

margen N° 77 – julio 2015

“Con arrugas y sin huellas”. Adultos mayores en situación de calle en el campo de la Salud Pública

Por Milagros Castro Godoy y Julieta Silva

Milagros Castro Godoy. Licenciada en Trabajo Social, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Julieta Silva. Licenciada en Trabajo Social, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Trabajo final de grado para la Carrera de Trabajo Social. Universidad de Buenos Aires. 2015

Introducción

La presente investigación, tiene como punto de partida nuestra experiencia pre-profesional desarrollada en el Hospital General de Agudos Juan A. Fernández, ubicado en el barrio de Palermo de la Ciudad de Buenos Aires.

Mantuvimos un acercamiento con adultos mayores, quienes luego de estar en condiciones de alta médica, permanecen internados en la institución por el hecho de encontrarse en situación de calle. Estos pasan a ser denominados vulgarmente “pacientes sociales”.

“A nivel institucional los llaman “sociales”, hay una discusión en la denominación. Es una categoría nativa que circula en la mayoría de las historias clínicas; son los pacientes que continúan internados por causas “sociales”.” (Entrevista a Trabajadora Social del Servicio Social del Hospital Fernández)

Las historias de vida de aquellos adultos mayores nos llevaron a reflexionar sobre el acceso y el derecho a la vivienda, y las estrategias institucionales para la resolución de la problemática habitacional.

La gestión para resolver dichas problemáticas, por diferentes motivos, demora un tiempo prolongado; días, meses, incluso años. Por lo tanto, mientras la resolución se concreta, los mal llamados “pacientes sociales” desarrollan su vida cotidiana en el marco de una institución hospitalaria.

Estos hechos nos llevaron a plantear como propósito del presente trabajo, el análisis sobre cómo interviene la Institución Hospital Fernández a través de sus prácticas, discursos, recursos y políticas, en la situación de vulnerabilidad social que presentan los “pacientes sociales” adultos mayores allí internados; y cómo estas acciones u omisiones de la institución, impactan en su subjetividad.

Se toma como unidad de análisis a los adultos mayores que se encuentran en situación de calle, internados en el Hospital Fernández. El recorte de la población se realizó debido al número relevante de pacientes adultos mayores en situación de emergencia habitacional, conocido específicamente, mediante nuestras prácticas pre- profesionales.

Para abordar el análisis se desarrollarán tres capítulos: en el primero se expondrán categorías teóricas desde las cuales se concibe a la salud y a la problemática de situación de calle, teniendo en cuenta la vivencia de los sujetos. Además se darán cuenta de las diferentes políticas sociales vinculadas a la problemática. En el segundo capítulo, se desarrollará un análisis sobre la dinámica institucional del Hospital Fernández. Por último, en el capítulo tres, se analizará de qué modo impacta en la subjetividad de los “pacientes sociales” adultos mayores, el hecho de transitar su vida cotidiana en la institución hospitalaria.

De esta forma, el análisis se llevará a cabo siguiendo una lógica vinculada a la “teoría de la estructuración” propuesta por Giddens. Dicha teoría, presenta sus conceptos en oposición a la teoría estructural-funcionalista parsoniana, con el objetivo de eludir las divisiones entre estructura y sujeto.

Ni el sujeto ni el objeto pueden primar el uno sobre el otro, sino que cada uno de ellos está constituido en y a través, de prácticas recurrentes. De este modo, se considera que las ciencias sociales no deben estudiar ni las vivencias de los actores en forma individual, ni la existencia de la totalidad societaria, sino las prácticas sociales ordenadas en tiempo y espacio. (Kiessling, 1999)

Por lo tanto, en el desarrollo de la investigación se analizarán la estructura y el sujeto de forma conjunta. Así, la dinámica institucional del Hospital Fernández y los sujetos “pacientes sociales” adultos mayores allí internados serán abordados como una totalidad.

Metodología

El objetivo general del presente trabajo de investigación es:

- Analizar cómo interviene la Institución Hospital Fernández (CABA), a través de sus discursos, prácticas, recursos y políticas, en la situación de vulnerabilidad social que presentan los “pacientes sociales” adultos mayores allí internados; y cómo estas acciones u omisiones de la institución, impactan en su subjetividad, en el periodo de 2014 a 2015.

Para analizar con mayor exactitud lo dicho anteriormente, se determinaron diferentes objetivos específicos:

- Indagar cómo se relacionan el concepto de salud integral, las políticas sociales y la situación de calle que transitan los adultos mayores internados en el Hospital Fernández, en el ámbito de la CABA.
- Conocer la dinámica institucional del Hospital Fernández y analizar cómo impacta en la subjetividad de los adultos mayores “pacientes sociales” allí internados.
- Conocer de qué modo los “pacientes sociales” adultos mayores internados en el Hospital, transitan su vida cotidiana y cómo representan su trayectoria y proyectos de vida.

Para la realización de este trabajo, la metodología que se utilizó se encuentra dentro de una lógica cualitativa, más próxima a la inducción, y con carácter participativo.

En este tipo de metodología el objeto de estudio se construye a partir de los significados que los actores y el investigador le asignan a un hecho social particular. El interés central de esta investigación, se basa en los significados que las personas les atribuyen a los hechos, a sus interacciones y acciones dentro de un contexto determinado social e históricamente.

Mediante la inducción, se busca una teoría que haga posible interpretar los datos. Se busca comprender, es decir, captar el significado que las personas le atribuyen a las luchas sociales, a sus propias acciones y a las contradicciones políticas, sociales y económicas que se dan en las diferentes historias de vida.

El objeto se construye de forma colectiva, en instancias donde se confrontan el conocimiento perteneciente a los actores y con el conocimiento científico que porta el investigador. Mediante la superación y la síntesis de estos conocimientos se produce un conocimiento nuevo, unificado.

Con respecto a la recolección de datos, que nos permitieron conocer los significados atribuidos a las experiencias, hechos y acciones de los actores interpelados, empleamos como técnica de investigación la entrevista semi-estructurada. Además, recurrimos a registros (notas de campo) de la práctica realizada en el Hospital. Asimismo, se recurrió a observaciones participantes de diferentes situaciones vivenciadas en el marco de las prácticas realizadas en la Institución Hospitalaria.

Como fuentes secundarias, se examinaron documentos elaborados por el Hospital Fernández, tales como las Historias Clínicas y las Historias Sociales de los pacientes.

El universo de estudio estuvo conformado por los adultos mayores, “pacientes sociales” internados en el Hospital Fernández de la CABA. El criterio de selección de la muestra fue de carácter intencional. Para la realización de entrevistas escogimos a tres adultos mayores, los cuales presentaban diversas situaciones relacionadas con la dificultad en el acceso a una vivienda digna. Asimismo entrevistamos al Jefe de Sala de Internación de Hombres (médico) y a una Trabajadora Social, perteneciente al Servicio Social (ambos del Hospital Fernández) con el fin de dar cuenta el significado que estos actores le atribuyen a la problemática habitacional planteada y a las estrategias institucionales destinadas a su resolución, y las relaciones establecidas entre los diferentes actores en cuestión, en el marco de una determinada dinámica institucional.

Capítulo 1: “Salud Vulnerada: caminos que conducen a la calle...”

*“Soy oxígeno para este continente, soy lo que descuidó el presidente.
No te asustes si tengo mal aliento, si me ves sin camisa, con las tetillas al viento.
Yo soy un elemento más del paisaje, los residuos de la calle son mi camuflaje
Como algo que existe, que parece de mentira, algo sin vida, pero que respira...”*
(Mercedes Sosa y Calle 13)

Para analizar la situación de vulnerabilidad social, por encontrarse en situación de emergencia habitacional, que atraviesan los adultos mayores “pacientes sociales”, es necesario remitirnos al concepto de salud integral y, dentro de ella, a la vivienda como un derecho que debe ser garantizado: acceder a un vivienda digna es parte constitutiva de la efectividad de la salud de las personas.

El concepto de vulnerabilidad social será tomado para comprender la problemática habitacional de los adultos mayores, quienes serán pensados como poseedores de ciudadanía. Por lo tanto, se dará cuenta de la categoría situación de calle como máxima expresión del derecho a la vivienda vulnerado.

El análisis se abordará teniendo en cuenta las experiencias de vida de los adultos mayores y cómo éstos transitaron su vida cotidiana en situación de calle.

Posteriormente, se analizará la forma en que el Estado intervino históricamente en dichas problemáticas, realizando un recorrido desde la constitución del Estado argentino hasta nuestros días. Y particularmente, se abordarán las políticas sociales existentes en la actualidad, relacionadas con la problemática habitacional.

1.1. “Salud Integral”

Para llevar a cabo el estudio de la problemática en cuestión, el equipo de investigación ha seleccionado el enfoque de la salud integral. Éste concibe que el estudio del proceso salud-enfermedad está determinado tanto por elementos de la estructura y funcionamiento biológicos, como por condiciones internas del sujeto, tales como procesos psíquicos, cognitivos, afectivos y formaciones psicológicas complejas de la personalidad y por elementos de carácter social, del entorno microsocial y macrosocial. (Franco, Duarte; 1991)

La salud y la enfermedad no son acontecimientos que ocurren exclusivamente en el espacio privado de nuestra vida personal. La calidad de vida, el cuidado y promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación, los problemas de salud y la muerte misma, acontecen en el complejo tejido social en el que transcurre la historia personal.

La salud, su cultivo, su deterioro o su pérdida irreparable, están inexorablemente ligados a los modos de vida social, a los riesgos y retos ambientales, a los alimentos que consumimos, a la vida productiva, a la distribución desigual de los recursos económicos y, en definitiva, al espacio público en el que viven los individuos. (Costa; López, 1987)

En este sentido, tomando a Laurell (1986), esta concepción se vincula con la Medicina social, la cual

surge en la década de los 60, promovida tanto por parte del cuerpo científico médico como de los movimientos sociales. Desde esta concepción se analiza el proceso salud-enfermedad desde una visión que contempla el contexto social, político y económico, donde se desarrolla el mismo. De esta manera, se evidencia la influencia que tienen sobre este proceso, tanto la clase social, la manera de reproducción del sujeto, como las condiciones laborales. Al analizar las categorías planteadas, se determina el patrón de desgaste de los individuos pertenecientes a una clase social determinada. No es la misma forma de enfermar o de conservar la salud que tiene un sujeto en el ámbito rural, que otro que desarrolla su vida en la ciudad; los patrones de desgaste difieren.

La población seleccionada para este trabajo, tiene un patrón de desgaste particular y sin embargo común a todos ellos.

Los adultos mayores internados en el Hospital Fernández, en su mayoría, desarrollaron su vida en el contexto de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, realizando diferentes actividades laborales, como por ejemplo: tareas domésticas, trabajos en relación de dependencia, conducción de transportes, etc. Únicamente dos de ellos eran profesionales (abogado, contador).

Estas personas, en su mayoría, se encuentran en condiciones de informalidad. Las ocupaciones en el sector informal de la economía se caracterizan por la inestabilidad y el bajo nivel de ingresos, lo que provoca dificultades para la satisfacción de sus necesidades. En muchos casos, la economía de las personas que trabajan en la informalidad, es de subsistencia. La inestabilidad y precariedad laboral, no permiten la proyección más allá de la inmediatez.

Trabajar en condiciones de informalidad también implica no contar con ingresos fijos y estables ni con una cobertura social. Por lo tanto, frente al surgimiento de un problema de salud, que interrumpe la actividad laboral normal, las resoluciones se dificultan y dilatan. Ello se debe a que las protecciones y prestaciones sociales que se hacen necesarias frente a estos hechos, no son provistas por el trabajo informal, sino por el formal. (Brovelli; Capellini; Criscuolo, 2013)

De este modo, podemos decir, que estos sujetos aún pudiendo resolver sus necesidades de la vida cotidiana, lo hacían en el marco de la inestabilidad. Por lo tanto, la poca estabilidad económica alcanzada, se tornó insostenible en un momento de sus vidas por hechos particulares como ser, una separación de pareja o un despido laboral.

Frente a esta situación, los adultos mayores, encontraron obstáculos para resolver las situaciones de la vida cotidiana. Se dificultó la posibilidad de conseguir un nuevo empleo, reconstruir y mantener afectos, y así, satisfacer sus necesidades básicas. La situación habitacional de éstos empeoró hasta llegar a encontrarse en situación de calle, pasando anteriormente, por distintas formas de precariedad habitacional, como ser, residir en forma inestable en pensiones, hoteles, etc.

Dada la imposibilidad de cumplir con los requisitos para acceder al mercado inmobiliario formal, estos sujetos recurren a la residencia en hoteles y pensiones, lo cual implica vivir en habitaciones que en general, tienen dimensiones muy acotadas, y en ocasiones, el aspecto edilicio está deteriorado. Allí, las personas deben desarrollar todas las actividades de la vida cotidiana en un mismo espacio, como así también, la mayoría de las veces, deben compartir el baño y la cocina con personas desconocidas. (Brovelli; Capellini; Criscuolo, 2013)

Todos estos hechos anteriormente descriptos, provocaron un particular patrón de desgaste en estas personas.

De este modo, el proceso de salud- enfermedad de los adultos mayores está determinado por el contexto histórico, político, económico y cultural en el cual desarrollan sus vidas.

Si bien en un primer momento, los adultos mayores podían cubrir sus necesidades básicas, éstas se garantizaban con cierta inestabilidad, como por ejemplo: trabajos por cuenta propia o en "negro", residir en hoteles, o alquilar informalmente un inmueble, entre otras.

Esta situación, genera que un hecho desfavorable y particular, cambie rotundamente la vida de estos sujetos. Y los eventos de salud, en muchos casos, son la causa o un fuerte agravante de esta situación de vulnerabilidad social.

Tomando como referencia a Castel (1997), consideramos que el concepto de vulnerabilidad, refiere a la

diversidad de "situaciones intermedias" y al proceso por el cual está en riesgo de engrosarse el espacio de exclusión. Es decir, si bien no es exactamente lo mismo, incluye el concepto de pobreza. Este último hace referencia a una situación de carencia efectiva y actual, mientras que la vulnerabilidad trasciende esta condición, proyectando a futuro la posibilidad de padecerla a partir de ciertas debilidades que se constatan en el presente. Desde este punto de vista, es un concepto más dinámico y más abarcativo que la noción de pobreza.

Se entiende la vulnerabilidad social, según Eroles (1998), como aquella situación objetiva o subjetiva, de origen material, emocional o psicosocial, que lleva al sujeto a experimentar una condición de indefensión, dada la fragilización de los "soportes" personales y/o comunitarios. Este concepto además se relaciona con la violación o el desconocimiento de derechos humanos específicos.

"Quedan desarmados... de repente al tener un evento de salud... se va haciendo un dominó. En situación de vulnerabilidad social, cualquier cosa que lo empuje, lo desarma todo." (Lic. En Trabajo Social. Notas de Campo.)

Es decir, la situación de vulnerabilidad social de los adultos mayores también está atravesada por eventos de salud, que agravan su situación y en numerosos casos, impiden mejorarla. Muchos de estos sujetos padecen de enfermedades crónicas, tales como enfermedades pulmonares, deterioros cognitivos, falta de ubicación témporo-espacial, adicciones, problemas de movilidad, entre otras.

Estos eventos de salud son agravados por las condiciones en las cuales viven los adultos mayores en situación de calle; ellos están expuestos a las condiciones climáticas, falta de abrigo, escasez de alimentos y de afecto. En su mayoría, las personas entrevistadas, refieren que si bien mantenían algún tipo de relación familiar o de amistad, continuaban experimentando un sentimiento de soledad.

La falta de redes socio-familiares también es un factor que afecta al proceso de salud-enfermedad. Así mismo, la tristeza y la angustia que sufren las personas también es un determinante. Los adultos mayores se encuentran en situación de vulnerabilidad social, carecen de recursos económicos, de una vivienda digna, y de un entorno familiar que los contenga. En base a lo dicho, consideramos que el conjunto de los factores mencionados anteriormente, hacen al proceso de salud- enfermedad de las personas.

Los adultos mayores, que ingresan a la institución hospitalaria lo hacen frente a un evento determinado de salud, y si tenemos presente el concepto de salud integral, su estabilización clínica, no debe agotar la intervención médica hacia ellos; hecho que sucede la mayoría de veces. Después de realizar la estabilización clínica, el equipo médico, "delega" al paciente al Servicio Social, y los controles de rutinas disminuyen notoriamente. En algunos casos, los pacientes, presentan problemáticas clínicas de menor gravedad (en comparación al evento de salud que presentaba en su ingreso al Hospital), y no son atendidos. De este modo cabe preguntarnos, ¿Qué es lo social? ¿Cómo y quién traza el límite entre lo médico y lo social? ¿Es posible intervenir en lo clínico escindido de lo social y viceversa?

Verdaderamente creemos que no existe tal límite entre lo "médico" y lo "social", ni podríamos dividir a una misma persona entre esos dos aspectos, sino que estamos hablando de sujetos con una historia de vida particular en la que están atravesados diferentes elementos y procesos sociales, políticos, culturales, económicos, de salud, entre otros.

1.2. "Situación de calle"

Partiendo del concepto de salud integral, la salud- enfermedad de los individuos no está determinada únicamente por aspectos biológicos, si no que existen condicionantes históricos, culturales, políticos y socio- económicos que hacen que un individuo sea sano.

Creemos en la idea de que la problemática habitacional que presentan los "pacientes sociales" es un aspecto constitutivo de la noción de salud integral.

Tomando los aportes de Castel (2004), es posible advertir que las personas en situación de calle no surgen con la modernidad, sino que los vagabundos y aislados, ya existían, incluso desde antes del año 1000. Eran una constante del paisaje social, pero fuera de la comunidad. Esta manifestación de la cuestión social, no es nueva, pero tampoco es igual a la de siglos anteriores. Existen novedades en sus manifestaciones inmediatas, que mucho tienen que ver con las transformaciones vividas en la sociedad

capitalista desde los años '80, y que nos obligan a pensar en nuevas mediaciones para entender la multiplicidad de manifestaciones que tiene hoy. (Pérez, 2009)

La vulneración del derecho a una vivienda digna que sufren algunas personas, puede manifestarse de diversas maneras. La situación más extrema se visualiza en aquellas que se encuentran en situación de calle. En otros casos, si bien tienen un lugar de residencia, la vivienda es precaria. Las diferentes situaciones tienen relación con la informalidad del contrato por la vivienda, la residencia en inmuebles prestados o tomados, y residir en una habitación o inmueble que no posee las condiciones adecuadas de habitabilidad. También se puede manifestar en la modalidad de convivencia "multifamiliar", donde conviven la familia de origen nuclear y las familias conformadas por los hijos de ésta. En muchas ocasiones, los espacios físicos de cada familia son reducidos, y las diferentes actividades que realizan los miembros de la familia, tienen lugar en un mismo espacio.

Tomando a Grassi, Hintze y Neufeld (1994), si el acceso a la vivienda se define como un derecho, que éste sea o no garantizado, interpela al Estado. En cambio, si el acceso a una vivienda no es visto como un derecho, sino como una mercancía producida de manera privada y comercializada en el mercado según su propia dinámica, el acceso o no ella, es una responsabilidad individual y familiar que corresponde con las capacidades de posesión.

En nuestro ordenamiento jurídico, el derecho a la vivienda se encuentra reconocido en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos incorporados a la Constitución Nacional y en la legislación de la Ciudad de Buenos Aires.

Artículo 75 inciso 22 de la Constitución Nacional:

Declaración Americana de los Hombres: Artículo 11. "Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad."

Artículo 31 de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires:

"La ciudad reconoce el derecho a una vivienda digna y a un hábitat adecuado."

No obstante, aquellos que no están en condiciones socio- económicas de acceder a una vivienda digna sufren las consecuencias de no poseer estas "capacidades". Viven en situación de hacinamiento y sin tener acceso a los servicios básicos. Incluso, en muchos casos, se encuentran en situación de calle. De este modo, creemos que aquí, nuevamente, se presenta una situación de vulnerabilidad social.

Si el término vulnerabilidad social, se vincula con la violación de los derechos humanos, el concepto de ciudadanía está implícito allí.

Tomando a Stolkiner (1997) el ciudadano es el habitante y gestor de la ciudad, soporte de los derechos políticos individuales, y el apoderado de los derechos humanos generales. Existe cierta tensión entre la enunciación de los derechos humanos y lo que efectivamente sucede en la realidad concreta. Por ejemplo, el derecho a acceder a los beneficios que la ciencia ofrece para recuperar la salud, nunca se efectivizó para todos.

En este sentido, la tensión entre el enunciado de derechos y su deconstrucción produce antagonismos. El acceso a una vivienda digna se constituye como un derecho, sin embargo para muchos sujetos, éste no es una realidad. Tal es el caso de adultos mayores "pacientes sociales" que transitan la institucionalización en el Hospital Fernández. Es importante tener en cuenta que el hecho de encontrarse en situación de vulnerabilidad social por emergencia habitacional, desencadena una serie de modificaciones en su vida cotidiana.

Los adultos mayores alteran sus hábitos y se ven obligados a elaborar estrategias para poder afrontar las diferentes situaciones problemáticas que se les presentan.

Las actividades diarias y comunes a todos, como ser, cocinar, comer, asearse, entre otras, puede tornarse un problema. Sin embargo, los adultos mayores con el correr del tiempo, elaboran estrategias y adquieren conocimientos sobre dónde, cómo, y cuándo, resuelven sus necesidades. Es preciso aclarar, que la resolución no es la más adecuada y favorable, sino la posible.

*“Dormía en la terminal, y en la villa me podía bañar y comer más barato.”
(Adulto mayor. Notas de Campo.)*

Si bien los sujetos no tienen un trabajo estable, es recurrente la realización de diferentes trabajos esporádicos, “changas”, para obtener recursos económicos.

*“Hago changas, cuidado coches...”
(Adulto mayor. Notas de Campo.)*

Durante este período, también es cuando los sujetos comienzan a tener conocimientos sobre las distintas instituciones que dan respuesta a su problemática; refugios, instituciones religiosas, paradores, hogares, ONG’S, y distintos dispositivos estatales, quienes movilizan recursos humanos y materiales para otorgarles algún tipo de beneficio.

*“Estuve dos años en un Hogar, y después me agarró meningitis y estuve un mes internado...”
“Estuve dos semanas en el Hogar Monteagudo, después volví otra vez a la calle...”
“Estuve en un Hogar en la Boca, después me fui a la calle...”
(“Pacientes Sociales” Notas de campo.)*

Sin embargo, el paso por los diferentes dispositivos, en todos los casos, fueron esporádicos; los sujetos generalmente, después de un tiempo, volvían nuevamente a la calle. Y en ninguna ocasión, se logró mejorar la situación habitacional de estas personas, por transcurso de tiempo prolongados.

Nos posicionamos en la idea que el Estado es un actor determinante para lograr una mejora en la calidad de vida de los adultos mayores. Es él, quien debe dar respuesta, por medio de las políticas sociales, a las distintas problemáticas que presenta el hecho de envejecer en el marco de la vulnerabilidad social.

Consideramos que ésta problemática, encuentra pocas respuestas por parte del accionar estatal. Los adultos mayores en situación de calle, son ciudadanos de un sistema que vulnera sus derechos, y el Estado, ya sea mediante acciones u omisiones continúa legitimando esta situación. De este modo, se evidencia la tensión existente entre el discurso legal y las acciones que finalmente se llevan a cabo.

1.3. “Intervenciones del Estado”

A continuación, se analizarán las respuestas desarrolladas por el Estado, en cuanto a la problemática de vivienda y de salud que afecta a los adultos mayores “pacientes sociales”.

En primer lugar, podemos decir, tomando los aportes de Netto (1997), que aquellas intervenciones que realiza el Estado capitalista, al enfrentar la cuestión social, se denominan políticas sociales. El Estado capitalista interviene en la cuestión social de forma fragmentada, mediante programas particulares para dar soluciones específicas hacia ciertos problemas sociales (manifestaciones de la cuestión social). De otro modo, si el Estado interviene sobre la cuestión social como una totalidad, se remite a la contradicción capital/trabajo (fundante del sistema capitalista), poniendo en jaque al orden burgués. De esta manera, queda visualizada, la correspondencia existente entre políticas sociales y legitimación del Estado, constituyéndose en mecanismos para articulación, creadores de consenso y reducción del conflicto.

Las respuestas que se dieron a los diversos problemas sociales que afectan a nuestra sociedad no siempre fueron las mismas. Éstas variaron en función de los distintos proyectos políticos de nuestro país. Es por este motivo, que no se puede analizar la política pública, sin tener presente el contexto donde la misma se desarrolla.

Las políticas de salud, como las políticas de vivienda, no han sido ajenas a las modificaciones que se dieron con el correr de los años, en el Estado.

Durante el Peronismo se llevaron a cabo una serie de políticas que beneficiaban principalmente a los trabajadores. En dicho gobierno, el Ministerio de Obras Públicas, junto con la Fundación Eva Perón, desarrollaron una serie de proyectos vinculados a la problemática habitacional, a lo largo de todo el país. La política estatal en materia de vivienda fueron los créditos otorgados por el Banco Hipotecario Nacional y la construcción de complejos habitacionales para las personas con bajos recursos. Sin embargo, los sectores que no se vieron beneficiados por éstas medidas, buscaron soluciones a su problemática habitacional recurriendo a los asentamientos ilegales. Éstos hechos dieron lugar a la conformación de las villas en la Ciudad de Buenos Aires.

En lo que respecta a la política de Salud, fueron grandes las obras que se llevaron a cabo desde la Dirección Nacional de Salud Pública. Con el Primer Plan Quinquenal, se propuso la creación de un Código Sanitario y de Asistencia Social. El objetivo de éste Código era promover la unificación y gratuidad de la asistencia médica y social, para las clases sociales que no contaban con los medios adecuados para satisfacer el cuidado de su salud.

La Fundación Eva Perón ocupó un lugar importante en lo que respecta a la prestación de servicios sociales. Sus acciones comprendían el campo de lo social, la salud, la vivienda y la educación. Así mismo, realizaba la entrega de bienes (ropa, útiles, muebles, entre otros) y dinero. Se llevaron a cabo la construcción de hospitales, hogares para mujeres y ancianos, ciudades universitarias y turísticas. Esta institución, no distinguía entre merecedores y no merecedores de ayuda, sino que intervenía desde una perspectiva de derechos.

Con la llegada de las fuerzas armadas al poder, las intervenciones estatales en ambos campos se vieron disminuidas. Se produjo la primera transferencia de hospitales nacionales hacia las provincias; se propiciaba la descentralización de los establecimientos, promoviendo un rol subsidiario del Estado.

En el año 1971, se creó el Instituto Nacional de Jubilados y Pensionados, para prestar atención de servicios médicos asistenciales a esta población y su grupo familiar. En lo que respecta a la problemática habitacional, en el año 1972 se crea el Fondo Nacional de Vivienda, cuyo objetivo era construir viviendas individuales o colectivas, para sectores de bajos recursos. Esta entidad se creó con el objetivo que la población con dificultades de acceso a créditos privados, accediera a una vivienda digna. Sin embargo, las villas y los asentamientos ilegales crecían considerablemente.

En este período, se elaboró el Plan de Erradicación de villas de la Capital Federal y Gran Buenos Aires. El cual no logró efectivizarse debido a las movilizaciones de diferentes agrupaciones sociales, en su contra.

Durante los años en que gobernaron las fuerzas armadas, la política social no era planteada para el conjunto de la población, sino que se limitaba a los sectores más vulnerables.

En la restauración de la Democracia, con Raúl Alfonsín en la presidencia, el país se encontraba en un estado de alta desintegración social, con bajas capacidades institucionales y con niveles de pobreza elevados. Por estos motivos, se implementó un proyecto de asistencia hacia los sectores más vulnerables. El PAN (Programa Alimentario Nacional) proveía alimentos y atendía otras cuestiones como salud, control del crecimiento y desarrollo de niños, compras comunitarias, huertas, saneamiento, y provisión de agua potable.

Con respecto a la problemática habitacional, se puso en marcha el Programa de Viviendas Progresivas, en donde se introdujo el concepto de vivienda núcleo, que permitía un crecimiento con ampliaciones realizadas por sus propietarios. Pese a esto, no fueron grandes los avances en la resolución de la problemática habitacional del país.

Hacia finales de la década de los 80, se implementaron políticas neoliberales, impulsadas por el gobierno del Dr. Carlos Saúl Menem. Se llevaron a cabo privatizaciones de empresas y servicios públicos, y se produjo una desregularización del mercado laboral. Los Hospitales públicos fueron transformados en unidades auto-gestionadas, lo que implicaba la autorización a cobrar a las obras sociales por la atención de sus afiliados, la celebración de contratos de prestación de servicios, y el manejo de recursos de forma independiente.

Durante la década de los 90, el Ministerio de Salud redujo al mínimo sus intervenciones. Se implementaron programas focalizados a las poblaciones más vulnerables.

Llegado el nuevo milenio, se produjo una crisis que provocó un gran aumento de la pobreza, la desocupación, y la marginalidad de la población. Durante el Gobierno de Fernando De la Rúa, se desató una crisis económica, política y social sin precedentes. Por tales motivos, el presidente abandonó su cargo en Diciembre de 2001.

Durante el Gobierno de Duhalde se implementaron programas de transferencias de ingresos condicionados. En el sector salud, se realizaron intervenciones en la política de medicamentos, específicamente, el programa Remediar, y la ley de Salud Reproductiva. A partir del año 2003, durante el Gobierno de Néstor Kirchner, se planteó la necesidad de elaborar políticas laborales para la integración e inclusión social de toda la población.

En la actualidad, la atención de la salud se encuentra dividida entre el sistema público, el sector privado y la seguridad social. Un contexto como este demanda una gran articulación entre sectores con diversos intereses para poder recuperar el protagonismo de la salud pública.

Las intervenciones en el sector salud se vinculan principalmente con la Política Nacional de Medicamentos, Plan Remediar, Ampliación de la cobertura del 40 al 70% en los medicamentos necesarios en las enfermedades crónicas más frecuentes; Plan "Nacer"; Programa "Sumar"; acceso gratuito a métodos anticonceptivos; Ley de Fertilización Asistida, entre otros. Así mismo, desde el año 2003 se finalizó con la construcción de 25 hospitales y otros 71 continúan en ejecución.

En materia de vivienda, actualmente existen programas, como por ejemplo el PROCREAR (otorgamiento de créditos) que se desarrollan bajo una lógica de generación de empleo y reactivación productiva, que tienen como objetivos: la realización de la infraestructura y el equipamiento necesario para mejorar la vida cotidiana de las personas; la construcción, ampliación o mejoramiento de viviendas; la solución habitacional a nivel ambiental y la creación de espacios verdes y comunitarios, de salud y educación para lograr un equilibrio entre los ciudadanos argentinos. (Presidencia de la Nación)

En lo que respecta a la problemática habitacional en la Ciudad de Buenos Aires, ésta se presenta de forma particular. En la CABA, 1.287 personas se encuentran en situación de calle. Y el 80 % de las personas que se encuentran en esta situación son hombres adultos. (Censo Nacional, 2010)

El total de la población de adultos mayores de la Argentina es de un 13.4 %. Dentro de la ciudad de Buenos Aires se encuentra el 22 % de población adulta mayor de todo el país. Y teniendo en cuenta que a través de los años la expectativa de vida es cada vez mayor, el porcentaje de la población de adultos mayores variará de forma ascendente. (Censo Nacional, 2010)

Las políticas sociales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires que dan respuesta a la problemática habitacional básicamente son: Programa "Vivir en Casa" (prestación monetaria para alquiler de inmueble) Hogares de Adultos Mayores (Residencia permanente) y Paradores (Residencia transitoria).

Más allá de las especificidades que demanda el abordaje de las personas en situación de calle, el problema no parece ser meramente "sectorial" sino del conjunto de la ciudadanía que habita la Ciudad de Buenos Aires. En efecto, las graves dificultades para acceder a la vivienda digna afecta a la gran mayoría de los sectores sociales, en el marco de una Ciudad donde los desalojos, la especulación inmobiliaria y el precio de los alquileres se incrementan casi en igual proporción que las viviendas inhabitadas. (Guarnaccía, 2013)

Al analizar la evolución de las políticas sociales en Argentina, ya sea en materia de Salud y Vivienda, dimos cuenta que estuvieron vinculadas, mayormente, a la figura del trabajador.

Si bien se han visualizado avances durante la época del peronismo, los mismos no encontraron sustentabilidad en los años posteriores. Con la llegada del proceso militar y los gobiernos neoliberales, fueron muchos los pasos que se retrocedieron.

Las poblaciones más vulnerables, no lograron acercarse a la obtención de derechos básicos como lo son, una vivienda digna y una cobertura de salud en cada etapa de la vida.

Todavía son muchos los desafíos que se deben afrontar, para poder lograr que los derechos de acceso a la salud y a una vivienda digna, lleguen a toda la población.

Particularmente la población de adultos mayores en situación de calle, se ve en desventaja, por dos

motivos: el primero se vincula con la falta de políticas dirigidas hacia esta población en particular, que den respuesta a las contingencias de la vida cotidiana; el segundo se relaciona con el mercado de trabajo. Muchos de los adultos mayores, no cumplen la edad necesaria o no tienen aportes suficientes para obtener una jubilación, y por su avanzada edad tampoco son requeridos por el mercado laboral. Esta situación los deja a la deriva o a la espera de poder “encajar” en algún programa que se acerque a dar respuesta a su problemática.

Capítulo 2: “Instituciones que dejan marcas...”

*“Pa’ el viejo es un abismo, vivir no es tan bonito,
Cuando se vive todos los días lo mismo”.*
(“Así de grande son las ideas” Calle 13)

En el presente capítulo se llevará a cabo un análisis sobre las estrategias institucionales abordadas en relación a la problemática de los adultos mayores en situación de calle, particularmente en el Hospital Fernández.

Los pacientes adultos mayores, ingresan a la institución por diferentes eventos de salud, que a partir de la internación se estabilizan, pero luego, al visibilizarse la falta de vivienda, su externación se dilata, por días, meses e incluso años. Por lo tanto, debido a la problemática habitacional, continúan internados en el Hospital y pasan a denominarse “pacientes sociales” en la jerga institucional.

La denominación “pacientes sociales”, es una expresión que circula al interior de la institución para nombrar a las personas que se encuentran internadas por motivos que exceden a los clínicos, es decir, que ya están en condiciones de alta médica. Son pacientes que presentan motivos de interconsulta para el Trabajo Social, como ser: encontrarse en situación de calle, ausencia de vivienda donde regresar al momento del alta, presentar una débil red social o su inexistencia, entre otras. Asimismo, los “pacientes sociales” son aquellos que transitan su internación por una causa “social”. Esta expresión circula en el lenguaje institucional, e incluso es volcado en los registros de las historias clínicas de estos sujetos. (Troiani, 2011)

Es así que los “pacientes sociales” no solo sufren desde un aspecto material de la vida cotidiana, la falta de acceso a una vivienda digna y otras carencias, sino que también están expuestos a un contenido inmaterial, es decir, a un “etiquetamiento” que tiene implicancias en su subjetividad. Tomando Reguillo Cruz (2000) (parafraseando a Bourdieu) las categorías son productivas, funcionan como sistemas de clasificación social y son productos del acuerdo social y productoras del mundo. Sin embargo, por su carácter histórico social, son construidas, y en consecuencia, factibles de ser modificadas. Como refiere Bourdieu (1998) los objetos del mundo social son percibidos y expresados de maneras distintas, porque siempre existe una cuota de indeterminación y de imprecisión.

La categoría “paciente social” es un elemento analítico que servirá a la comprensión de la dinámica institucional, y al análisis de la relación de los diferentes actores, que se realizará posteriormente.

La institución prevé que los pacientes que allí asisten, realicen consultas con los diferentes profesionales de la salud, y proveer a los sujetos de los servicios y los recursos con los que cuentan. Sin embargo, las problemáticas de los sujetos no son eminentemente médicas, sino que también son de orden social, económico, ambiental y psicológico, entre otros. Desde la dinámica institucional, no se considera la posibilidad de que una internación se extienda por cuestiones que desborden los aspectos médicos y biológicos. De este modo, estamos frente a una concepción de salud restringida.

No obstante, la institución hospitalaria, como figura del Estado, aunque no tenga prevista la situación de los adultos mayores en situación de calle, debe dar respuesta a su situación de vulnerabilidad social.

Al interior de la institución, la presencia de los adultos mayores, “pacientes sociales” produce tensiones

y conflictos, como así también, la movilización de estrategias institucionales para solucionar su situación.

De esta manera, se requiere analizar cómo se constituye la dinámica institucional y cómo la institución se organiza para dar respuestas a la problemática. Así como también, dar cuenta de los diferentes enfoques e intervenciones profesionales para dar respuesta a la problemática habitacional y promover el bienestar de los adultos mayores durante su internación.

Finalmente, se examinará de qué modo juegan los dispositivos de poder, las relaciones entre los diferentes profesionales y pacientes, los recursos existentes y las tensiones que se generan, dentro de la dinámica institucional.

2.1. “Dinámica Institucional”

Debido a que la vida cotidiana de los adultos mayores “pacientes sociales” transcurre en la institución hospitalaria, así como también el despliegue de las estrategias para su resolución, es necesario dar cuenta cómo opera la dinámica institucional y qué implicancias tiene en la vida de los sujetos.

El Hospital Fernández, tomando a Goffman (1961), se puede definir como un establecimiento social o una institución. Las instituciones son sitios compuestos por habitaciones, o conjuntos de habitaciones, donde se desarrollan actividades determinadas con cierta regularidad. La tendencia totalizadora de estas instituciones se visualiza en los obstáculos que opone a la interacción social con el exterior. Existe una marcada diferenciación entre el “adentro” y el “afuera”.

Las instituciones totales, la mayor parte del tiempo, parecieran funcionar como depósito de “internos”. Sin embargo, se nos presentan como establecimientos con carácter racional y como máquinas efectivas, cuya meta se relaciona al cumplimiento de fines aprobados formalmente. Uno de sus objetivos formales es la “reforma” de internos; tomando el caso del Hospital Fernández, esta “reforma” se vincula a la transformación y mejora de los procesos de salud/enfermedad de los pacientes.

El contexto donde se desarrollan las actividades diarias, se constituye en una contradicción entre lo que la institución realmente hace y lo que sus funcionarios deben decir que hace. Podemos afirmar que las organizaciones de salud se vinculan con “redes conversacionales”. Tomando a Spinelli (2010), el trabajador de la salud es un sujeto de conocimiento, y el lenguaje es central en su proceso de trabajo. Lo importante de estas conversaciones es que sean de alta calidad, es decir, que se diga lo que se haga; en contraposición a las conversaciones de baja calidad, donde lo que se enuncia no se cumple.

El lenguaje y la comunicación, son primordiales dentro de la institución, especialmente para los pacientes. Ellos quieren y deben saber cómo se desarrolla su proceso de salud-enfermedad: cuáles van a ser los medicamentos que van a recibir, cuál será el tiempo que se encontraran internados, quienes son las personas que los tratan, etc. En muchas ocasiones la comunicación entre el equipo médico y los pacientes se obstaculiza. Las dificultades en la comunicación se relacionan con las diferencias de lenguaje entre ambos grupos. Los médicos, en algunos casos, les brindan la información sobre su proceso de salud-enfermedad con términos que los pacientes no comprenden. O incluso, existen casos en los que los médicos no brindan la información que el paciente debe saber y éste último no la solicita.

Sin embargo, desde el equipo de investigación, se considera, que la posibilidad que los pacientes sepan cómo se está desarrollando el proceso salud- enfermedad, es primordial para atenuar la angustia y la incertidumbre que perciben sobre su propia persona, lo cual afecta a su vida cotidiana y subjetividad.

Los adultos mayores “pacientes sociales”, al estar “estabilizados médicamente”, no conforman parte de las rutinas, por lo tanto generalmente son desplazados. En la gestión cotidiana, lo urgente desplaza a lo importante, dado que el espacio de la acción está siempre ocupado por las rutinas, las urgencias y la improvisación. En muchos casos, ante la presencia de urgencias, los “pacientes sociales” son relegados por el equipo médico.

La estabilización clínica no justifica la falta de periodicidad de los controles médicos. En muchos casos, los “pacientes sociales” adultos mayores, presentan problemas de salud, aunque de baja gravedad, que no son atendidos, o su atención se pospone. Esto se relaciona con lo dicho anteriormente: la agenda de la institución se rige por las urgencias que se presentan de forma permanente.

“-El paciente social, ¿pierde interés para el médico?

Si, la respuesta es sí. Como ya es “social”, y deja ser clínico, los médicos, nos enfocamos más en las urgencias, y no a un paciente que estaría estable clínicamente...”

(Médico, Jefe de Sala de Internación Clínica de Hombres.)

El desinterés por parte del equipo médico hacia los “pacientes sociales”, es visibilizado y repercute en los sujetos.

“Los médicos, el trato... Me gustaría que me pregunten como estoy es una forma de que se preocupen.”

(Paciente N° 3)

Incluso los “pacientes sociales” dentro de la dinámica institucional son considerados “molestos”, ya que no deberían estar internados por causas “sociales”. Se priorizan las causas “médicas y biológicas” en la atención. Las camas deben estar ocupadas por pacientes con enfermedades “clínicas”, no con “enfermedades sociales”.

“A una compañera le dieron el alta varias veces, porque claro, necesitan la cama. Pero siempre vuelve al hospital...”

(Paciente N° 3)

“Los pacientes “sociales” (esto no les va a gustar, pero es la realidad) ocupan una cama. Y le están sacando (por así decirlo) la posibilidad a otras pacientes que están en guardia y necesitan ser internados de urgencia...”

(Médico, Jefe de Sala de Internación Clínica de Hombres.)

Creemos que ambas situaciones deberían poder ser atendidas con la misma importancia. Sin embargo, en la dinámica institucional el tiempo y los recursos son elementos fundamentales. La burocracia sanitaria, debe gestionar los mismos de manera eficaz para dar respuesta a lo urgente. Por lo tanto, se considera que los “pacientes sociales” dificultan esta dinámica establecida, ya que ocupan un espacio (una cama) que debería estar disponible para atender los casos urgentes.

En base a esto, retomando a Spinelli (2010), las dos dificultades centrales que enfrenta la gestión en las instituciones hospitalarias, son el tiempo y la comunicación. En relación al tiempo, se le asigna erróneamente un carácter ontológico, como si el mismo existiera por sí, y no fuera producto de la acción. Una buena gestión, entonces, será aquella capaz de desencadenar procesos y abrir espacios.

Es cierto también que una institución de salud no deja de ser un espacio político, que debe elevar y rendir cuentas hacia las entidades de las cuales depende. En los sistemas sanitarios públicos, los hospitales son una propiedad institucional y parte de un sistema cerrado. El Gobierno ejercita su poder a través del control de rendimientos y presupuestos. (Varo, 1994)

Tomando a Onocko Campos (2004), en los grandes hospitales contemporáneos, como en otros servicios de salud, la lógica de la producción de procedimientos sustituyó a la de producción de salud, ya que durante años se difundió la idea (hoy hegemónica) de que los servicios deben ser eficientes.

La eficiencia es una medida relacionada a la producción en el tiempo, en relación a su costo. Cuanto más produzco, en menor tiempo y a menor precio, más eficiente soy. Pero la gran pregunta es: ¿produzco más de qué?, ¿produzco para qué?

La eficiencia satisface los requerimientos en el terreno económico general, en base al supuesto que la producción es de la calidad adecuada. En el campo de la salud, es indispensable recurrir a la categoría de eficacia. Ésta, es concebida como la probabilidad de que una actividad alcance el máximo de su efecto potencial.

Generalmente, en una institución hospitalaria, se originan procedimientos para mostrar la productividad: consultas, radiografías, suturas, endoscopias, etc. Pero esos procedimientos, ¿qué producen? ¿Producen salud? ¿Mejoran la vida de las personas? ¿Disminuyen su riesgo de morir, o su dolor y sufrimiento?

El reinado de la eficiencia, se instituye a partir del presupuesto de que los servicios de salud precisan ser baratos. Pero, ¿quién precisa que sean baratos?

Los servicios de salud vinieron al mundo para producir salud, no para ser eficientes. Pero parece que para ser viables precisan de una eficiencia mínima. El requerimiento de la eficiencia y el detrimento de la persecución de una verdadera eficacia, sin duda alguna repercuten en los sujetos que recurren a los servicios del Hospital.

2.1.1. “Burocracia Sanitaria”

Tomando a Varo (1994), podemos decir que las instituciones hospitalarias, tienen sus propias peculiaridades, y la más relevante es la alta profesionalización de la mayoría de sus trabajadores. Este número de profesionales determina la construcción de una estructura denominada “burocracia”.

Los profesionales, y los diversos servicios, dentro de la organización, actúan con procedimientos normalizadores, y atienden a los sujetos con un alto grado de autonomía. Dentro de la institución, la profesión que predomina, es la medicina. Los médicos son quienes detentan el poder por sobre los demás profesionales de la salud. Ellos, ocupan la jerarquía administrativa hospitalaria, situación que les confiere mayor poder como colectivo.

La distribución del poder, basada en conocimientos y habilidades, establece desigualdades entre los diferentes agentes internos: médicos y enfermeros, médicos y servicios sociales, médicos y residentes, etc. Y en el nivel inferior de la estratificación jerárquica, se encuentran los trabajadores sin cualificación especial. Sin embargo, no podemos transpolar la jerarquización establecida por el nivel de cualificación a un nivel de importancia para la elaboración de estrategias y la resolución de las problemáticas de los pacientes. En la mayoría de los casos, esto no ocurre de ese modo. Por ejemplo, las enfermeras que estarían en un nivel jerárquico inferior a otros profesionales, son quienes adquieren un lugar preponderante en la vida de los pacientes.

“Por ejemplo, si vos me preguntas: ¿Quién conocer mejor al paciente? Yo te digo que es la enfermera; ¿Quién conoce las cosas que hace el paciente durante su internación? El kinesiólogo; ¿Quién conoce mejor a la familia? El trabajador social. El médico, sólo cura, los demás profesionales son los que en verdad lo ayudan...” (Médico, Jefe de Sala de Internación Clínica de Hombres)

Los diferentes profesionales y no profesionales intervienen de diferente modo cumpliendo roles y adquiriendo lugares diversos. Pero sería un error establecer a unos como menos imprescindibles que otros.

En resumidas cuentas podemos concluir afirmando que la dinámica institucional se subordina al sistema burocrático, en donde se enfatiza la acción sobre lo urgente. La burocracia sanitaria, genera mecanismos que imposibilitan que los sujetos accedan a un servicio de salud integral. En esta dinámica, también se presentan pujas entre diferentes actores por la obtención del poder, sin tener en cuenta el fin por el cual están actuando: el bienestar de los sujetos.

2.2. “Diferentes enfoques. Una misma realidad...”

La fuerte estructuración que presentan las disciplinas en relación con el legado de la ciencia hegemónica, se traduce en las diferentes formaciones académicas de los profesionales. La limitación de los

objetos de conocimiento e intervención dificultan la creación de “nexos” entre disciplinas diversas.

La organización administrativa de las instituciones públicas, en los organigramas responde a lógicas de separación y jerarquización, con división en departamentos y direcciones, que agrupan profesiones diferentes (Departamento de Servicio Social, de Psicopatología, Médico, etc.). El nexo aparece como derivaciones o interconsultas. Este es un problema administrativo, que adquiere concepciones epistemológicas y políticas.

Las disciplinas y por ende las profesiones, presentan consolidaciones diferentes en los campos de intervención, diferencias relacionadas con los estatus adquiridos en el campo científico y los prestigios. Al interior de los equipos, estas diferencias aparecen como asimetrías verdaderas en el ejercicio del poder. El equipo se divide entre quienes deciden y “los chicos de los mandados”. El problema, se convierte en lo cotidiano, como político.

La remoción de estos obstáculos amerita una fuerte autocrítica entre todos los actores involucrados, con el fin de que se produzcan diálogos profundos entre los diferentes saberes. Lo interdisciplinario, según Cazzaniga (2002) es la conjunción de lenguajes diferentes, que hablan de cosas diferentes, en términos distintos y por lo tanto, implica un arduo esfuerzo para acercar diferencias de significado de las palabras y construir un marco.

La complejidad de los problemas sociales hace que ninguna profesión por sí sola sea capaz de dar una respuesta global a ellos. Si bien se pueden reconocer aspectos de incumbencia específicas de las diferentes disciplinas, para lograr una comprensión de las situaciones es pertinente un análisis complejo. Es necesario poner en juego las especificidades de los saberes profesionales en clave de integralidad, para identificar las intervenciones particulares desde una perspectiva de complementariedad.

Particularmente, el Trabajo Social, según los aportes de Kisnerman (1981), es el agente de una profesión y su quehacer tendrá que ver con la definición o indefinición que haga de su tarea. El Trabajo Social procura crear una actitud crítica acerca de las causas y efectos de los problemas sociales, así como los recursos disponibles con el fin de que los sujetos afectados asuman una acción organizada, preventiva y transformadora que los supere. En el campo de salud, particularmente, el quehacer profesional del Trabajo Social, complementa y apoya las acciones médico sanitarias.

Los objetivos del Trabajo Social se insertan en los objetivos generales de la institución de salud, que se relaciona con la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. El Trabajo Social aporta el estudio de las variables socio-económicas y culturales que inciden en la etiología, distribución y el desarrollo de la enfermedad y sus consecuencias sociales. Localiza e identifica los factores que impiden o favorecen el logro de los objetivos de la salud y la plena utilización de sus servicios.

Consideramos que para la resolución de la problemática habitacional, para obtener un mayor bienestar y para mejorar la salud integral de los adultos mayores “pacientes sociales”, es indispensable un trabajo interdisciplinario. Sin embargo, en la cotidianeidad de la institución hospitalaria es muchas ocasiones, no se logra.

“El trabajo interdisciplinario, me parece fundamental. Acá, funciona a los “ponchazos”. Cada 15 días, los días miércoles, por ejemplo, tenemos reuniones con las chicas de Trabajo Social, junto con otro médico, donde debatimos sobre los pacientes y sus diferentes situaciones. Es fundamental la óptica de alguien distinto, que recibió otra formación que vos...”

(Médico, Jefe de Sala de Internación Clínica de Hombres.)

“Trabajo interdisciplinario, así como te lo imaginas, no hay. En la sala de clínica médica, la relación es muy buena, nos reunimos cada 15 días para discutir sobre los pacientes y acordar cuestiones en común. Con los otros sectores, sólo hay intercambios puntuales, en determinadas ocasiones. No hay una lógica de trabajo en equipo.

La relación es complicada... todavía perdura una visión médico hegemónica...”

(Lic. en Trabajo Social)

En el Hospital prevalece un discurso médico hegemónico; esta mirada no pertenece sólo a los médicos, sino también a otros profesionales de la salud. No obstante, no todo médico posee esta visión. Pero sí es cierto, que el Modelo Médico Hegemónico (MMH) sigue vigente, y repercute en la organización de la institución y en las relaciones entre los distintos profesionales de la salud y de éstos con los pacientes.

Tomando a Menéndez (1988), el MMH se constituye como el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, que logró establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales. La medicina científica logra identificarse como la única forma legítima de atender la enfermedad, tanto por criterios científicos, como por el Estado.

El rasgo estructural dominante de este modelo es el biologicismo. Éste subordina metodológicamente e ideológicamente a los otros niveles explicativos posibles. Se atribuye lo biológico como causa fundante de la enfermedad, sin remitir a la red de relaciones sociales del fenómeno. La vigencia de este enfoque no permite visualizar la importancia de los procesos no biológicos. Otro como rasgo fundamental es la ahistoricidad, es decir, se ignoran los procesos históricos que operan e influyen en los procesos de salud de las poblaciones. El biologicismo y la ahistoricidad hallan su confirmación a través de otro rasgo: la asociabilidad. Ésta última, puede aparecer como paradójica, en la medida que durante las décadas de los 60 y los 70, ha habido un fuerte énfasis en lo social en las discusiones e investigaciones generadas sobre la práctica médica. Pero no debe confundirse la discusión sobre lo "social" con su incorporación real al aprendizaje y a la práctica médica. Si bien han existido en América Latina experiencias de incorporación de esta dimensión a los programas de estudio, dicha agregación, generalmente ha sido marginal.

Lo biológico no sólo constituye una identificación, sino que es la parte constitutiva de la formación médica profesional. El aprendizaje profesional se hace a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales o psicológicos son anecdóticos. El médico en su formación de grado y postgrado, no aprende a manejar la enfermedad en otros términos que los del paradigma biologicista.

La propia formación y la investigación médica aparecen saturadas de procesos sociales que no asumen implicancias ideológicas, en cuanto a la reproducción social que realiza, inconscientemente, del sistema social en el que opera.

La preponderancia del Modelo Médico Hegemónico, se traduce en la marginalización de la "esfera social", de los factores no biológicos, y los procesos sociales e históricos.

En una institución hospitalaria, lo urgente y lo importante es estabilizar al paciente clínicamente, los factores sociales y económicos que hacen a su salud integral son subsidiarios. Los factores "sociales" en la conformación de los procesos de salud -enfermedad, son percibidos como factores de menor importancia.

Esta marginalización de lo no- médico, también se traduce en las relaciones profesionales. En muchas ocasiones, algunos profesionales de la salud, como el Trabajo Social, son subordinados y desvalorizados en la práctica, y en la cotidianeidad de la institución.

"La mayoría de los médicos somos muy cuadrados, no aceptamos los aportes de otras disciplinas, los desvalorizamos... Y esto generalmente es por soberbia... Y esto sería un obstáculo, a la hora de laburar interdisciplinariamente.

*Tenemos que aceptar los aportes de otras disciplinas para poder conocer mejor a los pacientes."
(Médico, Jefe de Sala de Internación Clínica de Hombres.)*

Las tensiones entre diferentes profesionales de la salud, generan obstáculos a la hora de trabajar en conjunto, en torno a las problemáticas recurrentes. Los diferentes posicionamientos ideológicos, y las diferentes formas en que se concibe a la salud obstaculizan un accionar conjunto para la resolución de la problemática habitacional de los "pacientes sociales". Debido a las diversas concepciones de la salud y las diferentes miradas sobre una misma problemática, se producen pujas y desacuerdos entre los profesionales de la salud. Tanto el Trabajo Social, como el equipo Médico, se encuentran en continua disputa.

Durante el tiempo que se realizó la investigación, pudimos visualizar en el campo, diferentes controversias que surgían en torno a los "paciente sociales".

Desde el campo Médico, mayormente, se hace referencia a que la persona una vez que recibe su alta médica, debe egresar del hospital sin importar que la misma tuviese o no lugar de residencia.

Sin embargo, desde campo de las Ciencias Sociales, específicamente del Trabajo Social, el planteo es que los procesos de salud-enfermedad de los sujetos no se restringen a los aspectos biológicos. Por lo tanto, acceder a una vivienda digna es parte constitutiva de la salud.

2.2.1. “El Poder y la violencia que no se ve...”

Para poder realizar un análisis más profundo de la dinámica institucional, introduciremos las categorías de poder y violencia.

Podemos decir que las relaciones de los profesionales de la salud entre sí y de éstos con los pacientes, son relaciones sociales, por lo tanto, relaciones de poder.

Tamburrino (2007), al analizar la teoría de Foucault, establece que el poder no es un atributo o una característica que alguien puede poseer, sino que es una relación social. El poder es “conducir conductas”, es decir, la posibilidad de restringir o ampliar el campo de acción de un otro. El poder no se posee, sino que se ejerce. Las relaciones de poder, son relaciones sociales, y en ellas, es imprescindible que aquellos que estén involucrados sean libres y capaces de responder y actuar. De otro modo, sería una mera manipulación de objetos. Las relaciones de poder, tienen un carácter intencional, allí intervienen el cálculo y la razón, se utilizan tácticas y técnicas para la concreción de determinados fines. La relación de poder es una lucha de fuerzas, que si bien se puede presentar de forma asimétrica, siempre que exista el poder, hay resistencia. Y de tal manera, hay posibilidad de cambio.

El equipo médico es quien detenta mayormente el poder, en relación a otros profesionales. Sus funciones e intervenciones sobre los pacientes, son consideradas de mayor importancia. Como se dijo anteriormente, desde el paradigma Médico Hegemónico, el poder adquirido y otorgado al equipo médico, pareciera justificar sus acciones. El equipo médico tiene el poder y la capacidad de ordenar y conducir las intervenciones de los demás profesionales. Pero este poder no se ejerce sin las resistencias y posibilidades de cambio.

“...el trabajo social trata de empoderarse y va con un espíritu de igualdad a vincularse con los demás. Algunos todavía piensan que estamos para asistir al médico.” (Lic. en Trabajo Social)

“Hay cosas en las que me quieren delimitar, y les tengo que decir que esa no es mi función.” (Lic. En Trabajo Social. Notas de Campo.)

En muchos casos, el ejercicio de la autoridad y el poder en las relaciones sociales, es aceptado, consensuado y muchas otras, naturalizado. Tomando a Izaguirre (1998), el disciplinamiento en un inicio, implica un ejercicio permanente de violencia visible, que luego se transforma en violencia que no se ve, se produce un acostumbamiento que disminuye y anula la capacidad de reacción. La violencia permanente, transforma a los sujetos, despojándolos de su condición como miembros de la especie humana, subsumiéndolos a la categoría de objetos. La necesidad del disciplinamiento se basa en el supuesto de que los cuerpos que no han sido disciplinados pueden generar rebeliones. Desde el poder, se instauran procesos de normalización que producen consenso. No se cuestiona al poder establecido, sino que se logra que los disciplinados hagan, de forma “natural”, lo que de ellos se espera y se desea. En base a estos procesos de normalización, se justifica y naturaliza la violencia.

A partir de nuestro paso por la institución, pero con cierta independencia de su dinamismo, pudimos dar cuenta de que las relaciones sociales que allí se gestan, tienen un carácter violento.

Entre los distintos profesionales de salud, se culpan unos a otros de las problemáticas no resueltas de los pacientes. Se desvaloriza la intervención de unos, y se prepondera la de otros. Cotidianamente se ejerce violencia.

“...la realidad es que para la mayoría de los médicos, ustedes (refiriéndose a las

Trabajadoras Sociales) son “las chicas molestas”, las tratan de molestas, dicen que no hacen nada, que son ineficaces...Y esto es por falta de conocimiento, y porque también es más fácil decir eso para nuestra soberbia. Es más fácil echarles las culpas a ustedes y tratarlas de inútiles que ver nuestros propios errores, y fallas.”

(Médico, Jefe de Sala de Internación Clínica de Hombres.)

Incluso, el equipo de investigación presenció momentos en los cuales el equipo médico menospreciaba el trabajo profesional del Servicio Social, así como también ejercía poder, dando órdenes y maltratando a las trabajadoras sociales.

“¿De cuánto tiempo estamos hablando? Que sea rapidito, eh...”

(Médico dirigiéndose hacia el accionar profesional de una Trabajadora Social. Notas de Campo)

Pero las relaciones de poder y la violencia institucional, no solamente se presentan entre los profesionales, sino que se reproducen en las relaciones con los pacientes que allí concurren.

Tomando Floreal Ferrara (1985), con respecto al análisis del concepto de accesibilidad cultural, podemos decir, que las relaciones sociales de poder entre los pacientes y el equipo médico, son asimétricas. El paciente en su condición de enfermo, se encuentra en situación de dependencia y el médico es quien ejerce autoridad.

Esta relación, conflictiva y antagónica, entre médico y paciente, deja siempre a este último, en una posición desigual con respecto al primero.

La enfermedad despersonaliza, el paciente no tiene poder para actuar, sólo puede pedir ayuda, ante el otro que es, quien sabe, posee, conoce, y quien tiene el poder. El paciente siempre respeta al médico en primera instancia, debido a la condición de dependencia temporal en que se encuentra.

En muchas ocasiones, este trato despersonalizado y autoritario, reduce la capacidad de preguntar, recibir información y obtener recursos, generando dudas e incertidumbre, en los sujetos. Así como también, restringe las posibilidades de los pacientes a que reciban una asistencia y trato digno, acorde a sus necesidades particulares.

Y... (refiriéndose a los médicos) hablan entre ellos, yo no entiendo nada. Siempre responden: “en cualquier momento tiene el alta.” (Paciente N° 2)

Los “pacientes sociales” reciben un trato particular. Estos pacientes, como ya se dijo, ocupan una cama, que debería estar libre para las urgencias, por lo tanto, existe una actitud expulsiva por parte del equipo médico hacia ellos. Esta actitud expulsiva, se manifiesta de forma explícita, en los dichos y el accionar de los profesionales.

“Me quiso correr por el lado de la humanidad, que necesitan la cama para la gente que llega a guardia con urgencias...”

(Paciente Social, refiriéndose al comentario de un Médico. Notas de Campo.)

“Les voy a comunicar a los médicos que son los que me están hinchando las guindas para que les deje el lugar.”

(Paciente Social, luego de ser informado sobre una vacante disponible en un Hogar de Adultos Mayores. Notas de Campo.)

Inclusive, hubo ocasiones en las cuales los médicos otorgaban el alta médica a “pacientes sociales” cuya problemática habitacional aún no había sido resuelta. En esos casos, los sujetos se externaban de la institución, sin tener una vivienda donde residir, y las estrategias desplegadas por el equipo del Servicio Social, se dificultan.

“Los pacientes se pueden ir, o los pueden echar, toda la estrategia pende de un hilo...”

(Trabajadora Social. Notas de Campo.)

Sin embargo, también es preciso destacar que en lo que respecta a la intervención del Trabajo Social con los pacientes, las relaciones de poder y la violencia no son ajenas.

Tomando a Pitoiset y Fossini (2002), en primer lugar, cabe señalar que, existe poder en las intervenciones de los trabajadores sociales y que este poder puede ejercerse hacia los sujetos, la institución, las políticas sociales y al macrosistema.

Una forma de aplicar esta modalidad, es cuando el profesional se suma, aunque no de forma constante, sino por momentos, a las afirmaciones institucionales desde un lugar de poder. Define, rotula, estigmatiza a los sujetos a partir de pre-juicios: “es violento”, la familia debe ser “controlada”. Asumen una función de “controladores” y “disciplinadores”. El Trabajador Social se convierte en reproductor del modelo de control y exclusión institucional. Reproduce la violencia institucional y social de las políticas sociales focalizadas por un lado y por el otro reproduce y reafirma, la identidad de control y disciplinamiento que “los otros y la institución” le otorga a su actuación profesional.

Es decir, la intervención del Trabajo Social podrá ejercerse en dos direcciones: reproducir el modelo institucional o buscar otras estrategias de intervención para hacer coincidir sus objetivos profesionales y negociar con el perfil institucional.

Es preciso destacar, que la intervención no se desarrolla en forma autónoma respecto a la libertad de pensamiento y de acción, existe un mandato institucional y se producen obstáculos entre el objetivo institucional y los objetivos de la disciplina.

Aquí es dónde nos encontramos, en crisis, con incertidumbre. O nos adaptamos al sistema o resistimos mediante un posible proceso colectivo profesional.

2.3. “Estrategias y Recursos institucionales: ¿Son suficientes?”

Un punto importante a tener en cuenta en las intervenciones profesionales para la resolución de la problemática habitacional, son los recursos institucionales.

Concretamente en la realidad del Hospital Fernández, y particularmente con respecto a la problemática habitacional de los adultos mayores “pacientes sociales”, existen diferentes líneas de acción.

Generalmente, la situación habitacional de estos adultos mayores no puede ser solucionada a través del accionar de las redes socio- familiares. Ya sea porque no las poseen, o porque éstas no son suficientes. La contención social y económica que la familia o los amigos pueden brindar a los adultos mayores resulta ineficiente y escasa, para que el sujeto pueda sostenerse y desarrollar su vida de forma plena **-1-**. Sin embargo, sería un error subestimarlas.

Las redes sociales que los adultos mayores puedan tener, constituyen un aspecto importante, ya sea desde la ayuda económica complementaria o principalmente de la contención afectiva que de ellos reciben.

Frente a estas situaciones, el Hospital moviliza una serie de estrategias institucionales, particularmente desde el Servicio Social.

Los principales recursos utilizados por la institución, son las políticas sociales dependientes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El Programa Atención Integral en Hogares de Residencia Permanente, ofrece a los adultos mayores residencia permanente en espacios de puertas abiertas con atención integral. Alojamiento, vestimenta y alimento. Servicio de enfermería, médico, psicólogo, odontólogo, y kinesiólogo. Realización de Talleres, actividades y salidas recreativas. Los requisitos son edad (mayor de 60 años) y residencia en la Ciudad de Buenos Aires.

El Subsidio alternativo a la institucionalización “Vivir en Casa” procura garantizar la estabilidad del

alojamiento, a partir de una transferencia de ingresos. La duración de la prestación es de 2 años, renovable en tanto continúe cumpliendo las condiciones. Tiene como requisitos, tener 60 años o más; residir en la ciudad de Buenos Aires; ser auto válido y tener ingresos económicos por debajo de la línea de pobreza.

Tomando a Danani y Hintze (2011), una política social transformadora de la realidad es aquella que se dirige e impacta en los núcleos duros de la pobreza, que se sustenta en el trabajo digno y tiene perdurabilidad en el tiempo. Contrariamente, una política social de carácter paliativo, asistencialista, no es transformadora, brinda el acceso a cuestiones materiales mínimas de forma transitoria.

Al analizar las políticas sociales, que dan respuestas a la situación de vulnerabilidad social que sufren los adultos mayores en situación de calle, observamos que no tienen un gran impacto en la población. Los subsidios son de carácter transitorio y paliativo.

Únicamente, la resolución planteada por los hogares de adultos mayores, tiene perdurabilidad en el tiempo. Pero el servicio que ofrecen es limitado, ya que en muchos momentos no existen vacantes libres para ingresar en ellos. Y en otros tantos casos, su ingreso es rechazado por la ausencia de auto validez. Aunque éste no es un requisito explícito de la política social, el personal de admisión recurre a esta condición extra formal para los ingresos, debido a la falta de recursos humanos en los Hogares de Adultos Mayores que procure una asistencia adecuada a los sujetos.

Aunque el abanico de recursos existentes es limitado, desde el Servicio Social, siempre se tiene en cuenta la palabra del sujeto. Las estrategias desplegadas, y los recursos movilizados, siempre tienen presente los deseos de los adultos mayores, pero sin perder de vista las verdaderas posibilidades.

En ocasiones, los adultos mayores se niegan a residir en un Hogar, y quieren vivir solos, a partir de esta situación, se buscan otras alternativas. Complementar el subsidio "vivir en casa" con otras políticas que le permitan satisfacer sus necesidades, como por ejemplo, la gestión del "Ticket social" que permite comprar artículos de primera necesidad en diferentes locales. En muchos casos, el deseo de los adultos mayores de vivir solos, adquiere mayores dificultades, debido a los problemas de salud, principalmente de movilidad, que les imposibilita desarrollar de forma autónoma las actividades diarias, como cocinar, bañarse, hacer las compras, entre otras. En los casos que los adultos mayores no son auto-válidos, se intenta organizar las rutinas de la persona para que al momento de su externación, las incertidumbres sean menores. Se organizan las tareas en función de la ayuda que puedan prestar familiares o amigos del adulto mayor, o se comienza a gestionar la posibilidad de un cuidador que asista a la vivienda semanalmente.

Generalmente, desde la solicitud de estas políticas hasta la concreción y obtención de la prestación que éstas suponen, transcurre un período de tiempo prolongado. De este modo, el adulto mayor debe permanecer en la institución hospitalaria.

Y en algunas ocasiones, los adultos mayores "pacientes sociales" no pueden acceder a ninguna de estas prestaciones, por que no cumplen con los requisitos formales e informales expuestos. Agotándose los recursos sociales, la estrategia que prepondera al interior de la institución es la vía judicial. Es decir, demandar al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, quien ante la falta de asistencia que garantice una vivienda digna a los adultos mayores, debe dar respuesta inmediata a dichas problemáticas, por otras vías. Por ejemplo, que se financie con recursos públicos el pago de un Hogar de Adultos Mayores de carácter privado.

En estos casos, los períodos de tiempo extensos hasta la resolución de la problemática son un factor común.

"Hoy por hoy, en la mayoría de las instituciones del Estado, no hay presupuesto. Los Hogares, hospitales, Centros de Rehabilitación, están colapsados.

Nosotros, en el Hospital, nos encontramos con casos de personas mayores, que podrían tener su alta médica, pero no se la damos porque a veces no tienen dónde ir. Si le damos el alta a uno de estos pacientes, sería también, como sacarnos el problema de encima; y esto termina siendo peor."

(Médico Jefe de Sala de internación Clínica de Hombres)

"Los adultos mayores no son destinatarios de políticas públicas. Solamente hay subsidios o los

Hogares, pero éstos exigen que las personas sean autoválidas y recuperables (por una falta de personal). Falta un reconocimiento de esta población como sujeto de las políticas. (...) Es como que los viejos en ninguna de las ventanillas que hay encajan. (...) Nosotros agotamos primero todas las vías “sociales” para dar respuesta a los problemas, si esto no se logra, ya se pasa a lo judicial.”

(Lic. en Trabajo Social)

En las intervenciones desarrolladas por las Trabajadoras Sociales, se intenta lograr que el adulto mayor tome conocimiento de los programas existentes y los recursos que puede gestionar.

La mayor parte de la población entrevistada en el Hospital, conocía gran cantidad de programas, y hacían uso de ellos. Si bien esos programas no modificaban su situación de vivienda precaria, ofrecían una ayuda para vivir el día a día en la calle.

Muchos de los entrevistados aludían a aquellas políticas como “ayudas”, “migajas” que repartía el Estado. Sin embargo, otros expresaban conformidad. Los adultos mayores ingresan a la institución con una historia particular, con experiencias anteriores y contactos previos con políticas públicas.

Pero lo cierto, es que los adultos mayores “pacientes sociales” deben atravesar su vida cotidiana dentro de una institución hospitalaria, y esto, sin duda repercute en la construcción de su subjetividad de forma peculiar debido a la dinámica particular que ésta posee.

A modo de cierre...

En relación a la dinámica institucional podemos decir, tomando a Onocko Campos (2004), que los hospitales deben ser humanizados. La institución hospital en realidad, existe para atender personas y es creado por personas. Su aparición social fue determinada por cuestiones profundamente humanas.

Sin embargo, el hospital moderno masacra a sus sujetos. A todos sus sujetos. Y a todos ellos de manera diferente, según su inserción institucional.

Los usuarios son reducidos a la categoría de objeto por la medicina en general, pero en ningún espacio de atención de la salud eso es tan fuerte y evidente como en el dispositivo hospitalario.

La humanidad fue expulsada del foco del objeto de intervención. La institución se despliega y en ella se trabaja como si una organización pudiese ser pensada vacía de sujetos. O solamente ocupada por personas domesticadas por la racionalidad gerencial hegemónica. No obstante, estas instituciones están repletas de humanidad, llenas de personas que sienten, y sufren. Y sin duda, si hay un humano fragilizado, es quien se encuentra acometido por una enfermedad, o un dolor, o cualquier síntoma que le produzca un sufrimiento, que estando en el cuerpo, o más allá del cuerpo, siempre le evocará la fantasía de la propia muerte. Por eso defendemos una cierta centralidad en el usuario, centralidad que tiene que ver con el reconocimiento de este hecho.

Los espacios institucionales, las relaciones de trabajo y de producción también producen subjetividad, todo el tiempo...

Capítulo 3: “Subjetividades Interpeladas”

“...duerme en cualquier parte, un fantasma errante le toca la piel, pero cuando llueve, sus despojos buscan la estación de chapas de Paso del Rey. Es cuco de niños y de no tan niños, su figura triste cruzando el andén, porque nadie ha visto sus ojos cansados, la cruz del olvido temblando en sus pies...”

(“El viejo Matías” Víctor Heredia)

La vejez es una etapa que se desarrolla de forma particular. Es significativa, porque transcurren los últimos años de vida de las personas. En ella, se producen cambios físicos y psíquicos, como en todos los estadios anteriores, y es necesario que se desarrolle en condiciones dignas.

Creemos que la falta de vivienda produce efectos desfavorables para el desarrollo y el transcurso de la vejez. Frente a la problemática planteada, la institución, como se dijo anteriormente, elabora estrategias para dar respuesta a la problemática habitacional de los adultos mayores.

Estas intervenciones generan modificaciones en las subjetividades de los pacientes. También, el hecho de que los adultos mayores “pacientes sociales”, desarrollen su vida cotidiana en la institución hospitalaria, produce impactos en su subjetividad.

De esta forma, podemos decir, que la vida cotidiana de los adultos mayores se ve afectada por dos situaciones particulares. Por un lado, encontrarse en situación de calle, y por el otro, desarrollar su vida cotidiana, transitoriamente, dentro de una institución hospitalaria, con lo que ello conlleva.

3.1. “Hablando de vejez”

El proceso de envejecimiento no es idéntico para cada persona que lo transita. Cada sociedad produce un proceso de envejecimiento particular. Surgen diferencias entre los sujetos según la clase social, el nivel educacional, su autonomía personal, su género, el tipo de trabajo que haya desarrollado, y las problemáticas que han experimentado a lo largo de su vida. (Salvarezza 1998)

La desesperanza, la marginación, exclusión, y la falta de proyectos de vida, son algunas de las situaciones por las que atraviesan los adultos mayores, tanto en los países empobrecidos como en los desarrollados económicamente.

Los procesos de envejecimiento se construyen singular y colectivamente. Cada sociedad, cada cultura, cada época, construye un determinado modo de envejecer.

Desde una mirada biológica, podemos decir que en la etapa de la vejez se presenta una disminución de las potencialidades del sujeto, por ejemplo la pérdida paulatina del sentido de la vista y el oído. Por otro lado, desde los procesos psicológicos y sociales, el envejecimiento puede implicar crecimiento y aumento de los potenciales en estas áreas.

Si bien, los sujetos sufren pérdidas en esta etapa, es necesario trabajar sobre ellas y hacer hincapié en la autonomía de la persona. Con esto nos referimos a las capacidades que posee el sujeto para hacer sus propias elecciones, tomar sus decisiones y responsabilizarse de las consecuencias de las mismas. La autonomía se aprende, se adquiere mediante su ejercicio y la interacción social.

En el caso concreto de los adultos mayores “pacientes sociales” que ingresan a la institución, la mayoría por un evento de salud, ven reducida su autonomía. Por ejemplo, en aquellos casos en que los adultos mayores ven reducida su movilidad y no pueden realizar ciertas actividades de la vida cotidiana; desde el Servicio Social aún así se respeta la decisión del sujeto en relación al lugar en que éste desee residir, teniendo presente la viabilidad de su elección.

La autonomía como derecho, hace referencia a que las personas, al margen de sus capacidades, puedan desarrollar un proyecto vital basado en sus deseos, elecciones, y en su propia identidad.

En el caso de personas que se encuentran transitando situaciones problemáticas, el ejercicio del derecho a su autonomía suele ser indirecto, es decir mediado por otros, a través de apoyos específicos. (Croas; Colmeneros, 2013)

Consideramos el envejecimiento y la vejez como un complejo proceso multicausal y multidimensional de ganancias y pérdidas. Esto implica aceptar que el envejecimiento no configura una enfermedad, ni un error evolutivo, sino un proceso con múltiples causas cuyo resultado, la vejez, es tan heterogéneo en sus manifestaciones como lo son los seres humanos. (Paola, 2012)

Todos los adultos mayores tienen ganancias y pérdidas. Pero al analizar las entrevistas que mantuvimos

con ellos, pudimos observar, que prevalece un factor común: una “pérdida” tan considerable que produce un antes y un después en sus vidas. Por ejemplo, una separación de pareja, un distanciamiento con sus hijos, o un despido laboral, producen una serie de desencadenantes desfavorables para el desarrollo de sus vidas.

En sus historias de vida se produce un quiebre, a partir de allí comienzan los problemas socio-económicos y afectivos, que acarrearán la pérdida de contención socio afectiva, de una vivienda, entre otras.

“Cuando me separé, me fui de mi casa...y vine a Buenos Aires. Yo tuve mucha mala suerte, de joven jugaba al fútbol, trabajaba en Mercedes Benz, hasta que cerró.”

(Paciente N° 1)

“Con mi mujer me peleé, un día se calentó con otro, me echó y me cambió la cerradura... Mi mujer me sacó todo. No quería que tenga familia ni amigos.”

(Paciente N° 2)

“Discutí con mi marido, me robó. Me quedé sin casa...”

(Paciente N° 3)

Eventos de este tipo son los que finalmente conllevan a que los adultos mayores sufran obstáculos para alcanzar el bienestar en el desarrollo de su vida cotidiana. Estos sujetos, permanentemente se encuentran transitando una situación de inseguridad social.

Estar protegido en esta sociedad significa estar a salvo de los imponderables que podrían degradar nuestro status social. Por consiguiente, el sentimiento de inseguridad que se manifiesta en los sujetos depende de estos acontecimientos. Por ejemplo, la incapacidad de “ganarse la vida” trabajando ya sea, por enfermedad, accidente, desempleo, o por el cese de la actividad por razones de edad, cuestiona el registro de pertenencia social de la persona, la cual se encuentra incapaz de extraer los medios necesarios para su subsistencia y la de su familia, a través del salario.

Se puede caracterizar de “riesgo social” al acontecimiento que compromete la capacidad de las personas para asegurar por sí mismas su independencia social. Si no se está protegido de estas contingencias, se vive en la inseguridad. La inseguridad social no sólo mantiene viva la pobreza, sino que actúa como un principio de desmoralización, de disociación social, disuelve los lazos sociales y socava la estructura psíquica de los sujetos.

Estar en la inseguridad permanente, es no poder ni dominar el presente, ni anticipar el porvenir. (Castel, 2004)

A lo largo del análisis de las historias de vida de los adultos mayores “pacientes sociales”, pudimos visualizar una serie de transformaciones en su vida cotidiana, ya sea tanto en el aspecto emocional, como en las condiciones económicas y sociales, las cuales produjeron sentimientos incertidumbre e inestabilidad. El hecho de vivir en la inseguridad permanente, produce un gran impacto en la subjetividad e introduce cambios en la cotidianeidad de los sujetos.

3.2. “Subjetividad y Vida cotidiana”

Tomando a Reguillo (2000), se puede decir que la vida cotidiana se constituye en un lugar estratégico para pensar la sociedad en su compleja pluralidad de símbolos y de interacciones. La vida cotidiana es un espacio donde se encuentran las prácticas y las estructuras, del escenario de la reproducción y simultáneamente, de la innovación social. Armada sobre la certeza de su repetición, la cotidianidad es ante todo, el tejido de tiempos y espacios que organizan para los practicantes, los innumerables rituales que garantizan la existencia del orden construido.

La vida cotidiana, desde la perspectiva que aquí interesa resaltar, es central en el escenario de la re-

producción social, y está indisociablemente vinculada a lo que en un momento específico y en una cultura particular, se asume como legítimo, normal, y necesario para garantizar la continuidad.

Por tanto, la vida cotidiana es histórica, es decir, no puede pensarse al margen de las estructuras que la producen y que son producidas (y legitimadas) por ella. Es simultáneamente “habilitante y coercitiva”; sus mecanismos y lógicas de operación, imponen límites a los actores sociales, fijando márgenes y rutinas. Sin embargo, hay una franja de indeterminación relativa que deja espacio para la “improvisación”.

La vida cotidiana, no es un contenido estático en el tiempo, sino un proceso dinámico y necesariamente histórico. Su especificidad no está en las prácticas reiterativas, sino en los sentidos que esas prácticas representan y en los modos en que son representadas, para y por los grupos sociales, en un contexto histórico y social.

Según el planteamiento de Foucault, tomado por la autora, todo poder se opone otro poder en sentido contrario. De este modo, puede pensarse que en la vida cotidiana se articulan, mediante las prácticas, unos micropoderes que se enfrentan “deficientemente” a la intención normalizadora del poder.

Se trata de pequeñas “revanchas” con las que los actores subvierten lo programado y afirman su existencia como “autores” al imprimir la huella de su propio hacer en las prácticas socialmente compartidas. Lo que Foucault llamó “rebotes del poder”, son los efectos no deseados que erosionan el orden de lo legítimo social.

En lo que respecta al hecho de transitar la vida cotidiana, dentro de una Institución, tomamos a Reguillo (2000) quien a su vez, toma a la teoría de Goffman sobre instituciones totales, y refiere que el sujeto una vez que ingresa a ellas es despojado de lo que él llama su “cultura de presentación”. Ésta es el bagaje cultural con el que cada individuo se maneja en el mundo de afuera, hace frente a los conflictos y se relaciona con los demás.

Al ingresar a una institución total, ese bagaje no es reemplazado por otro, no hay un proceso de “aculturación” para conducirse en el nuevo medio. Si no que se produce un proceso de desentrenamiento, sin la adquisición de los nuevos usos y normas para afrontar los conflictos y problemas del adentro.

Existen una serie de “degradaciones, humillaciones y profanaciones” a las que se someten los sujetos en las instituciones.

Tomando a Goffman (1972), toda institución absorbe parte del tiempo y del interés de cada uno de sus miembros, proporcionándoles un mundo particular. Las instituciones tienden a ser absorbentes.

*“Estas instituciones “totales” te devoran, es muy difícil el día a día acá.”
(Lic. En Trabajo Social.)*

Podemos señalar características de las instituciones totales que se visualizan en el Hospital Fernández. En primera instancia, todos los aspectos de la vida tienen lugar en un mismo ámbito y bajo una autoridad única. Segundo, los sujetos allí internados, cuando realizan las actividades lo hacen, generalmente, en presencia de otros, a quienes se les da el mismo trato y quienes realizan actividades similares. En tercer lugar, las actividades diarias están programadas de forma estricta, impuestas mediante un sistema de normas formales y explícitas. Y por último, las actividades realizadas tienen un objetivo común, propio de la institución.

Particularmente, los “pacientes sociales” adultos mayores, realizan todas sus actividades dentro de la institución. En muchos casos incluso, por problemas de movilidad física, las actividades realizadas se limitan al espacio de su habitación, ya que no pueden trasladarse con facilidad, por otras partes del Hospital.

Los pacientes internados en el Hospital no tienen permitido salir de la institución, ya que si lo hicieran estarían perdiendo su lugar allí (la cama). Y de esta forma, quedarían en situación de calle nuevamente.

Dada esta situación todas las actividades de la vida cotidiana de los adultos mayores “pacientes sociales” encuentran su lugar dentro del Hospital.

Refiriéndose a la estadía en la institución y las actividades que allí realizan, los adultos mayores

señalaron:

“Me siento bien... que se le va a hacer (...) Recién estoy caminando un poco, camino un poco.”

(Paciente N° 1)

“Y, estoy internado hace dos meses, miro tele, escucho radio...”

(Paciente N° 2)

“Miro tele...fumo en el balcón... me hago unos mates...”

(Paciente N° 3)

Por la forma en la que los adultos mayores relatan las actividades que realizan en la institución, podemos inferir que éstas no son lo que realmente desean hacer. Los adultos mayores sufren aburrimiento y falta de interés debido a que las actividades son repetitivas.

Sumado a la rutinización de las actividades, se encuentra el hecho de que dentro de la Institución, la intimidad del adulto mayor se ve vulnerada continuamente. En varias ocasiones, se pudo visualizar cómo los profesionales hacen caso omiso a los tiempos y espacios de encuentro que una persona debe tener consigo misma. Es sabido que una institución como lo es el hospital, despersonaliza a los sujetos allí internados. Las actividades que se llevan a cabo, aunque se realicen en soledad, siempre están expuestas a la mirada del otro. Ese otro puede ser un compañero de habitación o cualquier profesional de la salud que transite el lugar.

Incluso existen casos, en los que los adultos mayores deben ser asistidos al momento de su aseo personal, por problemas de movilidad. Por lo tanto, la intimidad y la posibilidad de estar solos son muy limitadas. Respetar sus espacios, como así también su intimidad, es importante para el desarrollo de la salud de los adultos mayores.

La privacidad, es un ámbito de la vida personal, con derecho a ser protegido de cualquier intromisión. La privacidad hace referencia a lo que no corresponde al dominio público. Sin embargo, no todos los asuntos privados son íntimos. Lo privado es más amplio que lo íntimo. Por ejemplo, con quién cené ayer o quiénes son mis amigos es algo privado, pero habitualmente no es considerado algo íntimo.

Lo íntimo es una parte de lo privado. La intimidad se define como una zona íntima y espiritual de cada persona. Es todo aquello que la persona se reserva para sí; no tiene un límite exacto ni objetivo, siendo cada sujeto el que decide con quién y en qué grado lo comparte. La intimidad hace referencia a lo más privado del ser humano, a lo que no se puede acceder sin autorización de la persona, que normalmente se obtiene cuando se establecen relaciones de confianza y seguridad. Incluye sentimientos, formas de pensar, informaciones sobre la salud, los cuidados corporales, la sexualidad, las relaciones interpersonales, etc.

Si bien los adultos mayores tienen la posibilidad de realizar diversas actividades con completa libertad, tales como caminar, leer, dormir, entre otras, existen actividades que están programadas, como ser los horarios de la comida y las revisiones médicas de rutina.

Es así que los “pacientes sociales” adultos mayores deben tener en cuenta la organización de estas actividades, y acostumbrarse a ellas. Su vida cotidiana se encuentra modificada por los cronogramas institucionales.

Las características particulares de las instituciones totales, generan mortificaciones en el yo del sujeto. Esto se relaciona con las pérdidas que sufre el yo, desde el momento que ingresa en la institución.

Los “pacientes sociales” adultos mayores, sufren varias pérdidas del yo. Ellos pasan a desarrollar su cotidianeidad en otro ámbito que no es su lugar habitual y conocido. Sin lugar a dudas, el cambio de encontrarse en situación de calle a vivir en la habitación de un hospital, afecta la vida cotidiana del individuo.

La institucionalización genera procesos de despersionalización, donde todos realizan tareas similares en simultaneidad, recibiendo los mismos tratos por parte de los profesionales, dentro de un espacio donde no existe ningún tipo de intimidad.

3.3. “De la calle al Hospital”

Consideramos, que la estadía en la institución produjo, en los adultos mayores “pacientes sociales”, una serie de modificaciones en su vida cotidiana. Así mismo, esto nos llevo a reflexionar, acerca de cuáles son las diferencias existentes entre vivir en la calle y vivir en un Hospital, siendo ambos, espacios públicos. Los adultos mayores “pacientes sociales”, previo a su ingreso en el Hospital, dormían y transcurrían la mayor parte del tiempo en la calle. Estos sujetos, generalmente se asentaban en lugares públicos muy transitados, como ser una plaza, una terminal de trenes, e incluso la puerta del mismo Hospital Fernández.

Estos espacios, al recibir gran flujo de gente, se convierten en los lugares elegidos por las personas en situación de calle para habitar, ya que facilitan la obtención de dinero, alimentos, o simplemente un lugar donde dormir. Estos lugares de masiva concurrencia, generan en los adultos mayores cierto tipo de “protección”, dentro de la inestabilidad en la que viven.

“Estuve parando en la Plaza de Guadalupe...” “A mí no me da miedo quedarme en la plaza...”

(Paciente Social N°3)

“Hace diez días que duermo en la silla de la guardia (refiriéndose al Hospital Fernández)”

(Paciente Social. Notas de campo)

Como se dijo anteriormente, dentro de la dinámica institucional, los adultos mayores suelen estar constantemente en presencia de otro, carecen de intimidad, siendo ésta muy importante para el desarrollo vital de todas las personas. Tomando este punto, los adultos mayores al momento de residir en la calle, estaban permanentemente expuestos a la mirada del otro, teniendo que desarrollar sus actividades cotidianas en presencia de personas totalmente desconocidas.

Si bien la intimidad es algo de lo que carecen en ambos espacios, estamos en condiciones de afirmar, que dentro de la institución, a diferencia de la calle, existe un espacio en el que el adulto mayor puede estar solo. Este momento, se vincula cuando los sujetos se dirigen solos al baño (si sus condiciones de salud se lo permiten), obteniendo así, un mínimo de intimidad para poder realizar lo que ellos necesitan y desean...

Tanto en la calle como en el Hospital, su intimidad se ve reducida. No tienen posibilidad de elegir si quieren o no estar solos, como tampoco pueden escapar de la mirada del otro.

Otro punto importante a desarrollar, son los sentimientos que los sujetos experimentan en ambos lugares; cómo los vivencian, y cómo se apropian de estos espacios.

La mayoría de los adultos mayores entrevistados, experimentaron sentimientos de angustia, incertidumbre, soledad y desesperanza en su paso por la calle. La situación de calle no es una situación deseable para la mayoría de ellos...

“Yo me quise Suicidar y no pude...”

(Paciente Social. Notas de Campo.)

“Si tengo que volver a la calle, me tiro del quinto piso.”

(Paciente Social. Notas de Campo.)

“Frente a esa situación no pensé en nada, pensé en matarme...”

(Paciente Social. Notas de Campo.)

Desde el equipo de investigación consideramos, que la situación de calle desencadena una fuerte depresión en los adultos mayores. En primer lugar, por el hecho mismo de encontrarse en la calle, por las carencias que de allí se derivan y por la soledad que ellos mismos refirieron experimentar. Pero además, porque cuando se encuentran en situación de calle, los adultos mayores pierden las esperanzas de un futuro mejor, la posibilidad de generar cambios, y sienten que su paso por la calle será su último lugar antes de morir.

Consideramos que la institucionalización, genera una profunda rutinización, que se traduce en aburrimiento y sentimientos de falta de libertad. Sin embargo, el paso por la institución hospitalaria, restaura las ilusiones perdidas por los adultos mayores. Vivencian su permanencia en el Hospital, como una situación transitoria. Contrariamente a lo que sucedía cuando se encontraban en situación de calle, percibida ésta como permanente y sin retorno. Para ellos su estadía en las calles, es un presente permanente, un día a día, donde no existía el futuro.

“Al estar internados en el hospital por causas “sociales” hay una invasión de la vida cotidiana. Si bien el Hospital es mejor a que estén en la calle, esta institución no es la adecuada ni la mejor, para que las personas vivan cotidianamente.”

(Lic. en Trabajo Social)

Decimos que la situación de calle es un problema que pasa de la calle al Hospital, y continúa así, formando parte del ámbito público. En el Hospital se aborda la problemática con otras herramientas y estrategias, sin embargo, la intimidad que debe poseer el sujeto, se ve vulnerada en ambos espacios.

Tanto en la calle, como en el Hospital, estos sujetos, son observados con cierto juicio de valor negativo, responsabilizando a la propia persona por la situación en la que se encuentra.

“Entiendo a los familiares...Está re loco...”

(Médico Clínico. Notas de campo)

Al mismo tiempo, los adultos mayores “pacientes sociales”, en ambos espacios son invisibilizados. En el Hospital, éstos dejan de ser parte de las rutinas médicas, ya que su internación continúa sólo por causas “sociales”.

“Cuando son pacientes “sociales” aparte, se los controla muy poco, pasa un médico una vez por semana, no son estimulados, ni muy bien tratados.”

(Lic. En Trabajo Social)

Y en la calle, estos sujetos se transforman en un elemento más del paisaje urbano; invisibilizados por gran parte de las personas que por allí transitan...

Finalmente, creemos que la institucionalización genera ciertos aspectos favorables para los adultos mayores; el contacto con los profesionales de la salud, ser beneficiarios de políticas públicas y el acceso a los servicios básicos, abren nuevas posibilidades para los adultos mayores. Así mismo, se despiertan en ellos, nuevos deseos de restablecer proyectos futuros, no visualizados, encontrándose en situación de calle.

3.4. “Proyecto de vida”

El proyecto de vida es modelo ideal sobre lo que el individuo espera o quiere ser y hacer en un futuro con su vida. Adquiere forma concreta en la disposición real y sus posibilidades internas y externas de lograrlo, definiendo su relación hacia el mundo o hacia sí mismo, su razón de ser como individuo en un contexto y tipo de sociedad determinada.

El proyecto de vida es la estructura que expresa la apertura de la persona hacia el dominio del futuro, en sus direcciones fundamentales y en las áreas críticas que requieren decisiones vitales. De esta manera, la configuración, el contenido y la dirección del proyecto de vida, por su naturaleza, origen y destino están vinculados con la situación social del individuo, tanto en su expresión actual como en la perspectiva anticipada de los acontecimientos futuros. (Jimenez Batacort, 2008)

Los “pacientes sociales” adultos mayores entrevistados, si bien en algunas ocasiones se les dificulta pensar en un futuro por la situación de incertidumbre que transitan, refieren y expresan deseos y proyectos para concretar en un futuro inmediato. Si bien los intereses que los movilizan son diferentes, todos ellos

refieren que desean tener una residencia estable, ya sea en un Hogar o en un inmueble alquilado. Así mismo, los adultos mayores entrevistados, refieren que no desean permanecer en el Hospital.

“...Estar en el Hogar...tener alguna distracción, visitar a algún amigo. A mí me gusta hacer cosas para que puedan estar cómodos, dar satisfacción a la gente, ayudar, arreglar algo. Antes ayudaba a voluntad.”

(Entrevista a paciente N° 1)

“Mi proyecto de futuro es que no tengo futuro, mi futuro es mañana. Me gustaría conseguir un trabajo. Valerme por mis propios medios, no depender de nadie, ni del Estado que es una especie de limosna, aunque entro dentro de las obligaciones del Estado. La situación económica y política me preocupa, para personas sin medios económicos es gravísimo.”

(Entrevista a paciente N° 2)

“No estar acá. Tener mi jubilación... ir a la iglesia... Trato de ser positiva. Me pinto los labios... siempre fui coqueta.”

(Entrevista a paciente N° 3)

Poder trazar estrategias de intervención que establezcan y concreten los proyectos de los adultos mayores, permite que los mismos obtengan una mejor calidad de vida y, con ello, el disfrute de una longevidad satisfactoria. (Jimenez Batacurt, 2008)

Los proyectos de vida serán legítimos y efectivos si en ellos se revelan las propias potencialidades del individuo. Las mismas, deben vincularse, y dar continuidad a lo que fue, es, y llegará a ser cada persona.

La personalidad y el contexto social, son dos factores determinantes en la construcción de los proyectos de vida. La personalidad regula la actividad de cada persona, se vincula con la capacidad de tomar decisiones y ejecutar acciones por sí mismo; ser capaz de vencer obstáculos tanto internos como externos. (Jimenez Batacurt, 2008)

Sin embargo, más allá de la personalidad que posea cada adulto mayor, creemos que analizar el contexto (histórico, económico, político, social y cultural) donde se desarrolla la vida cotidiana de los sujetos, es primordial para la construcción de un proyecto.

Los adultos mayores “pacientes sociales” en general, visualizan su futuro vinculado a una estabilidad económica, que actualmente no poseen. Realizar actividades donde puedan volver a sentirse útiles, es lo que más anhelan.

Sin embargo, estos sujetos, están también atravesados por la enfermedad, en muchos casos crónica. Esto también deja pocas expectativas para el desarrollo de su proyecto de vida.

“Esto tiene que ver con una dificultad en las políticas públicas. No solo son pacientes sociales, también están atravesados por la enfermedad, y esto los limita para auto gestionarse. No logran autonomía. Hay una escasez de políticas públicas y las que existen presentan fallas...”

(Lic. En Trabajo Social)

Por este motivo es preciso reiterar en la falta de políticas públicas específicas para esta población. Como equipo de trabajo, creemos que la existencia de programas de ayuda social, no logran modificar la situación de calle de los adultos mayores. Las intervenciones del Estado, deberían enfocarse en la creación y construcción de instituciones que den respuesta a las problemáticas de los adultos mayores en situación de calle. El grupo social de adultos mayores en situación de calle, abarca tanto a aquellos sujetos adultos mayores que pueden auto-valerse en su vida cotidiana, como aquellos que tienen ciertas dificultades en su cotidianeidad, y no son totalmente auto-válidos. Por este motivo, creemos que las políticas sociales dirigidas a este grupo etario, deben contemplar ambas situaciones.

Instituciones y dispositivos que logren garantizar que los adultos mayores accedan a un lugar confortable donde dormir, alimentarse adecuadamente, asearse, encontrar actividades que los estimulen y les haga trascorrir su vejez en condiciones dignas, sería la respuesta más acertada. Sin embargo, para eso, son muchos los recursos que están en juego, y son muchas las concepciones que se deberían cambiar y/o adoptar en cuanto a la vejez.

Una sociedad que ve a la vejez como una etapa inerte, sin esperanza, ni futuro, no será una sociedad que realice intervenciones adecuadas para los adultos mayores.

Si se piensa a la vejez, como una etapa más de la vida, donde todavía son muchos los frutos que pueden salir de ella, se tendrá otra mirada hacia los viejos y serán otras las intervenciones que se lleven a cabo...

Conclusiones

A lo largo del recorrido pudimos dar cuenta que la problemática habitacional impacta de forma particular en los adultos mayores.

Los adultos mayores, generalmente, sufren padecimientos de salud, lo que dificulta su supervivencia en la calle. Como así también, el no tener una edad productiva para acceder a un trabajo, obstaculiza la posibilidad de que se sustenten económicamente.

La ausencia de redes de contención socio familiar, son un factor común dentro de los casos analizados. El hecho de no poseerlas también genera dificultades, en el orden económico y social, como en el plano de contención y afecto, indispensable para el desarrollo saludable de las personas.

La no satisfacción de sus necesidades tanto económicas, sociales, culturales como afectivas, perpetúan la carencia de una vivienda digna. Estos factores son causa de que el sujeto se encuentre en situación de calle, y al mismo tiempo, al no ser resueltos, son obstaculizadores para poder revertir dicha situación.

Estos sujetos, evidencian la perversidad de un sistema que genera permanentemente marginalidad y exclusión extrema. No sólo sufren la desvalorización social y cultural presente en este modo de producción capitalista, donde lo que se valoriza es lo nuevo, y lo productivo, sino que sufren exclusión y marginalización; padecen severas restricciones en las condiciones socio- económicas.

Estas personas, son viejas, para el sistema, son “inservibles”, “molestos” e “indeseables”. Su presencia en las calles, visualiza la crueldad y la exclusión del capitalismo que no debe ser vista.

Particularmente en nuestra experiencia, el Hospital Fernández, como institución pública, se ve interpelado por esta problemática ya que los adultos mayores llegan a la Institución y desde ese momento es necesario, para poder externarlos, solucionar la problemática habitacional.

Como se dijo a lo largo del trabajo, las políticas sociales, tales como el ingreso a Hogares o la obtención de un subsidio habitacional, demoran mucho tiempo, debido a los procesos burocráticos que ellas requieren. Y mientras tanto... ¿qué?... Durante toda nuestra experiencia nos interrogamos, por el tiempo que los adultos mayores “pacientes sociales” permanecen en la institución, esperando que se solucione su problemática. Los profesionales, recorren los pasillos, las salas, interrogan a los pacientes, asientan por escrito sus intervenciones, gestionan recursos, entre otras cosas. Pero luego, vuelven a sus hogares. Los adultos mayores los ven pasar y son ellos los que tienen que permanecer esperando, siempre en un mismo lugar: el Hospital.

Creemos que aunque el hecho que permanezcan en el Hospital es transitorio, sus vidas no se congelan, sino que siguen transcurriendo en el marco de una dinámica institucional particular.

Indudablemente esta situación interpela las subjetividades de los adultos mayores. Por un lado, sus necesidades básicas son satisfechas, y consideramos que en algunos aspectos, evidentemente, están mejor que en la calle; tienen comida, abrigo, pueden asearse, tienen atención médica... Pero el paso por la institución les recuerda la molestia generada en un “otro”; ellos se sienten culpables, por “ocupar una cama, que no deberían ocupar” porque no están enfermos. La institucionalización despersonaliza, mutila al “yo”.

Aunque también creemos que este paso por la institución genera ilusiones, proyectos, promueve la posibilidad de generar algo nuevo y favorable; ellos piensan que lo que vendrá será mejor que la situación en la que se encuentran. Aunque en algunos casos, es importante destacar, que estas ilusiones mueren con las personas dentro de la institución. Muchos de los adultos mayores fallecen dentro de la Institución, esperando... Sin duda alguna, estos sujetos, se llevan marcas de la Institución, pero sus huellas por la misma, se borran con ellos.

Los “pacientes sociales” se renuevan de forma constante, sus problemáticas son atendidas de igual manera, su presencia no interpela el accionar, ni renueva las estrategias institucionales desplegadas.

Los adultos mayores “pacientes sociales” son un paciente más, una vida más que pasa por la vorágine institucional.

Notas

-1- Otro agravante al hecho de encontrarse en situación de calle, es el hecho de contar con escasas redes socio-familiares, lo cual dificulta la resolución de esta problemática.

Al pensar en el rol que ocupa y ha ocupado la familia en el mantenimiento y desarrollo de las personas, destacamos el rol de la mujer en lo que respecta a los cuidados.

“...tiene que ver con la transición de la familia y el rol de la mujer; desde las instituciones se suele decir que la responsabilidad es de los familiares, sin embargo, hoy hay menos personas en las familias que puedan hacerse cargo de un familiar con problemas de salud. Tanto hombre como mujeres, son los que salen a trabajar. La solución que se da es que la familia se haga cargo de su familiar, o que la persona recurra a un hogar. No existen instancias intermedias, como por ejemplo internaciones domiciliarias...Esto debería existir, instituciones de la comunidad que brinden apoyo a las familias y personas con problemas de salud...Los paciente requieren de mucho cuidado, y frente a la falta de personas con capacidad para esto, tampoco las políticas dan respuestas”. (Lic. En Trabajo Social)

Bibliografía

- **BOURDIEU**, P. (1998): *“Cosas Dichas”*. Buenos Aires. Gedisa.
- **BROVELLI**, K.; **CAPELLINNI**, N.; **CRISCUOLO**, J. (2014): *“El paciente en su laberinto Un análisis sobre los recorridos institucionales de los “pacientes sociales” ”* Trabajos seleccionados. V Encuentro Internacional de Políticas Públicas y Trabajo Social. "Debates en torno a la construcción de institucionalidad. Aportes para la reconstrucción de lo público". Buenos Aires.
- **CASTEL**, R. (2004): *“La inseguridad Social, ¿Qué es estar protegido?”* Argentina. Ediciones Manantial.
- **CASTEL**, R. (1977): *“Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado”*. Buenos Aires. Paidós.
- **CAZZANIGA**, S. (2002): *“Trabajo Social e interdisciplinar: la cuestión de los equipos de salud.”*. Argentina. Margen Revista de trabajo social N° 27.
- **COSTA M.**; **LÓPEZ E.** (1987): *“Salud comunitaria”*. Barcelona. Martínez Roca.
- **CROAS**, R.; **FERNÁNDEZ COLMENEROS**, L.(2013): *“Modelos comunitarios e institucionales de gestión gerontológico.”* Facultad de Psicología Universidad Nacional de Mar del Plata y Ministerio de Desarrollo Social. Argentina.
- **DANANI**, C., **HINTZE**, S. (2011): *“Protecciones y desprotecciones: la seguridad social en la Argentina 1990-2010.”* Buenos Aires. UNGS.
- **EROLE**S, C. (1998): *“Familia y Trabajo Social.”* Buenos Aires. Editorial Espacio
- **FERRARA**, F. (1985): *“Teoría social y salud”*. Buenos Aires. Editorial Catálogos
- **FRANCO**, S., **DUARTE**, E. (1991): *“Trayectoria de la medicina social en América Latina: elementos para su configuración.”* Boletín de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social.
- **GOFFMAN**, E. (1961): *“Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales”*. Buenos Aires. Amorrortu Ediciones.
- **GOLBERT**, L. (2010): *“De la sociedad de Beneficencia a los derechos sociales”* Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Buenos Aires,.

- **GRASSI, E; HINTZE, S; NEUFELD MR.** (1994): "*Políticas sociales, crisis y ajuste estructural.*"
- **GUARNACCÍA, S.** (2013): "*El derecho a la Ciudad*". Argentina. TELAM.
- **IZAGUIRRE, I.** (1998): "*El poder en proceso: la violencia que no se ve.*" En "*Democracia sin exclusiones ni excluidos.*" Caracas. Editorial Nueva Sociedad.
- **JIMENEZ BATACURT, E.** (2008): "*El proyecto de vida en el adulto mayor.*" MEDISAN.
- **KIESSLING, B.** (1999): "*La teoría de la estructuración. Una entrevista con Anthony Giddens*", "en Aronson y Conrado (comps.), "*La Teoría Social de Anthony Giddens.*" Buenos Aires. Eudeba.
- **KISSNERMAN, N.** (1981): "*Salud pública y trabajo social*". Buenos Aires. Editorial Humanitas.
- **LAURELL, A. C.** (1986): "*El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina*". Cuadernos médicos sociales N° 33. Rosario. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales.
- **MENÉNDEZ, E. L.** (1988): "*Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria.*" Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires.
- **NETTO, J. P.** (1997): "*Capitalismo monopolista y Servicio Social*". San Pablo. Cortéz Editora.
- **ONOCKO CAMPOS, R.** (2004): "*Humano demasiado humano: un abordaje del malestar en la institución hospitalaria*". Buenos Aires, Argentina. Lugar Editorial.
- **PAOLA, J.** (2012): "*Los desafíos de la intervención Profesional del Trabajo Social en el actual contexto*" en: Jornadas de Trabajo Social en el campo gerontológico: "Reflexiones en torno al trabajo social en el campo gerontológico, Tránsitos, miradas e interrogantes" Buenos Aires.
- **PERÉZ, MJ.** (2009): "*Reflexionando desde la experiencia... Personas en situación de permanencia en calle*". Costa Rica. Boletín de Trabajo Social. Universidad de Costa Rica.
- **PITOISET, M. FOSSINI, S. C.** (2002): "*Violencia institucional y práctica profesional. ¿Cómo actuamos los trabajadores sociales?*" Edición N° 27.
- **REGUILLO CRUZ, R.** (2000): "*La clandestina centralidad de la vida cotidiana*". En: Lindon, Alicia (coord.): *La vida cotidiana y su espacio-temporalidad.* Barcelona. Anthropos Editorial.
- **SALVAREZZA, L.** (1998): "*La vejez. Una mirada gerontológica actual*", Buenos Aires. Editorial Paidós.
- **SPINELLI, H.** (2010): "*Las dimensiones del campo de la salud en Argentina*" Salud Colectiva Vol. 6 Argentina.
- **STOLKINER, A.** (1997): "*Mesa redonda: ¿Cuáles son las posibilidades de construcción de Ciudadanía en la actualidad y que transformaciones se producen en la vida cotidiana?*"
- **TAMBURRINO, M. C.** (2007): "*Algunas herramientas conceptuales para analizar fenómenos de Salud/Salud Mental.*" Material de Cátedra Faraone. Problemática de salud mental. Carrera de Trabajo Social. UBA. Buenos Aires.
- **TROIANI, M.J.** (2011): "*La identidad profesional del Trabajo Social en la Guardia de Urgencias.*" *Intervención con Pacientes Sociales.* Margen N°63.
- **VARO, J.** (1994): "*Gestión Estratégica de la calidad de los Servicios Sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria*" España. Ediciones Díaz de Santos.
- **CONSTITUCIÓN NACIONAL.**
- **CONSTITUCIÓN DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES.**

Páginas Web consultadas:

- <http://www.presidencia.gob.ar/>
- <http://www.censo2010.indec.gov.ar/>