedra Eroles. Fac. de Cs. Soc. UBA. Apunte de cátedra.

a una vivienda digna, constituye una problemática que se ha ido complejizando en los últimos años, dada su magnitud, dinámica y proyección.

La vivienda y el hábitat forman parte del centro de vida de la persona humana, y definen su desarrollo en lo individual y en lo social. Son conceptos básicos que se integran en el marco de la calidad de vida.<sup>3</sup>

La profundización de la problemática habitacional en la Ciudad de Buenos Aires, en un contexto de pobreza, desocupación, ingresos inestables, mínimos e ineficaces políticas públicas, en el que grandes sectores de la población se ven afectados por una movilización descendiente, impacta fuertemente en la exclusión del sistema productivo de los grupos más vulnerables.

De acuerdo al INDEC, sobre incidencia de la pobreza y de la indigencia en 38 aglomerados urbanos (25/3/2004), los índices de pobreza a nivel nacional alcanzan el 47.8% de la población de aglomerados urbanos, y de ellos el 20.5% son indigentes. En todo el país casi 18 millones de personas se encuentran por debajo de la línea de pobreza y cerca de 8 millones son indigentes.<sup>4</sup>

En un trabajo realizado por la Defensoría del Pueblo de Ciudad sobre “desalojos y problemática habitacional en la Ciudad de Buenos Aires”, se menciona que, las causas ingresadas a la Justicia Nacional durante el ejercicio del año 2006, en concepto de desalojo –por falta de pago, por vencimiento de contrato, comodato, intrusos y otras causales– de acuerdo a un informe de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil del Poder Judicial de la Nación, ascendieron a cuatro mil ochocientos treinta y tres (4.833). Si bien no se disponen de datos certeros que permitan establecer la cantidad de familias demandadas en cada causa, consideran que no menos de diecinueve mil (19.000) personas se sumaron durante el año 2006 al universo de familias en emergencia habitacional. Asimismo, en dicho año, la Justicia dictó mil novecientos setenta y seis (1976) sentencias de desalojo.<sup>5</sup>

Las personas que viven en situación de calle, presentan derechos vulnerados en el marco de políticas sociales que no brindan respuestas de fondo a esta problemática, hallándose comprometidas las principales esferas de la vida de una persona y específicamente la salud, entendida desde una concepción integral, es decir, “vinculada con necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente”<sup>6</sup>.

La salud es “un derecho humano fundamental... El proceso salud enfermedad se construye histórica, social y culturalmente, e incluye: el aspecto biomédico, la calidad de vida y el acceso a servicios de salud, a la vivienda y a la educación. Por lo tanto, la salud constituye un bien social, que el Estado debería garantizar para toda la sociedad con criterios de equidad y universalidad”.<sup>7</sup>

En el proceso de salud enfermedad, la atención constituye un eslabón fundamental, en tanto el acceso a los servicios de salud actúa directamente sobre este proceso.

Es decir que, el acceso al derecho a la salud integral se encuentra enlazado con las posibilidades reales con que cuentan las personas de acceder a la atención, tratamientos, recursos y prestaciones acordes con la situación de salud. Implica también acceder a niveles de conocimiento y comprensión que posibiliten tomar decisiones sobre el propio proceso de salud, para lo cual resulta

---

3 Diagnósticos 3. “El derecho a la vivienda: la vigencia de los derechos humanos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a la luz del derecho supranacional”. 1ra edición. Bs.As. Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Año 2009.

4 ROBLES, Claudio. “La intervención pericial en Trabajo Social. Orientaciones teórico-prácticas para la tarea forense”. Ed. Espacio. Bs. As. Año 2004

5 Diagnósticos 3. op. cit

6 Ley 153 de Salud Básica

7 Bianco, M.; Re, M.; Pagani, L.; Barone, E. “Derechos Humanos y acceso al tratamiento para VIH-Sida. Estudios de caso sobre Derechos Humanos”. LACASSO-ONUSIDA. Bs. As. Año 1999.

imprescindible recibir la atención, información, orientación y escucha adecuados, respetando las particularidades culturales y la singularidad de cada persona.

La atención de la salud de personas que se encuentran en situación de calle, plantea el encuentro del equipo de salud con sujetos que están en extrema vulnerabilidad social, con características propias, que los diferencian de otros pacientes, en tanto generalmente, suelen concurrir ante la urgencia con un importante deterioro de la salud, ausencia de hábitos de higiene, ausencia de red socio-familiar y en muchos casos, sin documentación acreditante de la identidad. Estos aspectos, impactarán en el equipo de salud e incidirán en las miradas y las prácticas que se desarrollen.

Cuando desde el Hospital, se decide la internación de una persona en situación de calle, se evidencia la presencia de factores que trascienden la salud biológica, y tienen vinculación con la atención, el seguimiento y la recuperación del sujeto.

El proceso de atención de la salud de personas que se hallan en esta situación implicará contemplarlos desde una perspectiva integral, identificando dificultades, posibilidades y los distintos aspectos comprometidos en la efectivización del derecho a la salud.

### **3. Objetivos**

#### **Objetivo General:**

Conocer las principales variables sociales que condicionan el acceso a la salud integral de las personas en situación de calle internados en el Hospital Juan. A Fernández, tomando el período comprendido entre marzo de 2007 y marzo de 2009.

#### **Objetivos Específicos:**

1. Contextualizar socio-históricamente la problemática de situación de calle.
2. Conocer el perfil de la población en situación de calle internada en el Hospital Juan A. Fernández durante el período mencionado.
3. Identificar estrategias posibles de intervención desde Trabajo Social frente a la internación de personas en situación de calle.

### **4. Propósito de la investigación**

El presente trabajo tiene como propósito aportar conocimientos sobre la problemática de situación de calle de los pacientes internados en el Hospital Fernández a fin de promover el debate, la discusión y la reflexión al interior del Equipo de Salud.

Se pretende favorecer una mejor calidad de atención que contribuya en la efectivización del derecho a la salud de las personas en situación de calle.

### **5. Marco teórico**

A nivel del plano jurídico, se hallan consagradas un conjunto de normas y compromisos del Estado relacionados con la satisfacción de derechos económicos, sociales, culturales y de salud, indispensables para el desarrollo humano, la dignidad y el acceso a un nivel de vida adecuado. Este sustento normativo a nivel internacional, nacional y local, permite delimitar derechos, deberes y

obligaciones, y a su vez, contextualizar la intervención profesional.

La Declaración Universal de Derechos Humanos, en su Art. 25 y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su Art. 11, inciso 1, reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, que le asegure la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, los servicios sociales necesarios y el mejoramiento de las condiciones de existencia. Por otra parte, se precisa que los Estados Partes deberán tomar las medidas apropiadas para asegurar la efectividad de estos derechos.

El Derecho a la Salud constituye un derecho humano fundamental, reconocido en nuestra Constitución Nacional e indispensable para el ejercicio de otros derechos humanos: el derecho a la vida, a la libre determinación, al desarrollo de la persona en la máxima medida posible.

La Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, en su art. 20, primer párrafo, garantiza el derecho a la salud integral, a la que vincula con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente.

La Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, establece que desde el subsector público se deberán implementar acciones de promoción, protección, asistencia y rehabilitación en forma gratuita y con criterios de accesibilidad, integralidad, universalidad y oportunidad.

En este sentido, la atención de la salud debe entenderse de manera integral, entendiendo a la salud como un proceso dinámico en el que intervienen factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, culturales y políticos.

Cabe destacar que el conocimiento y la aplicación de los instrumentos nacionales e internacionales sobre derechos, a través de las vías administrativas y judiciales correspondientes, constituyen el fundamento normativo básico frente a toda situación de vulneración de derechos e incumplimiento de obligaciones.

El derecho a la vivienda, como todos los derechos económicos, sociales y culturales, comporta una obligación de garantía en el Estado ratificante de los distintos instrumentos internacionales, lo que genera la necesidad de establecer políticas públicas duraderas y acciones positivas del Estado para sostener y mejorar su nivel de vigencia.<sup>8</sup>

La vivienda adecuada constituye en sí misma una extensión de la propia esfera humana personal y brinda un ejercicio más pleno de la calidad de ciudadano y de su inserción en la comunidad a la cual pertenece. En su seno es donde se desarrollan los conceptos como el hogar, la familia, la intimidad, el descanso, la seguridad, el bienestar, la protección, la propiedad, la convivencia y la salud física y mental.<sup>9</sup>

“La pobreza y la exclusión social conducen al análisis de las causas del déficit habitacional, de la situación de emergencia, de la precariedad, y del grado de cumplimiento que el garante del derecho humano a la vivienda adecuada a través de sus acciones positivas ha desarrollado”.<sup>10</sup>

“La precariedad más absoluta de la vivienda y del hábitat es una de las características más sobresalientes indicadora de exclusión social, y es la que pone en evidencia el flagrante incumplimiento de las normas de derechos humanos señaladas”.<sup>11</sup>

---

8 Diagnósticos 3: “El derecho a la Vivienda: la vigencia de los derechos humanos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a la luz del derecho supranacional” 1ra edición. Bs.As.. Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Año 2009.

9 Ibid.

10 Ibid.

11 Ibid.

En este contexto, frente a los procesos de salud-enfermedad que deben transitar las personas en situación de calle, la fragilidad, el deterioro socio-familiar y la ausencia de una vivienda digna, los afecta profundamente.

Precisar conceptualmente la situación de calle resulta complejo dada la multiplicidad de aspectos que la componen y los diferentes enfoques con que las políticas sociales han significado y actuado sobre esta problemática. Asimismo, la población en situación de calle es de difícil cuantificación debido a que constituye un grupo flotante, inestable y heterogéneo.

No obstante, es posible entender a la situación de calle como una situación de extrema vulnerabilidad social, en tanto, “situación objetiva o subjetiva, de origen material, emocional o psicosocial que lleva a experimentar al sujeto una condición de indefensión, dada por la fragilidad de los “soportes” personales y/o comunitarios”<sup>12</sup>, pero donde también, en muchos casos deriva en una situación de desafiliación, en el sentido de ausencia completa de vínculos y de inscripción del sujeto en estructuras dotadoras de sentido.

En un estudio realizado en Buenos Aires se identificó a las personas en situación de calle como a “todas aquellas que no pueden conservar o acceder a un alojamiento adecuado, permanente y que proporcione un marco estable de convivencia”<sup>13</sup>.

De igual modo, el Observatorio Europeo de los Sin Techo define a las personas en situación de calle como “todas aquellas que no pueden conservar o acceder a un alojamiento adecuado, permanente y que proporcione un marco de convivencia”<sup>14</sup>

A los fines del presente estudio, resulta pertinente, la definición efectuada por el Catastro Nacional de personas en situación de calle del gobierno de Chile, que las define como a “personas que se hallan pernoctando en lugares públicos o privados, sin contar con una infraestructura tal que pueda ser caracterizada como vivienda aunque la misma sea precaria, y aquellos que, por carecer de alojamiento fijo, regular y adecuado para pasar la noche, encuentran residencia nocturna, pagando o no por este servicio, en alojamientos dirigidos por entidades públicas, privadas o particulares y que brindan albergue temporal. Asimismo, a aquellas personas que por encontrarse sin hogar o residencia, y sin apoyo de familiares u otros significativos, dependen de programas sociales que ofrecen residencia permanente o por períodos importantes, con apoyo bio-psico-social.”

La situación de calle constituye un proceso dinámico, que se relaciona con la creciente vulnerabilidad en la efectivización de derechos y el deterioro de los vínculos y prácticas que funcionan como organizadoras de la vida en sociedad. “La situación de calle puede precipitarse por un problema habitacional, pero hay otros factores que también la componen y perpetúan, como la escasez de ingresos, la inseguridad, la estigmatización, la vulnerabilidad, la falta de elección, carencias familiares y la incapacidad para planificar.”<sup>15</sup>

La situación de calle no sólo resulta abarcativa de un sinnúmero de situaciones, prácticas y experiencias de vida, sino además, de diversas formas de entenderla y accionar sobre ella.

En este sentido es que esta problemática puede ser analizada desde el punto de vista de lo macrosocial y de sus manifestaciones microsociales, en el modo en que lo macro se inscribe en los cuerpos y como las practicas de las personas en situación de calle van construyendo una

---

12 EROLES, Carlos. “Familia y Trabajo Social” Ed. Espacio. Año 2001, pág. 191

13 Centro de documentación en Política Sociales. “Los que duermen en la calle. Un abordaje de la indigencia extrema en la ciudad de Buenos Aires”. Documento 19. Buenos Aires/f.

14 Revista mensual “Fusión” en: <http://www.revistafusion.com/asturias/2001/enero/report88-2.htm>

15 Catastro Nacional de personas en situación de calle. “Habitando la calle” Gobierno de Chile. Año 2005. Disponible en: [http://www.chilesolidario.gov.cl/programacalle/doc/pdf/habitando\\_lacalle.pdf](http://www.chilesolidario.gov.cl/programacalle/doc/pdf/habitando_lacalle.pdf)

problemática particular.

La forma en que cada persona en situación de calle se define a sí misma y entiende su vida y sus circunstancias se refleja en sus intenciones, en las decisiones que toma y en sus conductas en la calle. De este modo las razones que llevan a las personas a la calle, las estrategias que ponen en marcha para sobrellevar su situación, el impacto en su cotidianidad y en sus historias de vida, no se observan como factores aislados y puntuales, sino como componentes de una vida que sucede antes, durante y después de la calle y a cuya trayectoria hay que otorgarle algún sentido.

Siguiendo lo analizado por el Catastro Nacional realizado en Chile se pueden construir diversos modos de entender la vida en la calle:

- Alternativa de protección ante los problemas familiares...prueba de autonomía y ejercicio de reafirmación personal.
- Como situación transitoria: por no identificarse con ser de la calle y pensar su situación como en la calle; por no acostumbramiento.
- Como forma de vida.

Cada una de estas formas de habitar la calle está conformada por el conjunto de conductas, hábitos, conocimientos, relaciones y estrategias con que se vive en un espacio que no es propio y cuyas funciones y valores son transgredidos y, por lo tanto, disputados. Comprender cómo se vive la situación de calle diariamente implica "...entenderla como una constante negociación entre opciones, recursos y restricciones individuales y sociales que van moldeando un siempre cambiante repertorio para sobrellevar la vida en la calle."<sup>16</sup> Implica "entender que las personas que se encuentran en ella no son actores pasivos, viviendo a la deriva, sin planes ni prioridades, sino sujetos capaces de negociar activamente sus condiciones de vida, adaptarse y reaccionar frente a los obstáculos que encuentra a diario en el intento de hacer hogar, aunque sea en la calle"<sup>17</sup>

## 6. Aspectos metodológicos

**Universo:** el universo analizado es el de la totalidad de historias sociales de los pacientes en situación de calle internados durante el período de marzo de 2007 a marzo de 2009.

**N: 100**

**Material y método:** con el propósito de conocer el perfil del paciente en situación de calle internado en el Hospital Fernández, con miras a optimizar la atención en las unidades de internación, se proyectó una investigación que permitiera un análisis con un tratamiento estadístico en base a Fuentes Secundarias.

Las fuentes secundarias utilizadas están compuestas por las Historias Sociales que son utilizadas como instrumento de registro de recolección de información en la División de Servicio Social. La información registrada surge de entrevistas semiestructuradas realizadas a cada paciente.

Se trata entonces de una investigación de **tipo** descriptiva-exploratoria, retrospectiva, basada en metodología cuali-cuantitativa, en la cual se analizaron historias sociales de pacientes en situación de calle internados, que permitió caracterizar dicha población, analizar las acciones implementadas desde Trabajo Social y elaborar estrategias de intervención.

---

<sup>16</sup> Ibid

<sup>17</sup> HODGETTS y otros, 2005 citado en Catastro Nacional de personas en situación de calle. Disponible en: [http://www.chilesolidario.gov.cl/programacalle/doc/pdf/habitando\\_lacalle.pdf](http://www.chilesolidario.gov.cl/programacalle/doc/pdf/habitando_lacalle.pdf)

## 7. Conceptualización de variables

- a. Sexo: conjunto de caracteres físicos-biológicos que diferencian a los hombres de las mujeres.
- b. Documento de identificación: instrumento legal utilizado para acreditar la identidad jurídica de una persona. Se consideran incluidos dentro del mismo los siguientes originales: D.N.I., CI, LC, Pasaporte, Carnet/acta de Residencia precaria/permanente, certificado de nacionalidad.
- c. Edad: Años cumplidos a la fecha de la entrevista.
- d. Lugar de nacimiento: espacio geográfico en el que se produjo el nacimiento de una persona. Permitirá tener en cuenta pautas culturales y socioeconómicas del lugar del que la persona es oriunda.
- e. Tiempo en situación de calle: período transcurrido desde que la persona pernocta en la vía pública por no contar con alojamiento fijo, regular y adecuado para pasar la noche, aunque transitoriamente se aloje en entidades públicas o privadas que brinden albergue temporal. Dicha información aportará tener en cuenta las estrategias de supervivencia implementadas hasta el momento por las personas en situación de calle en su cotidianidad.
- f. Nivel de instrucción alcanzado: año o grado de escolaridad que ha alcanzado la persona entrevistada.
- g. Actividad / trabajo que realizan en calle: tarea desarrollada por la persona que está en situación de calle, mediante la cual percibe una prestación económica, ya sea en dinero o especie.
- h. Procedencia del Ingreso: medio a través del cual la persona entrevistada percibe prestaciones dinerarias.
- i. Modalidad de ingreso al Hospital: se relaciona con la forma de acceso, ya sea a través de guardia o consultorios externos.
- j. Lugar de pernocte: ámbito físico donde habitualmente pasa la noche.
- k. Con quién vive actualmente en calle: personas con las cuales comparte habitualmente las estrategias de supervivencia en calle.
- l. Nivel de vinculación con el grupo familiar: contactos sostenidos con miembros del grupo familiar, ya sea, la familia nuclear como extensa. Se parte de considerar la ausencia de contactos como desvinculación y el mantenimiento de contactos con uno o más miembros, como vinculación con el grupo familiar.
- m. Condicionantes: factores vinculados con procesos socioeconómicos que inciden en la situación de calle (condicionamiento general) y factores asociados con problemáticas familiares o de salud (conflictos familiares, alcoholismo, adicción a otras drogas, patologías psiquiátricas), que asociadas con el condicionante general, configuran razones manifestadas por los entrevistados, que motivaron su situación de calle.

## 8. Descripción socio-histórica de la problemática

Las personas que actualmente se encuentran viviendo en situación de calle, constituyen un sector de la población, imposibilitado de acceder en igualdad de derechos a bienes materiales y simbólicos, indispensables para garantizar condiciones mínimas de dignidad humana. La búsqueda de respuestas acerca de esta problemática, encuentra su foco principal en la dinámica de los procesos socioeconómicos y políticos que han tenido lugar a lo largo de la historia y que han generando la emergencia, desarrollo y agudización del fenómeno de la pobreza, con la consecuente

heterogeneidad en su interior y el agravamiento de la situación de marginalidad y exclusión social.

La masividad y las variadas formas que asume la exclusión social son fenómenos muy conocidos por los sectores populares urbanos. Sin embargo, a diferencia de la noción de pobreza, la exclusión social alude principalmente a un "fenómeno producido por la interacción de una pluralidad de procesos (o factores) elementales que afectan a los individuos y a los grupos humanos, impidiéndoles acceder a un nivel de calidad de vida decente, y/o participar plenamente, según sus propias capacidades, en los procesos de desarrollo" (Quinti, 1997: p. 74).<sup>18</sup>

Teniendo en cuenta el contexto socio-histórico, es posible visualizar que hacia fines del S XIX, se produce la intensificación de tensiones y efectos nocivos respecto de la masa trabajadora, producto del capitalismo naciente, que incide en "las luchas protagonizadas por las primeras organizaciones sindicales para mejorar su salario y las pésimas condiciones que prevalecían en el espacio de la producción (la fábrica) y de la habitación".<sup>19</sup>

En estos momentos, la atención de la pobreza, se encontraba a cargo de las instituciones de beneficencia o caridad, dado que el liberalismo había colocado en los individuos la capacidad de resolver su propia supervivencia.<sup>20</sup>

La problemática de vivienda, se encontraba presente en aquella época "La pobreza se localizaba espacialmente en enclaves urbanos: formas precarias y deterioradas de habitación colectiva y asentamientos populares auto-construidos, los cuales compartían, no obstante sus diferencias, rasgos comunes. Estas formas de habitación popular eran expresiones espaciales de la llamada marginalidad, categoría creada en la época para diferenciar a estos sectores sociales del tradicional ejército industrial de reserva, puesto que esta masa marginal independientemente de sus atributos y capacidades, era un excedente de la fuerza de trabajo que no lograba insertarse en el sistema productivo".<sup>21</sup>

Es interesante señalar, que los conventillos, en tanto respuesta social al problema de la vivienda, presentaban condiciones sumamente precarias, dadas por el hacinamiento, la falta de higiene y aireación. A partir del año 1871, debido a la epidemia de la fiebre amarilla, a instalarse la problemática de lo urbano en función de la higiene y la sanidad, cobrando importancia el discurso Médico-higienista.<sup>22</sup>

A lo largo del siglo XX aparecen algunas acciones realizadas por parte del Gobierno a fin de mejorar la situación habitacional de los sectores más vulnerables de la ciudad. Sin embargo, cabe mencionar que, más preocupante que las condiciones de insalubridad en las que se encontraban viviendo este sector de la población, pareciera que se temía mayormente por la "germinación" en estos lugares del socialismo revolucionario y las ideas anárquicas.

Frente a la ausencia de posibilidad de crédito hipotecario (a pesar que en 1886 se había creado el Banco Hipotecario Nacional), junto con la normativa vigente, la falta de políticas para el sector, la precariedad habitacional de este sector aumentaba día a día sin recibir una respuesta concreta por parte del Estado.

---

18 ZICCARDI, Alicia. "Las ciudades y la cuestión social". En publicación: Pobreza, desigualdad social y ciudadanía. Los límites de las políticas sociales en América Latina. Alicia Ziccardi. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. 2001. ISBN: 950-9231-57-6

19 Ibid.

20 VIDELLIA, G. op. cit.

21 GATTINO Y AQUIN. op.cit.

22 LOPEZ, Eduardo. "Las políticas habitacionales desde una perspectiva histórica". En publicación: Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Edición digital. Revista Margen. Edición N° 48. Año 2008. Acceso al texto completo: <http://www.margen.org/suscri/margen48/lopez.html>



Eduardo López<sup>23</sup> refiere que Desde 1886 (que se creó el BHN) hasta 1943, la población de Buenos Aires creció, a raíz de la inmigración, en un millón de habitantes, por lo cual eran necesarias unas doscientas mil viviendas. Pero el Estado liberal (a través de sus instituciones vigentes, el BHN y de la Comisión Nacional de Casas Baratas) construyó sólo mil viviendas y otorgó unos setenta créditos, por lo que solo dio respuestas a aproximadamente un uno por ciento de la población necesitada.

Durante la presidencia de Perón, las acciones del gobierno tendieron a disminuir el conflicto social a través de la resolución de las necesidades de las familias trabajadoras y la activación de la economía interna. En este periodo se fortalecieron las estructuras sindicales a través de las cuales reivindicaron el acceso a la vivienda digna. Asimismo, se intervino sobre los alquileres, los créditos y los planes de vivienda.

Siguiendo a López, “el discurso peronista se alejó del discurso controlador y represivo asociado al positivismo higienista y se caracterizó por su carácter reivindicativo y fundante en tanto derecho social”. Sin embargo, a pesar del claro sentido social en el discurso peronista en cuanto a la creación de barrios obreros, se manifiesta una perspectiva positivista y conservadora en cuanto a la resolución de “los problemas” que se cultivaban en el conventillo, resultantes de la alta socialización que allí se producía. De este modo, la Fundación Eva Perón se encargó de construir barrios enteros en distintas ciudades del país.

De acuerdo a lo referido por López, “se observa la existencia de un Estado con un claro compromiso social y con políticas que favorecían el acceso al trabajo y garantizaban los derechos laborales con sus correspondientes beneficios”<sup>24</sup> tales como la inserción laboral con perspectiva de cierta movilidad social, la posesión de una cobertura social, el acceso a la propiedad de la tierra y las posibilidades de educación para sus hijos.

A partir de 1955, el gobierno militar busca controlar la politización de la clase trabajadora lo cual también tuvo sus consecuencias en cuanto a las políticas de viviendas. Comienza una etapa conocida como desarrollismo, en la cual se implementó la autoconstrucción asistida transfiriendo de este modo el costo de la vivienda a la familia trabajadora. Por otro lado, no se resolvió de fondo el problema del déficit creciente de viviendas como así tampoco garantizar el acceso a la tierra. Las villas miseria, se expandían al compás del cierre de fábricas y el despoblamiento rural, además de ser una respuesta popular a la necesidad de vivienda, comienza a surgir como un lugar de resistencia política.

Debido a que las villas eran consideradas focos de desajustes sociales, comienzan los planes para la erradicación de las mismas con una clara tendencia de “relocalización – educación y disciplina social”, a fin de desarticular la organización social que se estaba gestando.

El blanco de la estigmatización fue el “cabecita negra”, “el villero” a quien se le anuló el derecho a solicitar recursos de amparo u otro tipo de protección legal para evitar el desalojo inmediato. Los traslados se realizaron a “núcleos habitacionales transitorios” ubicados en los márgenes de la ciudad sin espacios por fuera de la vivienda a fin de que las familias no volcaran su vida cotidiana hacia el exterior, lo cual resultaron “viviendas castigo”. De este modo, se inicia un proceso de cambio hacia nuevas pautas de vida a través del control desde los “planes sociales”.

En el año 1972, el gobierno de Lanusse dicta el decreto - ley 19.929, dando un giro en la estrategia de la política habitacional. A través de éste, se crea el Fondo Nacional de la Vivienda, (FONAVI) como organismo dependiente del Ministerio de Bienestar Social y debía reservar no menos del 30% de sus fondos anuales para la erradicación de todo tipo de asentamientos precarios

---

23 Ibid.

24 Ibid.

(villas, rancheríos, etc.). Luego se crearán, en jurisdicción de las provincias, los Institutos Provinciales de la Vivienda (IPV) mediante los cuales se ponen en práctica programas de autoconstrucción.

Durante el tercer gobierno peronista (1973-1976) se presenta la puja entre la continuación de la política de erradicación de las villas y la mejora de las condiciones de éstas. Se observa la pérdida de poder de los sectores populares, el aumento de la represión y la persecución generada por las fuerzas para-policiales organizadas desde el mismo gobierno.

Durante el proceso militar de 1976-1983, el problema de los sectores más empobrecidos y específicamente, en relación a la problemática habitacional, la situación fue agravándose (“topadoras”). La villa ya no podía estar en la ciudad, por lo cual -topadoras mediante- es retirada hacia el margen, hacia la frontera con la no-ciudad. La inaccesibilidad a la vivienda, la tierra y los alquileres se fue acrecentando como así también empeoraron las condiciones de acceso al mercado laboral y de integración social de los trabajadores.

Resulta importante mencionar que “la democracia encontró al país con un déficit habitacional de aproximadamente 2,5 a 2,8 millones de personas que habitaban en viviendas con condiciones insatisfactorias o deficitarias. Cerca de la mitad de este déficit se localizaba en el Gran Buenos Aires y la región pampeana”<sup>25</sup>.

Por la presión social, se ponen en práctica las primeras intervenciones a través de distintos planes sociales de acceso a la tierra y de vivienda social. Las primeras respuestas gubernamentales a este problema se dieron desde la órbita del BHN y de la Secretaría de Vivienda y Ordenamiento Urbano (SVOU) a través del FONAVI. El BHN financió obras nuevas, individuales y masivas, pero también otorgó créditos para refacciones, ampliaciones y terminaciones de viviendas individuales y para la adquisición de unidades ya construidas. El FONAVI, en cambio, financió principalmente viviendas multifamiliares y obras de infraestructura y equipamiento comunitario. Sin embargo, no pudieron llegar a los objetivos buscados por razones financieras productivas, contractuales y de gestión

El gobierno democrático actuó bajo el paradigma de la regularización dominial para lo cual se crearon los programas Pro-Tierra, Lotes con Servicios, Asentamientos Planificados y en la órbita nacional el Plan Arraigo para obtener la titularidad.

El avance de la reforma del Estado, el proceso de retracción del ingreso y la baja de la tasa de empleo, agravan el problema del acceso a la vivienda. A partir de la crisis del año 1989, comienza a aplicarse la modalidad de intervención neoliberal prescrita por los organismos internacionales de crédito, la cual se caracteriza por la reducción del gasto social reformando las políticas sociales de cobertura universal a cobertura focalizada en los sectores pobres.

En el marco de las políticas habitacionales, esta etapa se caracterizó por la desfinanciación de las políticas habitacionales. Esto significó el abandono del objetivo de la eliminación del déficit habitacional para pasar al criterio de “emergencia habitacional”, la cual basa en la disposición de una porción del recurso correspondiente al FONAVI- cuyo objetivo era facilitar el acceso a la vivienda digna y bregaba por la inversión en vivienda social-, en programas focalizados en población indigente o de pobreza estructural, carente de vivienda.

---

25 Ibid.

## 9. Perfil del paciente internado que se encuentra en situación de calle

### 9.1 Composición por sexo:

En relación al análisis efectuado sobre las historias sociales de la División Servicio Social del Hospital, se observa como primera cuestión, que la mayor proporción de personas internadas en situación de calle en la Institución corresponde al sexo masculino, es decir un 77 %. Mientras que el restante 23% corresponde al sexo femenino.

Cabe mencionar que en 1991 el índice de masculinidad era de 82.9, mientras que tomando al conjunto del país, esta proporción era de 96.3 varones por cada 100 mujeres. Por otra parte, se destaca que esta relación entre hombres y mujeres en la Ciudad tiende a disminuir con el envejecimiento de la población, puesto que, la sobremortalidad masculina se acentúa en las edades avanzadas.<sup>26</sup> Necesario es señalar que en el año 2001, este índice de masculinidad, también era de 82.9.<sup>27</sup>

Resulta de interés señalar, que desde algunas construcciones sociales, prevalecen algunas ideas que consideran que el hombre parecería más resistente frente a los avatares de encontrarse solo en situaciones críticas. Si bien, la mujer en la actualidad, con su mayor inserción en el ámbito público, ha ganado otro posicionamiento, continúa en el imaginario social la visión de las mismas como “más débiles” (o “frágiles”) en relación a los hombres. Asimismo, este aspecto simbólico también se plasma al momento de pensar la supervivencia en calle, en tanto ámbito donde constantemente se vivencian disputas, negociaciones, riesgos y diferentes padecimientos, que tendrán su impacto singularizado en uno u otro sexo.

Por otro lado, se observa que las personas en situación de calle son mayormente hombres solos que vienen del interior del país. Cabe señalar, que probablemente y en relación a las historias de vida, han sido personas que llegaron a la ciudad en busca de mejores oportunidades de vida.

A su vez, el 23 % de pacientes internados en situación de calle, eran del sexo masculino. Posiblemente un eje de análisis que incide en esta proporción sea la dinámica y organización familiar, dado que frente a la presencia de conflictos, probablemente sean las mujeres, con sus hijos, quienes se queden en el hogar, ante una separación o exclusión del hombre o frente a la decisión de que uno de los dos migre en primer lugar a otra región para el mejoramiento de las condiciones de vida.

Otro aspecto a considerar, se vincula con el “mandato social”, que atribuye al hombre el rol de proveedor principal, donde las dificultades para su cumplimiento pueden derivar en una sobrecarga de exigencias para este último y en algunos casos, desencadenar la autoexclusión del hogar.

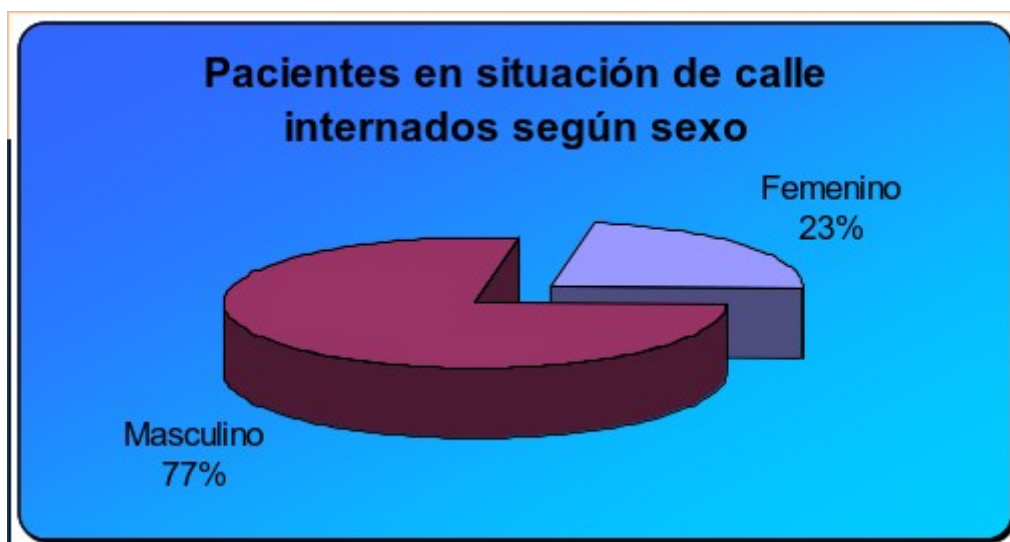
En cuanto a las políticas sociales, visualiza las diferencias en el acceso a las mismas, en tanto las mujeres con hijos tienen mayores posibilidades de ingresar a un hogar, en relación a los hombres solos.

Respecto del acceso al control de salud, es importante mencionar que también existen diferencias entre ambos sexos. Los hombres en general, tienen una menor concurrencia al efector sanitario para la atención de su salud, lo cual, también incidirá en la complejidad de las problemáticas de salud que presenten.

---

26 GOLBERT, Laura. Capítulo 1. “Los cambios socioeconómicos de la Ciudad de Buenos Aires”. En publicación: Hay opciones en el campo de las políticas sociales? El caso del gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Septiembre. 2004. ISBN: 987-7783-03-8.  
Acceso al texto completo: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/golbert/Cap01.pdf>

27 Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires año 2007. Dirección General de Estadísticas y Censos.



*Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de las historias sociales de la División Servicio Social del Hospital Juan A. Fernández, correspondientes al periodo comprendido entre marzo de 2007 y marzo de 2009.*

## **9.2 Composición por edad:**

A partir del análisis de los datos obtenidos, surge que el 19% de pacientes internados en situación de calle se encuentran comprendidos entre los 19 y 29 años, el 22% entre los 30 y 39 años, el 15% entre los 40 y 49 años, el 19% entre los 50 y 59 años y un 15% se relaciona con personas de 60 años o más; no contando con información en un 10% de los casos.

La información extraída, evidencia que las personas en situación de calle, incluidas en los distintos porcentajes se hallan comprendidas dentro de lo que se denomina “población económicamente activa”<sup>28</sup>, alcanzando un 56% la franja que abarca entre los 19 y 49 años.

Resulta pertinente mencionar que en dicho período se encuentra incluida la etapa de la “adultez joven”<sup>29</sup> (25 a 35 años aproximadamente) donde generalmente se produce la planificación y conformación de proyectos de vida, estudios, familia, relaciones interpersonales, etc., que contribuye al afianzamiento personal, profesional y familiar.

En los casos de pacientes en situación de calle, dicho proceso se haya obstaculizado, en mayor medida, por historias de vida atravesadas por vulneraciones de derechos y reducción de oportunidades y medios para construir proyectos posibles en el contexto socioeconómico en el que desarrollan su existencia.

Cabe señalar que “las transformaciones que tuvieron lugar en la Argentina en los últimos tiempos, han cambiado el panorama de la pobreza urbana, la cual aumentó en términos cuantitativos, haciéndose más heterogénea y compleja a la vez”<sup>30</sup> con fuertes repercusiones en las personas y las familias.

<sup>28</sup> Según a la Organización Internacional del Trabajo (OIT) la población económicamente activa incluye a todas las personas de ambos sexos (entre 15 y 65 años) que constituyen la mano de obra disponible para la producción de bienes y servicios.

<sup>29</sup> ALLIDIÈRE, Noemí; FERRARI, Ricardo; SOLA, Luis; BERENBAUM, Laura; BONELLI, Alicia. “Fundamentos de psicología” Ed. Artes Gráficas Negri SRL. Bs.As. Año 1997. Pág. 207

<sup>30</sup> MICIELI, Cristina. op.cit

Frecuentemente, la vivienda, la familia y el trabajo constituían los tres pilares de la "inserción social". La relación entre los mismos se daba bajo los siguientes términos: "la educación obligatoria permitía la acumulación de un capital humano suficiente para lograr ingresos necesarios como para mantener una familia, generar un flujo de inversión con vistas a obtener una vivienda o alquilarla, y gracias al trabajo se accedía a derechos como el de la jubilación. Así, la inserción, en un extremo, y la marginación, en el otro, dependerían de la posesión de estos tres tipos de capital por parte de los individuos. Este modelo se ha roto, y el choque sufrido por la sociedad en su conjunto afectó los umbrales de estos stocks de capital que eran necesarios para conseguir y/o mantener la integración"<sup>31</sup>.

Las personas en situación de calle, no sólo se hallan al margen de la articulación de estos tres pilares, sino que además, el agravamiento de la condición de exclusión, erosiona la ciudadanía y degrada la existencia a condiciones infrahumanas.

Una de las cuestiones visualizadas en relación a las políticas sociales que desde el Estado se instrumentan hacia las personas en situación de calle, conlleva a reflexionar acerca del requisito de la edad como condición limitante en el acceso a las mismas.

La posibilidad de ingresar a un Hogar de Ciudad de Buenos Aires, se encuentra restringida para hombres, que sean menores de 59 años, ya que no existen actualmente Hogares específicamente dirigidos a esta población en el ámbito de Ciudad.

Asimismo el Programa de Emergencia Habitacional del Ministerio de Desarrollo Social de G.C.B.A., presenta requisitos que resultan difíciles de cumplimentar para las personas que se encuentran en situación de calle.

En el caso de las mujeres comprendidas en esta franja etaria, el acceso a un hogar resulta de mayor facilidad si cuenta con hijos menores.

Para las personas que cuentan con 60 años o más, existe a nivel de Ciudad de Buenos, el Hogar Rawson dependiente del Ministerio de Desarrollo Social G.C.B.A., a los que es posible gestionar vacantes previo cumplimiento de criterios de admisión. Dos de los requisitos esenciales que pueden dificultar el ingreso si no se cumplen, son: contar con D.N.I. y ser autoválido.



*Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de las historias sociales de la División Servicio Social del Hospital Juan A. Fernández, correspondientes al periodo comprendido entre marzo de 2007 y marzo de 2009.*

31 Diagnóstico 3. op.cit.

Es importante señalar respecto de las vacantes en hogares para la tercera edad, que las mismas se hallan colapsadas, pudiendo durar muchos meses su obtención.

En el caso de los pacientes jubilados mayores de 70 años, pueden tramitar ingreso a hogares de P.A.M.I. previa gestión de la cobertura y solicitud de vacante.

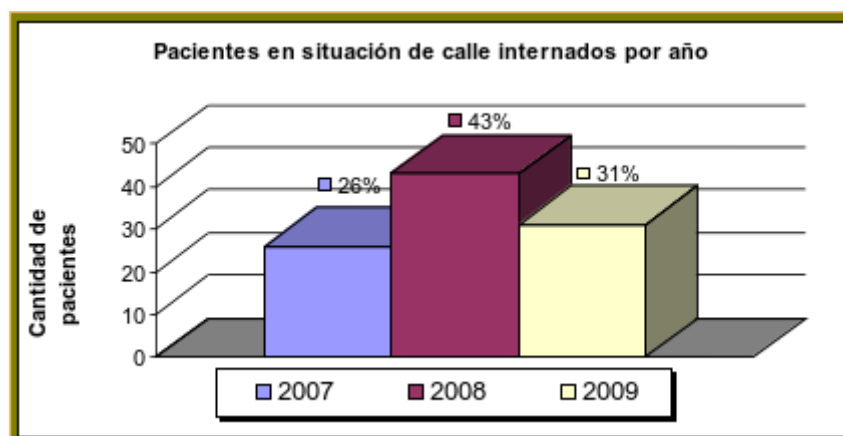
Fuera de lo mencionado, no existen otras políticas sociales que contemplen la problemática de las personas en situación de calle y en las existentes, como ya se ha señalado, tampoco se evidencian respuestas integrales ni de fondo.

### **9.3 Cantidad de pacientes por año:**

Durante el año 2007, se observó un 26% de pacientes internados en situación de calle. Este porcentaje fue aumentado a lo largo del año 2008, llegando a un 43%. Del análisis de las historias sociales hasta marzo del 2009 se registró un 31% de pacientes internados en situación de calle, lo cual evidencia la tendencia creciente y que este último valor se aproxima a la cantidad total del año 2008.

Frente a estos porcentajes, es importante considerar el agravamiento año tras año no sólo de la situación habitacional en la ciudad de Buenos Aires y la incidencia de la caída de los ingresos, el desempleo y la precariedad de las condiciones laborales.

Cabe señalar, que desde instancias de Gobierno, continúan las mismas políticas sociales dirigidas a este sector de la población, las cuales no ofrecen una alternativa de solución de fondo ni es accesible para todos los pacientes.



*Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de las historias sociales de la División Servicio Social del Hospital Juan A. Fernández, correspondientes al período comprendido entre marzo de 2007 y marzo de 2009.*

### **9.4 Lugar de Nacimiento:**

Indagar sobre el origen de los pacientes nos permite acceder a un primer acercamiento respecto a los condicionantes culturales que cada paciente podría haber incorporado en el transcurso de su propia historia, así como también, marcar un punto de partida en la construcción de los relatos que reflejan las trayectorias vitales.

Un aspecto en común de los relatos es la consideración de la “gran” ciudad como fuente de oportunidades laborales, de educación y de crecimiento personal.

Cabe mencionar, que la situación de migrar a otra región y no contar con recursos para regresar o continuar los contactos en la distancia, muchas veces dificulta la posibilidad de sostener los vínculos primarios con los integrantes del lugar de origen.

Del análisis de las historias sociales, surge que el 30% de los pacientes internados en situación de calle, nacieron en las provincias del interior del país. Se trata de población, población que generalmente culmina su recorrido en la Ciudad de Buenos Aires, escapando de los problemas económicos y sociales de sus provincias de origen.

El habitar esta ciudad es visto y en muchos casos implica, un aumento de oportunidades de cumplimiento de ciertos derechos que en otras regiones del país son vulnerados permanentemente. Contar con un presupuesto mayor en Ciudad, marca una de las diferencias con el resto de las provincias del interior país, que a su vez incide en los recursos sociales disponibles.

Entre las personas que nacieron en Capital y el conurbano suman el 56% por lo que se deduce que la gran mayoría ha transcurrido su historia vital en la “gran” ciudad, en la que la vida en la calle forma parte cotidiana de la misma.

Al observar estos dos grandes grupos, es decir, los que transcurrieron su historia vital dentro del área urbana de Capital y los que no, nos encontramos con distintas formas de vivir la calle según su procedencia. Los aspectos culturales de origen estructuran la vida cotidiana de cada persona posibilitando en distintas medidas la adaptación a la situación de calle. Es así que en aquellos que pertenecen al área urbana se observa un condicionante estructural que se impuso en su trayectoria y, en cambio, en los que vienen a la Ciudad del interior del país o del extranjero, se observa la presencia de proyectos de superación que no logran concretarse, en donde la imagen de la ciudad como espacio de oportunidades lleva a que algunas personas abandonen su lugar de origen buscando una movilidad social ascendente. Ambas circunstancias dan cuenta del modo en que se expresa la nueva cuestión social, aumentando las expectativas y disminuyendo las posibilidades de cumplirlas.

Los pacientes en situación de calle de origen extranjero suman el 10%. Los mismos provienen mayoritariamente de Bolivia, Paraguay y Perú. Es de destacar que este grupo se movilizó hacia Capital Federal con el objeto de lograr una movilidad social ascendente. Esta migración generalmente es motivada por propuestas laborales.

Resulta importante señalar, que las personas extranjeros provenientes de países latinoamericanos no cuentan con apoyo de sus consulados o embajadas.



*Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de las historias sociales de la División Servicio*

*Social del Hospital Juan A. Fernández, correspondientes al período comprendido entre marzo de 2007 y marzo de 2009.*

### **9.5 Documento de identificación:**

El análisis correspondiente al documento de identificación, evidencia que el 52% de pacientes en situación de calle, referían no contar con ningún documento acreditante de identidad durante la internación en el Hospital, siendo las principales razones manifestadas por dicha ausencia: extravío, robo, destrucción, desconocimiento de la ubicación del mismo, etc. Todo lo cual, se encuentra a su vez, vinculado con lo que implica habitar la calle y el tiempo transcurrido en la misma, donde los robos, los accidentes, la violencia en la vía pública y el no contar con espacios propios y privados para resguardar las pertenencias, constituyen parte de la rutina diaria.

El 48% de pacientes restante poseía algún tipo de documento de identificación, ya sea D.N.I., CI nacional o extranjera, LC, pasaporte, residencia precaria, certificado de nacionalidad, etc.

Es importante destacar, que la identidad es un concepto dinámico y flexible. No es posible hablar acerca de una única identidad, sino que existen múltiples y diversas identidades, siendo la identidad jurídica uno de los aspectos formales instrumentados desde el Estado para identificar formalmente a las personas y que se operativiza a través del documento de identidad.

Es decir que, la documentación identificatoria de las personas constituye un rasgo que efectiviza la identidad jurídica, otorgando una situación de legalidad para la realización de determinados actos de la vida civil.

La ley 17.671 establece el Sistema de Identificación, Registro y Clasificación del Potencial Humano Nacional, señalando que "la presentación del Documento Nacional de Identidad expedido por el Registro Nacional de las Personas será obligatorio en todas las circunstancias en que sea necesario probar la identidad de las personas comprendidas en esta ley, sin que pueda ser suplido por ningún otro documento de identidad cualquiera fuere su naturaleza y origen".

La importancia social y jurídica que reviste la temática hace que las irregularidades vinculadas a la documentación, afecte directamente la cotidianeidad de las personas y el acceso a derechos básicos, sobre todo de aquellas que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad social y aún más si se trata de personas que se encuentran padeciendo una problemática de salud, ya que verán obstaculizado el ejercicio de algunos de sus derechos y deberán transitar y sostener un extenso e intenso (en tiempo y en pasos burocráticos) circuito administrativo y en algunos casos judicial, para efectivizar el derecho a su identidad jurídica.

Una de las dificultades relacionadas con la falta de documentación observadas a partir de los casos analizados, se relacionan con la imposibilidad de acceder a políticas sociales en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, ya que no poseer D.N.I. con domicilio actualizado en Capital Federal, constituye un requisito esencial de admisión a determinados Planes y Programas.

En el caso de las personas inmigrantes, además de las distintas implicancias que conlleva el migrar a otra realidad sociocultural, la irregularidad en la documentación, incidirá tanto a nivel simbólico como material.

“...La restricción de la ciudadanía... opera allí donde se ponen trabas (normas legales o subterfugios administrativos) al acceso de los inmigrantes a derechos, empezando por el derecho a la identidad jurídica garantizada por la documentación personal, y produce una suerte de existencia negada para determinados actores”.<sup>32</sup>

---

32 NOVICK, Susana (compiladora). “Las migraciones en América Latina. Políticas, culturas y estrategias. Catálogos SRL. BS AS. Año 2008”, pág. 22



Recapitulando, constituye un aspecto principal, comprender que la imposibilidad de contar con documento acreditante de identidad, en muchos de los casos cercena el acceso a algunas políticas sociales, que son a su vez necesarias para garantizar derechos básicos de alimentación, vivienda, salud y trabajo.

“El hecho de que gran parte de los excluidos carezca de documentación se transforma en una verdadera metáfora de la realidad social: una identidad erosionada por el triple proceso de desocupación, desafiliación -o pérdida de los lazos familiares- y desocialización o desintegración, además de configurar un círculo vicioso, ya que sin esta documentación, estas personas no pueden buscar trabajo, ingresar a una escuela, inscribir los hijos en el Registro Civil, votar y protegerse de la policía”<sup>33</sup>.

### **9.6 Tiempo en situación de calle:**

De los datos obtenidos a partir de las historias sociales correspondientes a los pacientes internados, se desprende que el 33% presentaban una trayectoria de vivir en calle menor a un año, el 27 % entre uno y cinco años y el 20% más de 5 años. No se cuenta con información en el 21% de los casos.

Analizando la variable tiempo, es posible visualizar su incidencia en la caracterización de las personas en situación de calle.

Durante el primer período, generalmente las personas conservan algunos de los vínculos de su red familiar, de quienes podrían obtener alguna ayuda material y/o afectiva. Generalmente en los momentos iniciales, se alterna durante el día en calle y durante la noche con algunos de los miembros de dicha red.

En estos primeros tiempos, se van presentando algunos signos de las problemáticas de salud dada la exposición y efectos que implica la situación de calle.

A medida que transcurre el vivir en la calle, la resignación frente a la posibilidad de revertir esta situación comienza a acrecentarse. La construcción de otros soportes sociales en detrimento de la red de origen, aparece como básica y necesaria para la sobrevivencia.

Importante es expresar que la construcción de las relaciones sociales constituye una parte de la vida cotidiana, en la cual se plasma el “aquí y ahora”, se hacen y deshacen los vínculos, se dan las interacciones e intercambios, las tensiones y conflictos y se pone en evidencia las consecuencias de la desigualdad social.

La inscripción en los cuerpos del padecimiento cotidiano, empieza a hacerse más visible con el paso del tiempo, adquiriendo niveles de cronicidad y resistencia frente a las luchas de la rutina cotidiana en la calle.

### **9.7 Nivel de instrucción alcanzado:**

El 40% de los pacientes internados que se encontraba en situación de calle, no finalizaron sus estudios primarios, mientras que un 22% alcanzó a culminar dichos estudios.

---

33 MICIELI, Cristina. “Miradas de la exclusión social”. *En publicación: e-I@tina: Revista electrónica de estudios latinoamericanos, vol. 3, no. 9*: IIGG, Instituto Gino Germani, UBA, Universidad de Buenos Aires: Argentina. Octubre-Diciembre 2004. [Citado: 19/3/2010]. Disponible en: <http://www.iigg.fsoc.uba.ar/hemeroteca/elatina/elatina9.pdf> ISSN: 1666-9606.

Por otra parte, el 11% de los pacientes logró completar sus estudios secundarios, el 17% no lo completó, un 2% realizó algún oficio y no se cuenta con información en un 8% de los casos.

En primer lugar, es pertinente señalar que en los últimos tiempos, la institución educativa ha adquirido un nuevo significado en el contexto de la crisis socioeconómica y se ha puesto en evidencia el cuestionamiento acerca de su utilidad y función.

Históricamente la escuela fue uno de los soportes fundamentales a partir del cual la sociedad se estructuraba como tal. Claramente, representaba la vía de acceso al mundo del trabajo y la movilidad social ascendente. Como afirma Javier Auyero (1993), existía una vía escuela-trabajo que brindaba la seguridad de poder acceder a niveles básicos de vida. Es quizá por ello, que la institución contaba con una legitimidad social importante.

En la actualidad, la escuela se encuentra seriamente deslegitimada y se encuentra cuestionada como vía de acceso al mundo laboral. “La vía escuela-trabajo es hoy una vía muerta, imposible de transitar”<sup>34</sup>. Es por ello que, terminar los estudios secundarios no significa un reaseguro para lograr acceder a un empleo estable y a un salario digno. En este sentido, aparecen disminuidas las posibilidades de ascenso social y movilidad en la estructura.

Cabe señalar, que la situación de pobreza estructural constituye una de las causas que dificulta el acceso a recibir una buena cantidad y calidad de educación en el inicio y transcurso del proceso de socialización.

De los datos analizados sobre el nivel de instrucción de los pacientes en situación de calle, el 62% sólo contaba con escolaridad primaria (completa o incompleta). Este bajo nivel de educación formal, aumenta las posibilidades de continuar en la pobreza, ya que se ve disminuido el acceso a los diferentes circuitos de distribución de bienes de la sociedad. Se trata de bienes inmateriales (culturales, recreativos, actitudinales) y materiales (tipo de empleo, acceso a servicios de salud, etc.), donde el acceso a los primeros condicionará las posibilidades de acceso a estos últimos. Es decir, según la construcción de este mundo simbólico, se facilitará o no el acceso a un determinado empleo más calificado y con mejor salario.

En relación al porcentaje de pacientes que no finalizó los estudios secundarios (17%), es posible plantear que, entre otros factores, tal vez tuvo más peso la opción de trabajar en lugar de estudiar, para aquellas personas que estaban en condiciones más desventajosas socio-económicamente. Cabe destacar, que las dudas que recaen en la educación como posibilitadora de cambio en las condiciones de vida, provocan que las expectativas se centren mayormente en plano laboral. Expectativas que muchas veces aparecen sobreestimadas frente a la dificultad de incorporación al mercado laboral con tendencia cada vez más excluyente, cuyas exigencias no coinciden con el nivel de capacitación o estudios alcanzados.

Cabe destacar que el nivel de instrucción constituye uno de los aspectos que forma parte del capital cultural, el cual está constituido no sólo por los conocimientos intelectuales, sino también por la experiencia, la información, las vivencias y el proceso de pensamiento.

La imposibilidad de iniciar y sostener la escolaridad, da cuenta de una realidad que evidencia que la posibilidad de acceso a la educación se encuentra limitada especialmente en los sectores socio-económicamente más empobrecidos.

---

34 AUYERO, Javier. “Otra vez en la vía”. Fundación del sur. Gecuso. Ed. Espacio. Buenos Aires, 1993. pp 25



*Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de las historias sociales de la División Servicio Social del Hospital Juan A. Fernández, correspondientes al período comprendido entre marzo de 2007 y marzo de 2009.*

### **9.8 Actividad / Trabajo que realizan en calle:**

Sobrevivir en la calle es una tarea difícil, no sólo por la obtención del alimento diario, sino también por los peligros a los que la persona queda expuesta. Por otro lado, cabe mencionar los efectos subjetivos que acaecen sobre la persona que se encuentra atravesando una situación de calle, cuando -proporcionalmente al paso del tiempo- se acrecienta la dificultad de revertir la situación de calle.

Entre las actividades desarrolladas por los pacientes en situación de calle internados en el hospital, se destacan: cuidar autos (9%), cartoneo / cirujeo (6%), venta ambulante (5%), limpiar vidrios (1%), otras changas (20%), pedir en calle (12%) y sin datos (47%).

Teniendo en cuenta la configuración de la sociedad actual, es posible señalar respecto de la población que se encuentra viviendo en situación de calle, que la misma está compuesta por sujetos que viven "del margen y al margen" de la sociedad.

A partir de las políticas de corte neoliberal implementadas desde el Estado, el mercado de trabajo en la Argentina sufrió un proceso de flexibilización, precarización y pauperización, modificando la estructura de relaciones entre capital y trabajo, quedando muchas personas con dificultades para incluirse y siendo desplazadas de la dinámica económica.

La desarticulación del sector industrial, supuso la desaparición del lugar desde el cual los trabajadores no sólo accedían a los beneficios económicos de la relación salarial, sino también desde donde se integraban a la sociedad<sup>35</sup>.

En este contexto, delimita la presencia de muchos hogares por debajo de la línea de la pobreza. Es decir, sin ingresos suficientes para satisfacer -por medio de la compra de bienes y servicios- un conjunto de necesidades consideradas esenciales.

Durante el año 2000 comenzó a incrementarse la cantidad de personas en situación de calle, al

35 GORBÁN, Débora. "Reflexiones alrededor de los procesos de cambio social en argentina. El caso de los cartoneros". En publicación: e-l@tina: Revista electrónica de estudios latinoamericanos, vol. 2, no. 8 : IIGG, Instituto Gino Germani, UBA, Universidad de Buenos Aires: Argentina. Julio-Setiembre 2004. [Citado: 19/3/2010]. Disponible en: <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/udishal/elatina/08jul-set2004.pdf> ISSN: 1666-9606.

compás del proceso de pobreza, precarización y segregación. Aparecen entonces, nuevos modos de sobrevivencia adoptados por los sectores informales y segregados.

Se afianzan las actividades realizadas en calle (limpiavidrios, cuida autos, venta ambulante, cirujeo / cartoneo), siendo las mismas, de carácter precario e inseguro y generando ingresos reducidos, inestables, con jornadas de trabajo prolongadas, en las cuales el criterio de cierre de la misma no esta dado por cumplir con una determinada cantidad de horas sino que, de un modo diferente, se rige por el hecho de alcanzar un monto mínimo de dinero.

Interesante es mencionar, que entre los trabajadores de la calle, se configura una "red" de relaciones que evidencia una estrategia organizativa en torno al ejercicio de su actividad y comprende la defensa del espacio, la forma en que el mismo es utilizado y el acceso a él.

De este modo, la calle comienza a ser resignificada como espacio propio: “su lugar de trabajo”, “su territorio”, “su hogar”.

La calle es una y muchas al mismo tiempo. Lejos de brindar los privilegios o comodidades del viejo trabajo perdido dentro de un mismo espacio, la calle representa un movimiento constante. Es decir, mas allá de la permanencia en el mismo recorrido o en la misma esquina, la calle es un escenario cambiante e impredecible.<sup>36</sup>

El ruido del tránsito, el calor en verano, el frío en invierno, la lluvia, las máquinas arreglando el pavimento, la amenaza constante de la policía de ser llevados detenidos, las disputas por el espacio público que pueden presentarse, el peso de los carros en la espalda, entre otros aspectos, complejiza el trabajo, no solo por los peligros a los que la persona está expuesta sino también por la incidencia en la salud de este tipo de actividades.

Para el resto de la sociedad, las personas en situación de calle no son “desplazadas”, ni “segregadas”, simplemente parecen ‘estar de más’, no dejando más oportunidad que la transmisión intergeneracional de la pobreza; quienes comenzarán a quedar involuntariamente a un costado de los comportamientos, valores y expectativas de vida de aquella porción integrada de la sociedad.<sup>37</sup>

### **9.9 Procedencia del ingreso:**

En relación a la procedencia del ingreso, el 62% de la población que se encuentra en situación de calle que ha sido internada en este hospital, sobrevive a través del ingreso obtenido por medio de la actividad diaria que realiza.

Cabe mencionar que el mismo, permite una subsistencia diaria mínima, precaria e inestable, que lejos de proyectar una posibilidad para salir de la situación de calle, reafirma a la persona en el lugar de excluido, sin oportunidad de integrarse a la sociedad.

Es decir, lejos de brindar los beneficios económicos de una relación salarial, reedita un importe inferior al establecido por la Línea de Indigencia; insuficiente para cubrir un conjunto de necesidades alimentarias y no alimentarias básicas.

Por otro lado, surge del análisis de las historias sociales, que el 10% de los pacientes internados, cuenta con un ingreso proveniente de pensión o jubilación, otro 10% percibe un programa/plan, y finalmente, hay también un 10% de pacientes que cuentan con alguna de estas últimas prestaciones

---

36 Ibidem

37 Lavboratorio/n line. Revista de Estudios Sobre Cambio Social. Año VI . Número17-18 . Otoño/Invierno 2005 - ISSN : 1515-6370 - Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales.UBA. Disponible en: <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/salvia/lavbo.htm>

además de la actividad redituable que realiza en calle. No se contó con información en el 8% de los casos.

La baja proporción de personas que perciben un programa / plan, refleja la dificultad de esta población para acceder a una política social ante la problemática que atraviesan.

No obstante, no es posible ignorar que “los autodenominados planes de inclusión social no sólo no cubren las necesidades básicas, sino tampoco los mínimos sociales....conforme a Potyara Pereira, asumen la forma de una respuesta asilada y de emergencia a los efectos de la pobreza extrema...”<sup>38</sup>



*Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de las historias sociales de la División Servicio Social del Hospital Juan A. Fernández, correspondientes al periodo comprendido entre marzo de 2007 y marzo de 2009.*

### **9.10 Modalidad de ingreso al Hospital:**

La importancia de este indicador radica en poder observar el nivel de autocuidado de la salud. Al indagar sobre este aspecto es posible encontrar que el 90% de la población tomada ha realizado su ingreso a través de la guardia y el 10% restante a través de consultorios externos.

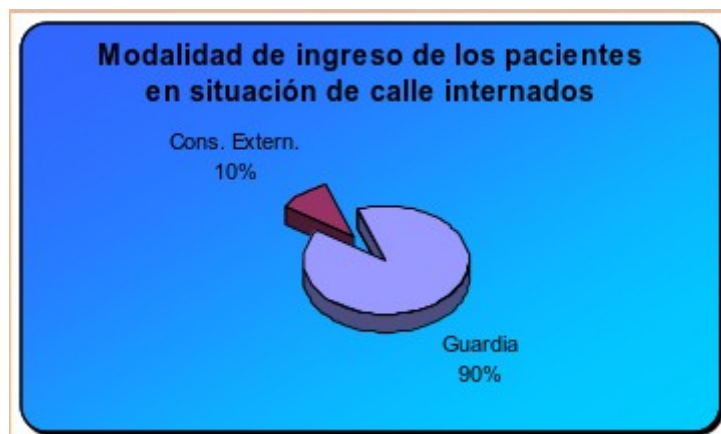
De los distintos relatos de los pacientes, puede visualizarse que la consulta con el equipo de salud se realiza predominantemente ante situaciones extremas.

Cabe señalar, la presencia de distintos obstáculos con los que los pacientes en situación de calle se encuentran en relación al acceso a la salud. Desde la institución se enfrentan a situaciones de discriminación originada en prejuicios, y un sistema de atención a la salud saturado por la masividad y los avatares burocráticos.

Asimismo podría agregarse que la situación de calle no genera, y en ocasiones dificulta, hábitos de autocuidado, tanto por no contar con los medios materiales ni por el cumplimiento de hábitos rutinarios.

---

38 Op. Cit. Robles. Pág. 16

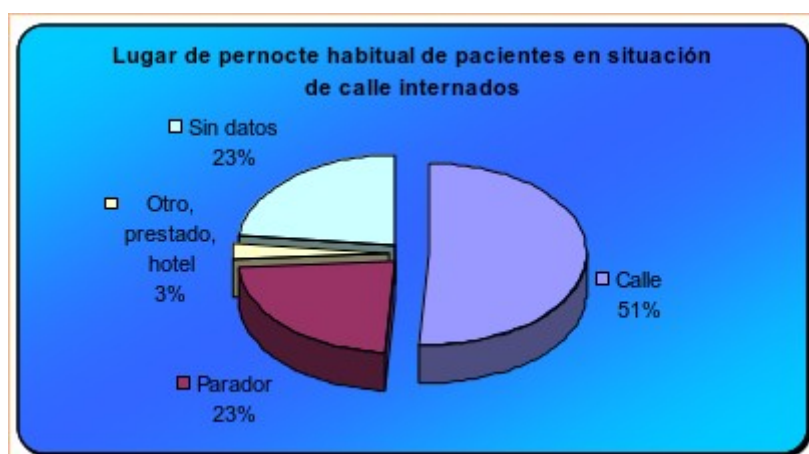


*Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de las historias sociales de la División Servicio Social del Hospital Juan A. Fernández, correspondientes al período comprendido entre marzo de 2007 y marzo de 2009.*

### 9.11 Lugar de Pernocte:

Otro aspecto relevante respecto a la vida cotidiana de las personas en situación de calle es el lugar elegido en donde pernoctar. Dicha información permite dar cuenta acerca del alcance de las opciones institucionales existentes en la cobertura de la problemática y el conocimiento de la población tomada sobre estos mismos recursos.

El siguiente cuadro muestra la proporción de pacientes en situación de calle internados en relación al lugar de pernocte habitualmente elegido entre las opciones disponibles.



*Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de las historias sociales de la División Servicio Social del Hospital Juan A. Fernández, correspondientes al período comprendido entre marzo de 2007 y marzo de 2009.*

En el gráfico se observa que el 51% pernoctan en espacios públicos, sin descartar que en alguna oportunidad hayan utilizado algún recurso institucional. Respecto a esta proporción de pacientes es de destacar que en las historias sociales relevadas se observa que en general, hay conocimiento de la oferta institucional, pública o privada. Esta información complementaria nos lleva a analizar las razones de la elección del lugar de pernocte.

Como primer conclusión se destaca que la elección por la calle como lugar de pernocte se deriva de una respuesta institucional inadecuada e insuficiente. De los distintos relatos se rescatan referencias sobre hechos de violencia interpersonales (agresiones físicas y robos) e institucionales (normas excesivamente rígidas, expulsiones injustificadas) al interior de los distintos centros de acogimiento y en particular dentro del sistema de paradores.

Un segundo elemento a tener en cuenta es que abandonar los circuitos de la calle puede implicar la pérdida de espacios ganados frente a otras personas en similar situación y la discontinuidad de las estrategias de sobrevivencia desplegadas en la vida cotidiana. Dichos circuitos proveen de un modo precario de satisfactores para distintas necesidades básicas, primordialmente alimentación, vestimenta e higiene, y son generados a partir de rutinas a lo largo de un tiempo prolongado. En los mismos se incluyen los vínculos generados con otras personas en situación de calle, formando ranchadas o pequeños agrupamientos, que permiten construir espacios relativamente seguros y de protección mutua. De esto se desprende la dificultad de aceptar respuestas institucionales provisorias, cargadas de incertidumbre respecto a su disponibilidad y duración, frente a la certeza de los circuitos generados.

En el cuadro se observa también que el 23% de personas en situación de calle, que habitualmente optan por el sistema de paradores del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Entre ellos se destaca la mención de los paradores como espacios despersonalizados, que no generan pertenencia en los usuarios habituales. Al mismo tiempo cabe destacar la incertidumbre que genera este sistema originado en la modalidad de ingreso por orden de llegada en una fila autogestionada por las mismas personas y sin un sistema de protección física. Esta modalidad fomentó el aglutinamiento de un grupo de usuarios que mediante la fuerza física se hacen de la certeza para su utilización en un intento de hacer permanente una solución que desde la política social se plantea como provisoria.

La baja proporción de usuarios de hoteles u otras residencias pagas se explica por la variable económica. La situación de calle se asocia, entre otras variables, al desempleo por lo que la generación de ingresos necesaria para el pago de estos servicios es poco común.

Asimismo la resolución habitacional mediante el préstamo de una vivienda es escasa debido a que la pérdida de capital social, necesario para acceder a este tipo de solución, es otra característica de la situación de calle.

### **9.12 Con quién vive actualmente en calle:**

“Convivir” implica “vivir con...”. “vivir con otros...”. “Para el hombre vivir es convivir y convivir es relacionarse, comunicarse y vincularse” (René Trossero, 1997); donde este vivir con otros implica mucho más que una “sumatoria de individuos”<sup>39</sup>

La información sobre con quién vive actualmente en calle, es de base subjetiva y refleja una sensación, un modo de vivir la calle. Asimismo resulta vital en la experiencia de la calle, las posibilidades de acceso a espacios de relativa seguridad ante los peligros de la misma y siempre en el marco de la vía pública.

Ante la pregunta sobre con quien comparten la situación de calle es significativo que el 72% considere que habita la calle solo, lo cual refleja la pérdida de contactos con los vínculos familiares y otras redes sociales. No se descarta que las personas que se sienten solas en su experiencia de calle, no participen ocasionalmente de alguna modalidad de agrupamiento.

A su vez, en los distintos relatos se observa que la vida en la calle influye sobre la adopción de

---

39 CHADI, Mónica. “Redes Sociales en el Trabajo Social” Ed. Espacio. Bs. As. Año 2007

costumbres y modos de relacionarse que tienden al aislamiento, en donde los vínculos se tornan frágiles y mediados por el utilitarismo. Es debido a ello que la postergación y el no cumplimiento de expectativas del orden material a corto plazo se tornan difíciles de afrontar. Este hecho puede perjudicar el vínculo que el equipo de salud establezca con el paciente.

Si este porcentaje se relaciona con los motivos de acceso, entre los que las lesiones por accidentes o hechos violentos suman un 30%, se puede inferir que la situación de soledad en la calle presenta un riesgo mayor a la salud respecto a los que conforman algún tipo de agrupamiento. Otra consecuencia del aislamiento es que la consulta médica se realiza cuando la evolución de la enfermedad interfiere con las estrategias de supervivencia en la calle debido a una reducción de pautas de alarma y por no contar con una mirada externa que pueda dar cuenta del deterioro.

De esta información se desprende que el cuidado de la propia salud no constituye una prioridad, por lo que el acceso a la misma se ve dificultado también por la expresión subjetiva de los condicionantes sociales.

### **9.13 Nivel de vinculación con el grupo familiar:**

El análisis del gráfico permite extraer que el 75% de los pacientes internados en situación de calle manifestó encontrarse desvinculado de su grupo familiar, mientras que el 12% mantenía vínculos con alguno de los miembros y un 4% conservaba el vínculo con todos los miembros de su grupo familiar. No fue posible obtener datos en un 9% de los casos.

Pertinente es mencionar que la familia constituye un grupo sujeto a variaciones en su composición y funcionamiento, resultantes por una parte, del protagonismo social de sus miembros en condiciones sociales e históricas dadas y, por otra, de su inserción social y territorial en diversos segmentos y áreas de la sociedad global.<sup>40</sup>

Escapar de los efectos devastadores, principalmente para los sectores más vulnerables, generados por los procesos socioeconómicos con sus desencadenantes e incidencia en la dinámica familiar, las relaciones interpersonales y la condiciones materiales de subsistencia, no resulta una elección posible o de fácil acceso para la población más desfavorecida respecto del goce de derechos básicos.

En el marco de las distintas trayectorias históricas, no constituye algo ajeno o distante, que en aquellas familias que se hallan en situación de mayor fragilidad, se produzca un corrimiento a condiciones más agravadas de existencia, con la consecuente ruptura de lazos y posibilidades de encontrar en la misma el apoyo afectivo y material necesario para superar situaciones de criticidad.

Cabe señalar, que la mención, por parte de la mayor proporción de los pacientes en situación de calle, acerca de su desvinculación familiar, se halla enlazada con los procesos mencionados y con las consiguientes pérdidas de red familiar, social, cultural, económica y política, que se intensifican al habitar la calle.

Se va conformando un quiebre de tramas vinculares previas y en paralelo, comienzan a gestarse otras relaciones en el marco de nuevas configuraciones que se delimitan al vivir en la calle.

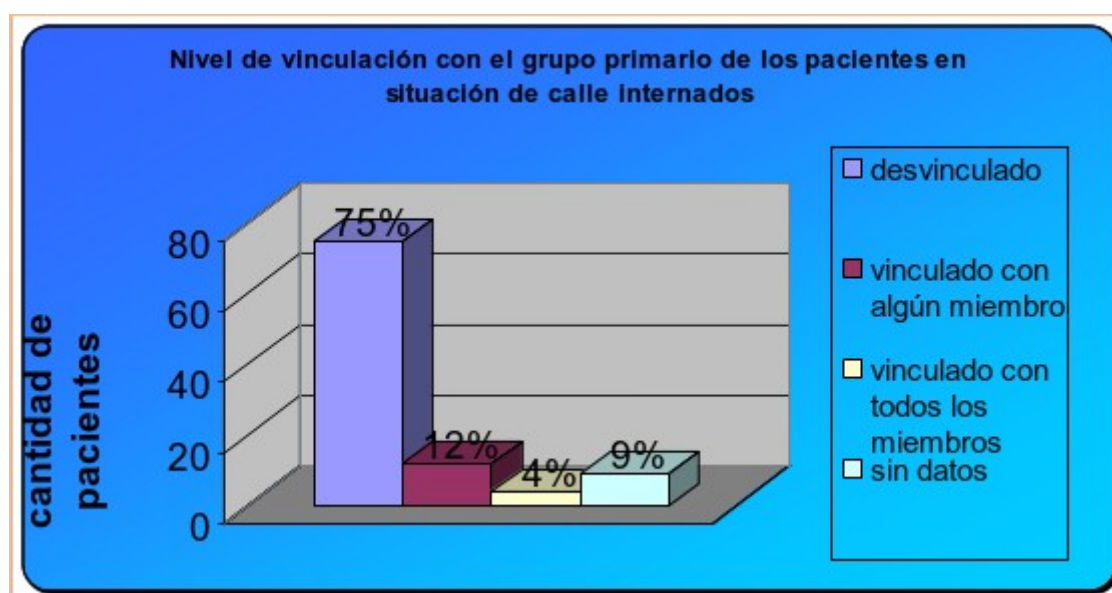
Tal como ya fuera puesto de manifiesto en este trabajo, a mayor tiempo en calle, se visualiza una mayor desvinculación con los miembros del grupo familiar e inversamente, durante los primeros tiempos de situación de calle, se conservan algunos o todos los vínculos. En esta segunda situación, en función de la característica de dichos vínculos, su presencia y la actuación que tengan, podrán

---

40 RECA, Inés C.. "Familias Nucleares Pobres: Vulnerabilidades y Fortalezas". En publicación: Familias Nucleares Pobres: Vulnerabilidades y Fortalezas. U.ARCIS. Universidad de Arte y Ciencias Sociales, Chile 1996.



constituirse en una herramienta fundamental para las personas en situación de calle, en relación al enfrentamiento de la situación que atraviesan y las posibilidades de superación.



*Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de las historias sociales de la División Servicio Social del Hospital Juan A. Fernández, correspondientes al período comprendido entre marzo de 2007 y marzo de 2009.*

#### **9.14 Condicionantes:**

Los parámetros tradicionales que "ordenaban" las relaciones sociales, políticas y económicas se resquebrajaron. El trabajo, y las formas organizativas a él asociadas desde los tiempos de la sociedad salarial, ya no contienen las expresiones de cambio que se suceden a su alrededor.<sup>41</sup>

Las transformaciones económicas y políticas operadas, fundamentalmente en las últimas décadas, han generado procesos de exclusión y marginación de crecientes sectores de la población.

Del análisis de las historias sociales relevadas, surge que el condicionante general ligado con el complejo proceso socioeconómico, es el que se evidencia como eje principal y transversal que configura la situación de calle en los casos estudiados, y se plasma en las principales problemáticas de trabajo, vivienda y educación.

Fue posible visualizar que si bien este condicionante general se hallaba presente en la totalidad de los pacientes, en un 31% de las personas internadas no se hallaron otros factores asociados al condicionante general, que tengan mayor especificidad.

Por otra parte, el 12% de los pacientes, presentaron como factor diferencial, la ausencia de red socio-familiar, el 19% los conflictos familiares, el 22% el alcoholismo, el 10% la adicción a otras drogas y el 7% patologías psiquiátricas.

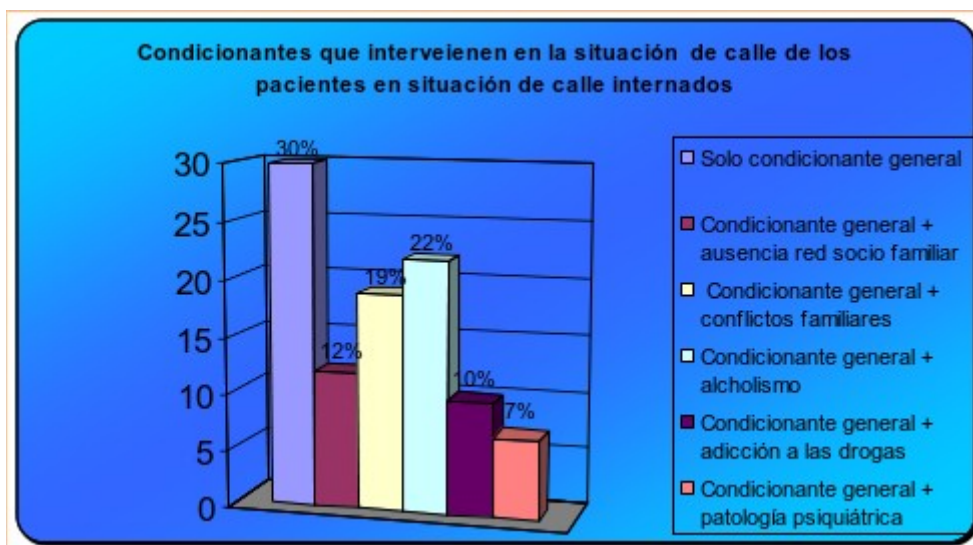
Cabe destacar que estos otros factores diferenciales, tienen una configuración particular en relación a que también presentan de base el condicionamiento general ya expresado, produciéndose una conjunción entre los mismos, que delimita lógicas más complejas y mayores restricciones a tener en cuenta al momento de la intervención.

41 Gorbán, Débora. op.cit.

A lo largo de este trabajo, se han aportado elementos para comprender la “situación de las personas excluidas en términos de rupturas, desfases, e interrupciones vividas. Lo que los marca son las distancias y las diferencias y no las positividades corrientes (ingreso, nivel educativo, profesión u oficio, etc.) Los excluidos no constituyen un orden, una clase o un cuerpo. Indicarían antes bien una falla en el tejido social. Estos grupos tienen en común el hallarse sometidos a diversas formas de sumisión y agravios, a padecer múltiples limitaciones, el encontrarse, en fin, sujetos a diversas relaciones de privación. Estas relaciones que son, asimismo, relaciones de poder, los someten y los condicionan en la medida en que una de las partes queda privada de bienes simbólicos o materiales imprescindibles para su subsistencia en condiciones dignas”.<sup>42</sup>

La falta de sentidos, la pérdida de noción de totalidad, la sensación de no pertenencia a un todo integrado, conforman la escenografía donde se expresan muchos de los padecimientos actuales.<sup>43</sup>

En este contexto, muchas pautas cargadas de ritualidad, que marcaban la vida cotidiana, se fueron perdiendo, como: la vida en el barrio, las relaciones de ayuda mutua, las reciprocidades e intercambios entre amigos, compañeros de trabajo, de estudio, etc. Estas pérdidas, producto de un mundo cada vez más competitivo, complejo e individualista, no implicarían sólo un cambio en las costumbres, sino un fuerte retroceso en la construcción y existencia de instancias de socialización y contención, resonando esencialmente en tanto constitución de identidades colectivas. De ahí que la identidad del trabajador, por ejemplo, se fue desfigurando, sin que se conformara otra que ocupara su lugar. A su vez, el presente nos muestra una fuerte fragmentación de la sociedad, con la sensación de que cada vez nos sentimos más separados del "todo" social. La pérdida de sensación de totalidad es uno de los malestares más significativos de esta etapa de la historia.<sup>44</sup>



*Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de las historias sociales de la División Servicio Social del Hospital Juan A. Fernández, correspondientes al período comprendido entre marzo de 2007 y marzo de 2009.*

42 Micieli, Cristina. Miradas de la exclusión social. En publicación: e-I@tina: Revista electrónica de estudios latinoamericanos, vol. 3, no. 9 : IIGG, Instituto Gino Germani, UBA, Universidad de Buenos Aires: Argentina. Octubre-Diciembre 2004. [Citado: 20/3/2010]. Disponible en: <http://www.iigg.fsoc.uba.ar/hemeroteca/elatina/elatina9.pdf> ISSN: 1666-9606.

43 CARBALLEDA, Alfredo Juan Manuel. “La prevención en drogadicción. Una mirada desde la Intervención en lo social”. Disponible en: <http://www.sada.gba.gov.ar/produccion/adiccionespdf/carballeda.pdf>

44 CARBALLEDA, Alfredo Juan Manuel. “¿Por qué la drogadicción?”. Margen - Edición N° 18 – Año 2000. Disponible en: [www.margen.org/pordroga.rtf](http://www.margen.org/pordroga.rtf)

## 10. Estrategias de intervención

“Una mirada al escenario de la intervención, muestra la importancia de generar estrategias que sirvan a la inclusión, a intervenir en la problemática de la integración, en amalgamar aquello que la crisis fragmentó, quizás en espacios micro-sociales, desde donde sea posible generar señales al *todo social*”.<sup>45</sup>

No es posible soslayar la responsabilidad primordial que le compete al Estado, a través de las políticas públicas que diseña e instrumenta, de asegurar condiciones de vida dignas a la población, con énfasis en los grupos más vulnerables, de modo de quebrar el círculo vicioso de pobreza, marginalidad y violencia que se reproduce y por ende se transmite y se refuerza en los patrones de desigualdad existentes.<sup>46</sup>

En este marco de actuación y tal como fuere puesto en evidencia lo largo de este trabajo, se considera que “la pobreza representa una dimensión que supera la falta de ingresos. No refiere sólo a privaciones económicas, sino también a otras formas de malestar y dolor moral que incluyen sensaciones de impotencia, sentimientos de vergüenza, humillación y exclusión en los ámbitos políticos, sociales y culturales. Conlleva, al unísono, la violación de un haz de derechos reconocidos por la norma cimera de nuestro ordenamiento jurídico, como el derecho a la dignidad, a una vivienda adecuada, a la salud, a la educación, al trabajo, a la alimentación, al respeto a la vida privada y familiar, a un hábitat adecuado”.<sup>47</sup>

En este orden de ideas y luego del análisis que surge del estudio de los pacientes internados que presentan esta problemática, se consideró pertinente plasmar en esta instancia el conjunto de acciones, herramientas y estrategias que son visualizadas como de fundamental importancia, desde Trabajo Social, al momento de la intervención con pacientes en situación de calle y a fin de posibilitar, a partir de la implementación de las mismas, la promoción y acceso a la salud integral.

### **10.1 Construcción de un vínculo estratégico interpersonal:**

#### ***- Primer momento: Valoración de los aspectos socio-familiares:***

Si bien la valoración socio-familiar constituye un proceso, a través de sucesivas aproximaciones desde la intervención en Trabajo Social, inicialmente durante las primeras entrevistas con el paciente, resultan relevante los siguientes aspectos:

- Conformación gradual de un vínculo estratégico interpersonal, que permita una mayor apertura por parte de la persona y de esta manera profundizar en la situación que la misma atraviesa.
- La contextualización socio-familiar en la que se inscribe la problemática y la comprensión de la singularidad de la situación que atraviesa cada paciente, es decir, el conocimiento proveniente del estudio y análisis de la complejidad de la problemática social interviniente y la especificidad que adquiere en el trabajo con la persona internada.
- El respeto por los tiempos y momentos personales de cada paciente.

---

45 CARBALLEDA, Alfredo Juan Manuel. “La prevención en drogadicción. Una mirada desde la Intervención en lo social”. Disponible en:

<http://www.sada.gba.gov.ar/produccion/adiccionespdf/carballeda.pdf>

46 Resolución N°0050/07. Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires. Disponible en: <http://www.defensoria.org.ar/institucional/resoluciones/r0050-07.doc>.

47 Resolución N° 1566/05. Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires. Disponible en: [www.defensoria.org.ar/institucional/resoluciones/r1566-05.doc](http://www.defensoria.org.ar/institucional/resoluciones/r1566-05.doc)

- Las características propias y modalidad de relación que presentan.
- Conocimiento de fragmentos de la historia personal de la persona en situación de calle, trayectoria, vínculos, redes presentes y posibles, identificación de necesidades, demandas, problemáticas principales que requieren atención, así como también, identificación de recursos tanto personales como sociales.

La evaluación socio-familiar, permite ponderar la magnitud de la situación que se presenta, tiempos, alternativas y efectos posibles para plantear objetivos precisos y llevar a cabo acciones pertinentes.

### ***Durante el transcurso de la internación: afianzamiento de la construcción del vínculo estratégico interpersonal***

En esta construcción, una de las herramientas fundamentales es la comunicación, en el sentido de contribuir a que la persona exprese su angustia, sus miedos, todo aquello que la perturbe anímicamente.<sup>48</sup>

“La comunicación es el proceso que permite a las personas intercambiar información sobre sí mismas y lo que las rodea a través de signos, sonidos y comportamientos. Constituye una necesidad básica en la atención de las personas enfermas”.<sup>49</sup>

Escuchar activamente, teniendo en cuenta el lenguaje verbal y para-verbal (silencios, gestos, miradas), prestar atención a lo que se dice y cómo, empatizar, constituyen herramientas indispensables, especialmente cuando se trata de personas en situación de calle, dadas las particulares de esta población, ya caracterizada en este trabajo.

Detectar las principales necesidades y dificultades, permite comenzar a delinear las posibles vías de resolución, de aquellas más apremiantes, a través de un trabajo conjunto que permita visualizar también sus capacidades y potencialidades.

Se parte de intentar abrir un espacio de escucha, brindando la posibilidad a la persona de expresar la vivencia de su situación desde su particular mirada y percepción. Es decir, una vez finalizada la urgencia clínica, desde el Trabajo Social es posible intensificar la atención de otras cuestiones que hacen a una mejor calidad de vida y que incide directamente en su salud.

El abordaje de cada paciente desde su singularidad, en un marco de confianza, favoreciendo la comunicación, permite el acceso a su mundo subjetivo; dado que cada paciente trae consigo una microcultura que le es propia y desde el equipo de salud, constituye un eje central, saber escucharla y respetarla.

Pertinente es señalar que la conformación de este vínculo, no es algo que pueda concretarse de manera instantánea, sino que requiere un trabajo conjunto desde todo el equipo de salud.

Trabajar este vínculo, así como también, no puede ser confinada dentro de los límites de una sola disciplina. En este sentido, cobra importancia el abordaje de cada situación de manera interdisciplinaria, lo cual favorece el intercambio de saberes y estrategias, desde cada especificidad permitiendo un abordaje más integral de cada paciente.

48 BARRETO, Martín; PEREZ, Martín y MOLERO ZAFRA, M. “La comunicación con la familia, Claudicación familiar” En: fotocopias del Curso avanzado de psico-socio-oncología y cuidados paliativos 2004-2005, módulo 4 semana 1.

49 OJEDA MARTÍN, Manuel. “La comunicación en las relaciones de ayuda. Pág. 833 En: fotocopias de curso avanzado de psico-socio-oncología y cuidados paliativos, módulo 4 semana 1.

## **10.2 Articulación intrainstitucional:**

### **10.2.1 Elementos a tener en cuenta por el Equipo de Salud frente a la atención de pacientes en situación de calle internados.**

Desde el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, como ya se ha mencionado en este trabajo, existen Programas que se implementan para afrontar la problemática de falta de vivienda. Los mismos, además de ser ineficientes y no atender la problemática de manera integral ni con acciones de fondo; no llegan a toda la población destinataria y en muchos casos, además presentan obstáculos burocráticos que dificultan su acceso.

Para acceder a estos programas, el Gobierno de la Ciudad exige contar con cierta documentación que, al momento del alta se vuelve imprescindible para iniciar la articulación interinstitucional.

Es por esto que la divulgación permanente por parte del Servicio Social a los distintos equipos de salud de los requisitos de acceso a programas es fundamental para reducir los tiempos de internación y no perder oportunidades de acceso a dichos programas por parte de los pacientes.

A continuación se presentan los principales aspectos que debe tener en cuenta el Equipo de Salud al momento de ingreso a la internación de un paciente en situación de calle.

### **10.2.2 Articulación interdisciplinaria:**

La intervención de diferentes disciplinas en la atención, evaluación y seguimiento de casos comunes y a su vez, las exigencias planteadas por la complejidad de la problemática de situación de calle, demandan un tratamiento interdisciplinario, lo cual, requiere acciones concretas y compromiso del equipo de salud.

Cabe destacar, que la interdisciplina se encuentra en permanente construcción y se pone en juego frente a las distintas intervenciones que se plantean desde el equipo.

El pensar, planificar e implementar acciones, articulando distintas disciplinas, posturas, estilos profesionales y personales, requiere un esfuerzo conjunto, diálogo, intercambio y apertura, que no resulta posible alcanzar de una vez. Aparece como más factible lograr acercamientos paulatinos, aproximaciones o momentos de trabajo interdisciplinario y siendo necesario realizar acciones continuas para sostenerlo.

### **10.2.3 Acciones preventivas, promocionales y asistenciales:**

Las mismas propician la generación de alternativas saludables, el reconocimiento y valorización de recursos propios y de la comunidad, la utilización más efectiva de dispositivos y prestaciones socio-sanitarias. Posibilita la construcción de posicionamientos diferentes en los actores y en las decisiones que tomen.

Una de las formas en las que se expresan estas acciones es a través la relevancia de la posibilidad de brindar información sobre derechos, responsabilidades y obligaciones, promoviendo el conocimiento, la defensa de los mismos y asesorando sobre las alternativas e instancias posibles para exigir el cumplimiento, entre otros aspectos.

Por otra parte, en función de las acciones asistenciales, dos ejes propuestos, que deberían valorizarse son la provisión alimentaria por parte del Hospital y las duchas en el sector de Guardia.

- Provisión alimentaria por parte del Hospital:

Los seres vivos necesitan alimentarse para incorporar los nutrientes que les aporten energía para

llevar a cabo los procesos vitales básicos y las distintas actividades que desarrollen.

En este sentido, la provisión de alimentos es un acto que contribuye en la prevención de enfermedades y constituye un derecho humano básico.

Por otra parte, analizando este aspecto en función de la administración de recursos en salud, es posible considerar que dicha provisión nutricional, podría generar un gasto económico menor que la asistencia curativa y/o rehabilitación que implican los tratamientos médicos.

- Duchas en el sector de Guardia:

Una de las necesidades sentidas y expresadas con mayores obstáculos en su accesibilidad por parte de los pacientes en situación de calle, es la “higiene personal” de los pacientes en situación de calle. Dicha falta de acceso no solo acarrea problemas de salud física, sino que aumenta desfavorablemente el efecto sobre la construcción social de la imagen de la persona en situación de calle.

En general, estos pacientes suelen estar sucios y desalineados. No pudiendo cumplir con lo socialmente “esperado” ni contando con los medios para el cuidado de su higiene. Asimismo, muchas veces, la falta de aseo es visualizada como una actitud de descuido o desidia personal por parte del paciente en situación de calle.

Esta característica refuerza la situación de exclusión social sumando a las carencias materiales, el rechazo desde los sentidos. Esta situación se resignifica con preconceptos respecto de la persona, dificultando y condicionando las estrategias de presentación y en consecuencia la generación de nuevos vínculos.

Teniendo en cuenta la importancia que toma la posibilidad de acceder a la higiene personal para estos pacientes, es que se propone la construcción de una ducha en el espacio de guardia para la libre utilización de las personas, que se encuentran en situación de calle. Este recurso no solo beneficiaría a los adultos, sino que tendría un efecto mayor en los niños/as y adolescentes, sobre todo si se realiza en el marco de un encuadre de trabajo, con objetivos específicos que delimiten la intervención profesional.

Cabe destacar, que este proyecto ya fue implementado, en el Ce.S.A.C. N°33, efector dependiente del Hospital Tornú. El mismo permitió a las personas en situación de calle que allí concurrieron, acceder a la satisfacción de una necesidad que es permanentemente negada, la cual contribuye a la dignidad del hombre en sociedad.

### **Pacientes en situación de calle**

#### **Aspectos a tener en cuenta durante la internación:**

##### **En todos los casos**

- Realizar interconsulta con el Servicio Social a fin de que se realice la evaluación socio familiar y se implementen las estrategias de intervención pertinentes.

##### **Al momento del Egreso**

#### **En los casos de pacientes que tengan entre 18 y 59 años:**

- Resumen de Historia clínica (Fecha de ingreso y fecha de alta)

**En los casos de pacientes mayores de 60 años que no cuenten con cobertura social**

**Requisitos para ingreso a Hogares para la 3ª edad del GCBA.**

- Resumen de Historia clínica (estado de Salud Física; características de la ambulación -autoválido o no -; continencia de esfínteres)
- Radiografía de tórax
- Análisis de sangre y orina completas
- PPD
- Chagas
- Evaluación Psiquiátrica(suscripto por médico psiquiatra)
- Evaluación Oftalmológica
- ECG con informe
- Evaluación de enfermedad infecto contagiosa

**Siempre realizar interconsulta con Servicio Social al ingreso del paciente en la sala.**

***10.3 Articulación interinstitucional:***

Frente a la presencia de diferentes necesidades, demandas y problemáticas que atraviesan los pacientes en situación de calle y en relación a la situación de vulnerabilidad en la que se pueden encontrar, el conocimiento actualizado de los recursos institucionales disponibles, así como también la articulación interinstitucional que se implemente, resulta imprescindible.

El contacto con aquellas instituciones que pudieran brindar una respuesta social, se lleva a cabo desde el inicio de la intervención. No obstante, se reconoce que la generación de articulaciones, no siempre resulta una tarea de simple resolución, adquiriendo en este punto, central importancia la comunicación, el conocimiento de competencias, funciones y responsabilidades involucradas para dar respuesta a las situaciones planteadas y las vías de acceso a reclamos para exigir cumplimientos.

Por otra parte, es pertinente destacar en relación a las derivaciones institucionales y en tanto las mismas constituyen formas de articular acciones para colocar recursos disponibles al servicio de la situación problemática<sup>50</sup>, que dichas derivaciones requieren dos aspectos a enfatizar:

- que la derivación sea acompañada, asistida, en el sentido de facilitar a través de la comunicación e intercambio con las otras instituciones, información precisa, actualizada y referenciada con las personas intervinientes.
- Dar continuidad y seguimiento a las intervenciones realizadas.

***10.3.1 Instancia de reclamo individual y colectivo: articulación con la Defensoría del Pueblo de Ciudad Autónoma de Buenos Aires***

Con respecto a este punto se efectuaron reuniones de articulación desde la Residencia de Servicio Social del Hospital Fernández, con la Defensoría del Pueblo de Ciudad a cargo de la Dra.

---

<sup>50</sup> EROLES, Carlos. "Glosario de temas fundamentales en Trabajo Social". Ed. Espacio. Bs As. Año 2005. Pag.20

Alicia Pierini. Cabe señalar, que constituye una misión principal de la Defensoría, preservar y promover el respeto de los derechos humanos y las garantías ciudadanas, protegiendo a las personas de las arbitrariedades, desviaciones de poder y errores de la administración pública local, así como de los abusos, negligencias o irregularidades cometidas por las empresas que prestan servicios públicos y las fuerzas que ejercen funciones de policía de seguridad. La Defensoría del Pueblo, en tanto institución de garantías, se encarga de defender los derechos de los ciudadanos a la educación, la salud, la seguridad, el libre uso de los espacios públicos, procurando, a través de recomendaciones y otras acciones pertinentes dirigidas a las autoridades correspondientes, elevar la calidad de vida de la población.<sup>51</sup>

Teniendo en cuenta que la población que se encuentra en situación de calle, presenta los principales derechos humanos vulnerados, se pensó como fundamental, establecer un nexo directo de comunicación con la Defensoría del Pueblo, específicamente el área de Derechos Sociales. A tal fin, se contactó a la Dra. Silvina Pennella, responsable del área, quien además de entregar material bibliográfico y normativo vigente, realizó una descripción de la situación actual en la Ciudad de Buenos Aires en materia de problemática habitacional, problemática de situación de calle, características de las principales políticas sociales que fueron implementadas desde el Gobierno de la Ciudad, así como también obligaciones y responsabilidades que le compete a las distintas instituciones en relación a la materia abordada. Fue posible también, intercambiar acerca de la situación de los pacientes en situación de calle internados en el Hospital Juan A. Fernández, aportando desde esta Residencia, datos actualizados, provenientes de la presente investigación.

Acuerdos efectuados con la Responsable del área de Derechos Sociales:

- Informar ante dicha área, situaciones de incumplimiento en el acceso/admisión de personas en situación de calle a recursos sociales que brindan las instituciones obligadas al efecto.
- Generación de un circuito de comunicación con el área de vivienda, donde frente a la ausencia/demora en la respuesta por parte de las instituciones de Gobierno de la Ciudad, ante un paciente en situación de calle, se establezca una comunicación telefónica directa con la Defensoría y se realice una derivación contextualizada, informada, promoviendo la referencia y contrarreferencia.
- Viabilizar el reclamo de los pacientes en situación de calle, ante la Defensoría del Pueblo de Ciudad, frente a vulneraciones de Derechos.
- Aportar conocimiento sistematizado a la Defensoría, de la situación de los pacientes en situación de calle que son internados en el Hospital Juan A. Fernández.

Cabe destacar, que con el Defensor del Pueblo, con motivo de sus investigaciones, puede formular advertencias, recomendaciones, recordatorios de los deberes de los funcionarios, y propuestas para la adopción de nuevas medidas. Las recomendaciones no son vinculantes, pero si dentro del plazo fijado la autoridad administrativa afectada no produce una medida adecuada, o no informa de las razones que estime para no adoptarla, el Defensor o Defensora del Pueblo puede poner en conocimiento del ministro o secretario del área, o de la máxima autoridad de la entidad involucrada, los antecedentes del asunto y las recomendaciones propuestas. Si tampoco así obtiene una justificación adecuada, debe incluir tal asunto en su informe anual o especial a la Legislatura, con mención de los nombres de las autoridades o funcionarios que hayan adoptado tal actitud.<sup>52</sup>

---

51 Disponible en: [www.defensoria.org.ar](http://www.defensoria.org.ar)

52 Diagnósticos 3: "El derecho a la Vivienda: la vigencia de los derechos humanos en la Ciudad Autónoma



### ***10.3.2 Utilización de conocimiento normativo y de las políticas sociales vigentes para facilitar el acceso a derechos:***

En primer lugar, es importante mencionar que el conocimiento actualizado e histórico sobre la normativa legal en materia de derechos humanos fundamentales y las normas de aplicación dirigidas específicamente dirigidas a la problemática de vivienda y la situación de calle, constituyen una parte central de la intervención, a los efectos de enmarcarla en función de los recursos jurídicos disponibles, teniendo en cuenta que el aspecto jurídico es el que delimitará derechos, obligaciones y responsabilidades resultantes.

La falta de información y análisis de estos aspectos incidirá en la práctica profesional, limitando la mirada y las acciones que pudieran implementarse en relación a derechos vulnerados identificados y las instancias pertinentes para dar respuesta a los mismos.

Comprender el marco legislativo vinculado a la problemática abordada en este trabajo, implica necesariamente tener en cuenta la trayectoria histórica transitada, los cambios normativos y las prácticas institucionales implementadas.

El conocimiento de la normativa vigente es el que favorece la identificación de derechos vulnerados y exigencia de acciones concretas, por parte de los profesionales en su relación con las instituciones y por otra parte, contribuye a potencializar los reclamos desde los mismos sujetos con derechos vulnerados hacia las instancias institucionales.

Cabe destacar que tanto las políticas sociales vigentes, el conjunto de dispositivos disponibles y el acceso a los mismos, son los que darán cuenta de la concepción y tratamiento que dirigido a atender la problemática desde instancias técnicas y políticas.

Promover desde el trabajo social el acceso a recursos socio-sanitarios de aquellos pacientes internados que se encuentran en situación de calle, es una herramienta fundamental, dado que constituye una base necesaria que favorece el ejercicio de derechos.

Los recursos han sido entendidos tradicionalmente como aquellos bienes tangibles que tienden a garantizar una adecuada reproducción de las condiciones materiales de existencia. Esta consideración contiene implícitamente la valoración de la necesidad como carencia material; con posterioridad, paulatinamente comienzan también a ser entendidos como recursos aquellas posibilidades de acceso a redes sociales que posibiliten la gestión de bienes y servicios que demandan.<sup>53</sup>

Si bien, es importante tener en cuenta que los recursos en general, operan como meros paliativos que no resuelven cuestiones de fondo, aparecen como necesarios y en algunos casos imprescindibles, dado que constituyen una base mínima para acceder a la salud integral.

Es importante tener en cuenta, que la accesibilidad a recursos sociales, es la que va a expresar en qué medida los derechos de los pacientes internados tienen posibilidad de alcanzar su cumplimiento o son simplemente abstracciones o derechos restringidos que se encuentran supeditados al cumplimiento de requisitos.

---

de Buenos Aires a la luz del derecho supranacional” 1ra edición. Bs.As.. Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Año 2009.

53 Eroles, Carlos. “Glosario de temas fundamentales en Trabajo Social” Ed. Espacio. Bs As. Año 2005. Pág. 179

## 11. Conclusiones

En el presente trabajo, fue posible conocer y analizar la contextualización socio-histórica de la problemática de situación de calle, observándose el peso que ha tenido la problemática habitacional para los sectores populares a lo largo del siglo XX y la concepción individual y restrictiva que ha prevalecido desde el Estado para garantizar el derecho a la vivienda.

Cada forma de Estado se ha caracterizado por la vigencia de determinadas soluciones habitacionales. Las mismas resultaron de la interacción del Estado con otras instituciones de la Sociedad civil como el Mercado o la familia, las cuales colaboraron a fin de instalar el nuevo orden social propuesto; es decir, "el régimen social de acumulación, para el cual la solución habitacional fue un dispositivo clave en tanto estructuró el espacio y con éste cierta organización social"<sup>54</sup>.

A partir del estudio llevado a cabo en este trabajo, sobre las historias sociales de los pacientes en situación de calle internados en este Hospital durante el período marzo 2007 a marzo 2009, se obtuvo la siguiente información de relevancia:

- El 78% de los pacientes internados que se encontraban en situación de calle estaba conformado por hombres y el 22% por mujeres.
- A lo largo del año 2007 se registró un 26% de pacientes internados en situación de calle, durante el año 2008 un 43% y desde enero a marzo de 2009 un 31%.
- El 51% de los pacientes en situación de calle, no contaban con documentación acreditante de identidad al momento de la internación, mientras que un 49% si poseía dicha documentación.
- Respecto de la composición por edad, 19% tenía entre 19 y 29 años, 22% entre 30 y 39 años, 15% entre 40 y 49 años, 19% entre 50 y 59%, 16% más de 60 años y no se contó con información en un 20% de los casos.
- Sobre el lugar de nacimiento, se destacó que el 30% de los pacientes había nacido en Ciudad de Buenos Aires, 26% en Conurbano, 30% en Provincia de Buenos Aires, 8% en países limítrofes, 2% otros países y no se contó con información en un 4% de los casos.
- El 32% de los pacientes contaba con una permanencia en situación de calle menor a 1 año, 27% entre 1 y 5 años, 8% entre 5 y 10 años, 12% más de 10 años y no se contó con datos en un 21% de los casos.
- En relación al nivel de instrucción alcanzado, 40% no había terminado sus estudios primarios, 22% contaba con primaria completa, 17% secundaria incompleta, 11% secundaria incompleta, 2% había realizado algún oficio y no se contaron con datos en un 8% de los casos.
- Respecto de la actividad / trabajo en calle, el 5% realizaba venta ambulante, 9% cuida autos, 1% limpia vidrios, 6% cartoneo / cirujeo, 12% pide en calle, 20% otras changas y no se contó con datos en un 47% de los casos.
- La procedencia del ingreso de los pacientes en situación de calle, provenía en el 52% de la actividad / trabajo que realizaban en calle, 7% de la percepción de una jubilación o pensión, 7% de la percepción de un Plan o Programa (Políticas Sociales), 7% correspondía pluri-ingreso y no se contó con datos en un 27% de los casos.
- El 90% de los pacientes, accedieron a la internación a través de la guardia, mientras que el 10% a través de consultorios externos.
- 51% de los pacientes pernoctaban en la calle, mientras que un 23% en Paradores del

---

54 López, Eduardo. op. cit.

Gobierno de la Ciudad, 3% transitoriamente en hotel y no se contó con datos en el 23% de los casos.

- El 72% que se encuentra en situación de calle, se encuentra solo, mientras que el 30% vive en calle con algún miembro de su familia.
- En relación al nivel de vinculación con el grupo familiar, el 75% se encontraba desvinculado, el 12% conservaba vínculo con algún miembro, el 4% conservaba todos los vínculos y no se contó con datos en el 9% de los casos.
- 30% de los pacientes en situación de calle, presentaba como condicionante general que incide en la situación de calle (vinculado con procesos socioeconómicos) y en el resto de los pacientes, además de este condicionante, se destacó la ausencia de red sociofamiliar en el 12% de los casos, conflictos familiares en el 19%, alcoholismo en el 22%, adicción a otras drogas en el 10% y patología psiquiátrica en el 7%.

El conocimiento, análisis e intervención vinculada con la problemática de calle y la consiguiente dificultad en el acceso, por parte de los pacientes que experimentan esta situación, a la efectivización del derecho a la salud integral, se considera fundamental desde el Trabajo Social y debe ser abordado desde el equipo de salud articuladamente, dado que contribuirá en las acciones que se implementen.

Entre las acciones desarrolladas desde Trabajo Social y las estrategias propuestas que se han diseñado en el presente trabajo, se destacó:

- Construcción de un vínculo estratégico interpersonal con el paciente en situación de calle.
- Articulación intrainstitucional, mencionándose los elementos a tener en cuenta por el Equipo de Salud, la articulación interdisciplinaria, la implementación de acciones preventivas, promocionales y asistenciales. Entre las acciones asistenciales, adquirió relevancia la provisión alimentaria y las duchas en el sector de guardia.
- Articulación interinstitucional, en la que resultó fundamental la instancia de reclamo individual y colectivo, articulando con la Defensoría del Pueblo de Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la utilización de conocimiento normativo y de las políticas sociales vigentes para facilitar el acceso a derechos.

## 12. Bibliografía

- ALLIDIERE, Noemí; FERRARI, Ricardo; SOLA, Luis; BERENBAUM, Laura; BONELLI, Alicia. “Fundamentos de psicología” Ed. Artes Gráficas Negri SRL. Bs.As. Año 1997.
- AUYERO, Javier. “Otra vez en la vía”. Fundación del sur. Gecuso. Ed. Espacio. Buenos Aires, 1993.
- Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires año 2007. Dirección General de Estadísticas y Censos.
- GATTINO Y AQUIN. “Las Familias de la nueva pobreza”. Apunte de la Fac. de Cs. Soc. UBA. Cátedra Eroles.
- Bianco, M.; Re, M.; Pagani, L.; Barone, E. “Derechos Humanos y acceso al tratamiento

para VIH-Sida. Estudios de caso sobre Derechos Humanos”. LACASSO-ONUSIDA. Bs. As. Año 1999.

- Catastro Nacional de personas en situación de calle. “Habitando la calle” Gobierno de Chile. Año 2005. Disponible en: [http://www.chilesolidario.gov.cl/programacalle/doc/pdf/habitando\\_lacalle.pdf](http://www.chilesolidario.gov.cl/programacalle/doc/pdf/habitando_lacalle.pdf)

- Centro de documentación en Política Sociales, “Los que duermen en la calle. Un abordaje de la indigencia extrema en la ciudad de Buenos Aires”. Documento 19. Buenos Aires/f.

- Revista mensual “Fusión” en: <http://www.revistafusion.com/asturias/2001/enero/report88-2.htm>

- CHADI, Mónica. “Redes Sociales en el Trabajo Social” Ed. Espacio. Bs. As. Año 2007.

- Diagnósticos 3. “El derecho a la vivienda: la vigencia de los derechos humanos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a la luz del derecho supranacional”. 1ra edición. Bs.As. Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Año 2009.

- EROLES, Carlos. “Familia y Trabajo Social” Ed. Espacio. Año 2001.

- EROLES, Carlos. “Glosario de temas fundamentales en Trabajo Social”. Ed. Espacio. Bs As. Año 2005.

- GOLBERT, Laura. Capítulo 1. “Los cambios socioeconómicos de la Ciudad de Buenos Aires”. En publicación: Hay opciones en el campo de las políticas sociales? El caso del gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Septiembre. 2004. ISBN: 987-7783-03-8. Acceso al texto completo: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/golbert/Cap01.pdf>

- GORBÁN, Débora. “Reflexiones alrededor de los procesos de cambio social en argentina. El caso de los cartoneros”. En publicación: e-l@tina: Revista electrónica de estudios latinoamericanos, vol. 2, no. 8 : IIGG, Instituto Gino Germani, UBA, Universidad de Buenos Aires: Argentina. Julio-Setiembre 2004. [Citado: 19/3/2010]. Disponible en: <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/udishal/elatina/08jul-set2004.pdf> ISSN: 1666-9606.

- Ley 153 de Salud Básica de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

- MICIELI, Cristina. “Miradas de la exclusión social”. En publicación: e-l@tina: Revista electrónica de estudios latinoamericanos, vol. 3, no. 9 : IIGG, Instituto Gino Germani, UBA, Universidad de Buenos Aires: Argentina. Octubre-Diciembre 2004.[Citado:19/3/2010]. Disponible en: <http://www.iigg.fsoc.uba.ar/hemeroteca/elatina/elatina9.pdf> ISSN: 1666-9606.

- NOVICK, Susana (compiladora). “Las migraciones en América Latina. Políticas, culturas y estrategias. Catálogos SRL. BS AS. Año 2008”.

- RECA, Inés C.. “Familias Nucleares Pobres: Vulnerabilidades y Fortalezas”. En publicación: Familias Nucleares Pobres: Vulnerabilidades y Fortalezas. U.ARCIS. Universidad de Arte y Ciencias Sociales, Chile 1996.

- ROBLES, Claudio. “La intervención pericial en Trabajo Social. Orientaciones teórico-prácticas para la tarea forense”. Ed. Espacio. Bs. As. Año 2004

- VIDELLIA, G. “El derecho a la salud” Apunte de la Fac. de Cs. Soc. UBA

- ZICCARDI, Alicia. “Las ciudades y la cuestión social”. En publicación: Pobreza,

desigualdad social y ciudadanía. Los límites de las políticas sociales en América Latina. Alicia Ziccardi. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. 2001. ISBN: 950-9231-57-6

- [www.defensoria.org.ar](http://www.defensoria.org.ar)