

Pacientes en situación de calle hospitalizados, un nuevo desafío para la política pública: Aportes desde trabajo social

Paulina Valdés Cisterna¹

RESUMEN

Este artículo se focaliza en la problemática de las personas sin hogar en contextos de pérdida de la salud, desde la perspectiva de sujetos de derecho. Se caracteriza la situación social de los pacientes en situación de calle hospitalizados en las condiciones de intervención profesional desde la Unidad de Servicio Social. Se presentan los resultados de investigación social aplicada que se llevó a cabo durante el período abril del año 2015 a abril del año 2016. La investigación fue realizada en el área de atención cerrada del Hospital Barros Luco. Concluye con la propuesta de levantar un dispositivo que otorgue a los usuarios de calle un lugar de atención para cuidados post hospitalarios con impacto en la descongestión de camas hospitalarias, asegurar atención adecuada de estos pacientes y favorecer su proceso de reinserción social.

Palabras clave: Personas en Situación de Calle - Hospital Barros Luco - Cuidados posthospitalarios.

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad ya no se habla de “vagabundos” para denominar a las personas que por diversas problemáticas sociales y económicas se alojan en la calle, se adoptó el nombre de “personas en situación de calle” aludiendo a que es una “condición” y que por lo tanto esta puede revertirse, pues es una circunstancia y no algo estático.

El año 2004 el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de Naciones Unidas (DAES) agrega la siguiente definición “sin hogar son aquellos, sin refugio, que caen fuera de lo considerado una vivienda. Tienen pocas posesiones, duermen en las calles, entradas de casas, muelles, o en otro espacio, de manera relativamente aleatoria” (Ministerio de Desarrollo Social, 2012).

El año 2011 la Comisión Económica para la Conferencia de Estadísticos Europeos de las Naciones Unidas, identifica a los sin hogar bajo dos grupos amplios:

- Sin hogar (o techo) primarios. Esta categoría incluye a personas viviendo en las calles, sin refugio que pueda ser considerado una vivienda.
- Sin hogar secundario. Esta categoría puede incluir personas que no tienen una residencia habitual, que se mueven frecuentemente entre varios tipos de acomodación (incluyendo refugios e instituciones para personas sin hogar u otras viviendas) (Ministerio de Desarrollo Social, 2012).

A nivel nacional, el Hogar de Cristo, es una Fundación que trabaja hace muchos años con esta minoría social y los define como “aquellas personas que se encuentran en un proceso de exclusión social e indigencia, con carencia de hogar, y ruptura de vínculos con sus familias y con las instituciones sociales”². Cabe señalar que esta institución es la que cuenta con la mayor trayectoria y experiencia en la problemática de personas de calle en Chile.

Recibido el 5 de diciembre de 2019. Aceptado el 2 de junio de 2020

1 Trabajadora Social, Magister en Trabajo Social. Correspondencia a: paulinavaldesc@gmail.com

2 Hogar de Cristo. 2003. Documento de trabajo. Programa acogida. Santiago. Hogar de Cristo. P.2.)

Para efectos del censo para personas en situación de calle realizado el año 2005 en el país el 28 de julio, el Ministerio de Planificación Social (Mideplan), los ha definido como: Personas que se hallen pernoctando en lugares públicos o privados, sin contar con una infraestructura tal que pueda ser caracterizada como vivienda aunque la misma sea precaria. Personas que por carecer de alojamiento fijo, regular y adecuado para pasar la noche, encuentran residencia nocturna, pagando o no por este servicio, en alojamientos dirigidos por entidades públicas, privadas o particulares y que brindan albergue temporal, encontrándose en esta categoría las personas usuarias de hospederías solidarias u hospederías comerciales. Por último, personas que, por encontrarse sin hogar o residencia, y sin apoyo de familiares u otros significativos, dependen de programas sociales que ofrecen residencia permanente o por períodos importantes, con apoyo biopsicosocial³. En esta categoría se encuentra las personas en residencias solidarias, beneficiarios de alojamiento temporal como arriendo de pieza y los niños y niñas con trayectoria en situación de calle atendidos con financiamiento de Sename en COD, CERECO Y CDT.

La definición nacional actual planteada por el Ministerio de Desarrollo Social plantea la siguiente definición: “Personas y/o familias, que carecen de residencia fija y que pernoctan en lugares, públicos o privados, que no tienen las características básicas de una vivienda, aunque cumplan esa función (no incluye campamentos). Asimismo, aquellas personas que de conformidad con una reconocida trayectoria de situación de calle, según determine el ejecutor del programa eje, reciben alojamiento temporal o por períodos significativos, provisto por instituciones que les brindan apoyo bio-psicosocial”.

En el caso norteamericano se define a la persona sin hogar (Homeless) como una persona que carece de una residencia permanente, ya sea que vive en calle, en un refugio o albergue, o en espacios abandonados o vehículo (Irrarazabal, 2008).

De igual modo, el observatorio europeo de los sin techo, define a las personas en situación de calle como “todas aquellas que no pueden conservar o acceder a un alojamiento adecuado, permanente y que proporcione un marco estable de convivencia”⁴. (Capellini et al., 2012).

Al analizar la diferentes definiciones propuestas para personas en situación de calle, vemos como en todas las acepciones para entender el fenómeno, se hace referencia no solo a la carencia de recursos materiales, sino que consideran aspectos globales y amplios que vinculan la problemática con la exclusión y la desvinculación social de este grupo, al considerar el quebrantamiento de los lazos de estas personas con sus familias, los grupos y la sociedad en general.

CAUSAS DE LA SITUACIÓN CALLE

De acuerdo a lo señalado por el Ministerio de Desarrollo Social se han logrado identificar las causas⁵ que originan la situación de calle, reconociéndose dos factores principales. (Min. Desarrollo Social, 2014).

Causas Estructurales: Se refieren a elementos del contexto país que propician o no individuos con más carencia o vulnerabilidades que pudiesen finalizar en situación de calle. Dice relación, en gran medida, a la oportunidad que tenga la población a acceder a los servicios básicos, a las oportunidades que estos tengan, como por ejemplo la situación económica nacional, la estructura del mercado, de la vivienda y del trabajo, las características de la legislación e institucionalidad social, y de las políticas de reinserción de los egresados de instituciones como hogares de protección, hospitales psiquiátricos y centros penitenciarios, entre otras.

Causas Biográficas: Se refiere a la historia personal de cada sujeto, por ejemplo los problemas familiares, los antecedentes de salud, la inserción al mercado laboral, a adicción a las drogas o el alcohol, todas situaciones que pueden o no condicionar la situación de calle, pero vinculadas a la biografía de cada persona.

En los catastros aplicados en Chile, se logró establecer que en la mayoría de los casos presentan historias de vida caracterizadas por la pobreza y vulnerabilidad desde la edad temprana. Alrededor de un 83% de las personas en situación de calle ha experimentado “sucesos vitales estresantes” en su infancia y el 90% durante su vida adulta. Dentro de las causas biográficas las más comunes son:

- Ruptura de los vínculos familiares y personales. Se trata de personas que no tienen una

3 Ministerio de Planificación. Gobierno de Chile. 2005. *Habitando la calle. Catastro Nacional de personas en situación de calle*. Santiago. P11.

4 Citado por Capellini, Cohen, Wolochin y Escobar, de Centro de documentación en políticas sociales: *Los que duermen en la calle. Un abordaje de la indigencia extrema e la ciudad de Buenos Aires*. Documento 19 Buenos Aires

5 *Política Nacional de Calle: una estrategia de inclusión para las personas en situación de calle*, Ministerio de Desarrollo Social 2014.

relación habitual o no mantienen ya ningún contacto con su familia directa e indirecta. Entre las causas que producen el distanciamiento se encuentran el fallecimiento de uno o varios miembros, un problema familiar irreconciliable, consecuencia de una enfermedad o trastorno físico o mental, o la distancia física que finalmente termina con los vínculos, otro de los principales factores son las adicciones.

- Ruptura de los vínculos laborales. Se trata de personas que no tienen un empleo o no tienen un empleo fijo que les proporcione ingresos estables.

- Ruptura de los vínculos sociales. Muchas de las personas en situación de calle pierden los lazos con sus amigos o pueden tener dificultades institucionales o con la justicia.

Se ha demostrado que cuando se unen ambas causas en una misma persona (biográficas más causas estructurales), aumentan considerablemente las posibilidades de iniciar el trayecto de la condición de calle.

TIPOLOGÍAS DE LOS “SIN HOGAR”

Con relación a la capacidad de autosuficiencia y el deterioro psicosocial, Nicolás Rojas Pedemonte⁶, expone tres tipologías de personas en situación de calle, (en base a un análisis estadístico⁷ multidimensional y un modelo de vulnerabilidad AVEO), las que a continuación se presentan:

Personas en Asistencia: Son personas con altos niveles de deterioro psicosocial, (enfermedades de salud mental y física) son personas con estrategias de supervivencia menos autosuficientes, presentan una tendencia a no sobrellevar la condición de calle por sí mismas. Con baja red de apoyo familiar y social. Mantienen los más bajos niveles de capital material. Por lo general se encuentran excluidas del mercado laboral, del crédito formal e informal, la mayoría de estos casos viviría de la beneficencia. Habitualmente se dedican a la recolección de desechos y a la mendicidad. Destacan en este grupo las mayores trayectorias en situación de calle. Su cuerpo habitualmente se evidencia deteriorado, con problemas de discapacidad física y psíquica. Se encuentran muy expuestos a todo tipo de maltratos. En general este grupo

se caracteriza por menor capital humano y social. Su participación social se limita a la asistencia de iglesias o templos, para la satisfacción de necesidades básicas y el acceso a medios de comunicación, pese a cercanía al catolicismo, presenta más grandes problemas de asociación y vinculación con sus pares o amigos, llamado también como “enclaustramiento individual”. Se encuentran excluidas en el ejercicio de sus derechos, generalmente no recurren a los sistemas de seguridad social disponibles.

Personas en Autosuficiencia: Estas personas presentan mayores niveles de autosuficiencia, muchas veces se encuentran categorizadas como crónicos o refractarios por su resistencia a las intervenciones sociales, sin embargo, estas personas no requieren de la beneficencia para sobrevivir, tienen manejo y conocimiento de su cultura, habitualmente con su trabajo cubren precariamente sus propias necesidades. Cuentan con mayor capital material, poseen medios materiales como carretones, bicicletas u otros o cuentan con trabajos informales e ilegal, que si bien no les reportan elevados ingresos, les permiten invertir en mercaderías para comercializarlas de manera ambulante, sus actividades recurrentes son comercio ambulante y cuidado de autos, incluso algunos mantienen niveles de ingresos por sobre la línea de la indigencia y de pobreza, por lo que otros factores podrían explicar la permanencia en calle.

Estas personas no son las de mayor edad en su grupo, no obstante, presentan los mayores niveles de consumo de drogas y alcohol. Generalmente no presentan discapacidades físicas. Aunque no evidencian mayores problemas de salud mental, evidencian un profundo deterioro de su autoestima y desesperanza aprendida, sin mayor proyección hacia el futuro. En cuanto a capital social, son las menos desvinculadas a la familia, se vinculan con otros, amigos o familiares, los cuales les reportan cierta red de apoyo y compañía. Son reacios a solicitar ayuda asistencial, se caracterizan por alojar en barrios con alta conectividad, por lo que no están aisladas territorialmente. Sin bien presentan una amplia trayectoria en calle, estas muchas veces son intermitentes. Muchos presentan disconformidad con continuar en condición de calle y con la vida que llevan.

6 Rojas N. Revista de Trabajo Social PUC. *Tipologías de personas en situación de calle.*

7 Investigación estadística, realizada por la unidad de estudios de la Fundación Hogar de Cristo, año 2007, aplicado personas incorporadas al proyecto Promueve. Cuyos objetivos fueron 1.- identificar los recursos y estrategias de supervivencia de las personas en situación de calle estudiadas, 2.- distinguir, entre las personas en situación de calle, sus principales tipologías subyacentes, 3.- dilucidar posibles líneas de intervención.

Personas en Emergencia: Son personas con incipientes trayectorias de calle, con fracturas recientes de sus redes primarias, son los que más recurren a las redes de seguridad social, sin embargo, experimentan en esta emergente condición, grandes necesidades producto de la incipiente crisis que impulso esta condición. Se encuentran evidenciando recién las inclemencias de esta nueva condición, siendo víctima de los procesos de exclusión social, por lo que tienen la necesidad de buscar resguardo y protección en un escenario desconocido, pues no manejan los códigos y dinámicas de la calle, encontrándose en un estado de profunda indefensión, en este escenario la principal red son las hospederías. Su capital material consiste principalmente en un poco de dinero, proveniente de su trabajo o gestión de préstamos que solicitan en su entorno.

La mayoría procura mantenerse trabajando, generalmente en trabajos menos precarios a la situación de calle estrictamente. Además cuentan con un capital educacional mayor que en los tipos anteriores, lo que incluso les puede significar discriminación por parte de sus pares. Habitualmente mantienen buena condición física y estado higiénico, con consumo inicial de abuso de drogas y alcohol, sin embargo muchos presentan patologías psiquiátricas identificadas antes de encontrarse en situación de calle.

Ellos acceden a los medios de comunicación, ejercen sus derechos y cuentan con amigos. Su capital espacio-temporal es muy reducido, a veces incluso desconocen la ciudad donde habitan. Habitualmente estas personas son las que presentan mejor indicador de capital humano, con más alto autoestima, satisfacción vital y optimismo frente al futuro y conciencia de querer salir de la condición de calle.

CATASTROS DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE (PSC)

Durante el Gobierno del presidente Ricardo Lagos se evidenció la primera voluntad política del parte del Estado de querer conocer la realidad de las personas en situación de calle y querer avanzar en acciones concretas para abordar la problemática, dejando en evidencia lo ausente que se encontraba este grupo no visualizado hasta entonces.

La aplicación del primer censo configura un evento que marca un hito histórico hacia una política dirigida hacia estas personas, pues pone

a este grupo en la opinión pública. Problemática que anterior esa iniciativa, siempre habían sido abordadas precariamente por ONG, municipalidad o particulares, destacando la labor visionaria del Hogar de Cristo.

El Primer Catastro Nacional de Personas en Situación de Calle en nuestro país tuvo lugar la noche del 28 de julio del año 2005, en 80 comunas del país, con más de 40 mil habitantes, alcanzado gracias al trabajo de cerca de cinco mil voluntarios. Se trató de un hito importante debido a la amplia convocatoria de organizaciones y la amplia cobertura del proceso. (Ministerio de Desarrollo Social, 2012).

El primer censo indicó que se trataba de 7.254 personas, las que se encontraban en situación de calle, de ese total un 4,7% vivía en la región metropolitana, se constata que el 85% se trata hombres y que el 78% tiene 30 y más, con una edad promedio de 47 años. En relación a la situación educacional, más de 12% no sabe leer ni escribir y un 40% no terminó la enseñanza básica.

Según lo señalado por Andrés Jouannet, de la Pontificia Universidad Católica, los resultados del primer catastro indican que las PSC en Chile, se trata de un grupo minoritario y que por tanto las políticas dirigidas a este grupo deben ser a escala menor en términos presupuestarios, por otro lado el catastro demuestra una realidad compleja y variada para este grupo.

El Segundo Catastro Nacional de Personas en Situación de Calle tuvo lugar en 161 de las 346 comunas del país, se inserta dentro de un conjunto de acciones que buscan hacer de nuestro país un lugar en el que la participación, el pleno ejercicio de ciudadanía y la inclusión de todos y todas sean posibles. Esto supone la generación de nuevas oportunidades y seguridades para los excluidos y vulnerables, entre los cuales se cuentan las personas en situación de calle. (Ministerio de Desarrollo Social, 2012).

Las instituciones que trabajaron para llevar a cabo esta iniciativa fueron organizaciones que se dedican históricamente, a atender a las personas en situación de calle: Hogar de Cristo; Fundación América Solidaria; Fundación para la Superación de la Pobreza; Red Calle; Iglesia Anglicana de Chile; Vicaría de Pastoral Social; Caritas Chile; Comunidad de Organizaciones Solidarias; Fundación Desafío; además del Instituto Nacional de la Juventud y Servicio Nacional de Menores.

Según los datos aportados por el segundo Censo⁸ aplicado en Chile entre los días 15 y 21 de

8 Ministerio de Desarrollo Social, Subsecretaría de Evaluación Social, *Segundo Catastro de Personas en Situación de calle*

agosto del año 2011, sabemos que existen 12.255 personas sin hogar a lo largo del país, de los cuales 725 son niños y un 93% (10.781) nació en Chile.

“La distribución de las personas en situación de calle a nivel nacional es similar a la distribución de la población general, concentrándose un 47% (5.729) del total en la Región Metropolitana. Pese a esto, la densidad de la población en situación de calle presenta diferencias relevantes a lo largo del país, lo que da cuenta de realidades territoriales de diversa complejidad” (Ministerio de Desarrollo Social, 2012)⁹.

De acuerdo a este censo el 84% corresponde a hombres y un 16% a mujeres, de los cuales el 59% (6.842) se declara soltero, un 12% declara estar casado (1.455) y un 14% (1.647) declara estar separado o divorciado.

En cuanto al promedio de años viviendo en situación de calle, la mayoría se estima en cinco años. El 28,5% (3.238) se encuentra en situación de calle hace más de un año, pero un 37,9% (4.311) lleva cinco años o más viviendo en esta situación. A su vez, las personas que llevan menos de un año viviendo en situación de calle se distribuyen de manera homogénea entre los centros techados y la calle. No obstante, conforme aumenta el tiempo que las personas han estado en situación de calle, disminuye la proporción de personas que pernocta en una hospedería, centro techado o albergue, aumentando el porcentaje que duerme a la intemperie.

Entre los motivos que los involucrados consideran que condicionaron esta situación, se encuentran que el 36,6% presenta problemas familiares, el 15,5 lo asocia a problemas de alcoholismo, un 13% a problemas económicos, un 12,8% a otro motivo, un 8,9 a dependencia de sustancia ilícitas, 4,6 a problemas de salud y un 1,8 a problemas con la justicia.

La mayoría de esta población pernocta en distintos sitios de la vía pública y lugares precarios (56,2%) y un 43% se guarece en albergues de la red pública y privada, es decir bajo techo.

En relación a la autoevaluación de su felicidad o calidad de vida, Adicionalmente, Un 25% de ellos se declaró bastante o muy feliz, en oposición a un 12%, que sostuvo que era muy infeliz o infeliz.

En cuanto alguna de las principales estrategias de subsistencia. El 68% declaró desarrollar algún trabajo informal que le permitía percibir ingresos, lo que equivale a que 7.765 personas asumen alguna actividad laboral. Entre las principales actividades que estos realizan se encuentran, venta

ambulante, servicios de aseo industrial o vía pública, cuidado y estacionado de autos, cartoneo y recolección, trabajos esporádicos, carga y descarga, trabajos agrícolas y construcción.

En esta materia de hábitos de higiene y aseo personal, el 42% de las personas en situación de calle declara ducharse en las hospederías, un 14% lo hace en la calle o vía pública y el 6% en residencias. Un 10% de las personas se ducha en los baños públicos o duchas pagadas de un mall, terminal o bomba de bencina. Adicionalmente para hacer sus necesidades fisiológicas un 36% declaró acudir a las hospederías.

Para efectos de cambiarse de ropa el 40% de las personas encuestadas se viste o cambia de ropa en hospederías. Respecto al lavado de su ropa, un 33% señaló hacerlo en las hospederías o albergues, el 19% indicó no lavarla y el 13% hacerlo en la vía pública.

Cuando se les consultó en relación a las alternativas viables para poder dejar la situación de calle, un 44% sostiene que es imprescindible contar con una fuente laboral o al menos conseguir un mejor trabajo que el actual, un 8% afirma que el tener una casa y un 8% declara necesitar sentirse capaz de salir adelante.

En cuanto al lugar donde les gustaría vivir, un 57% declara en mi propia casa, seguido de un 14,3% que afirma que en una casa arrendada. Asimismo, una de cada diez personas señala que le gustaría seguir viviendo en situación de calle.

De acuerdo a lo investigado las diferencias entre el primer y el segundo catastro, es que este último consideró una mayor cobertura geográfica, además de un mayor tiempo de aplicación y, en el caso de los niños y niñas, en esta oportunidad se aplicó una metodología especial, patrocinada por expertos en la materia.

Dentro de los principales logros de esta iniciativa, se encuentran el consolidar el interés político y público por estudiar en esta problemática, la cual hoy se entiende como un proceso, es decir como el resultado de una serie de disfunciones sociales, que generalmente se inician a muy temprana edad, donde niños y jóvenes experimentan experiencias de maltrato, pobreza y abusos de todo tipo. Adicionalmente alcanzar una mayor rigurosidad en la metodología en la aplicación de las encuestas, así como en la interpretación de los datos, generó resultados con mayor confiabilidad, que hoy son fundamentales para confeccionar un diagnóstico veraz de la situación de las personas en situación de calle, que permita impulsar políticas públicas

9 En Chile Todos Contamos Ministerio de Desarrollo Social, 2012. Pag 47.

tendientes a superar y mejorar la calidad de vida de estas personas.

Como señala agrega Sebastián Zulueta (2008), a partir de los datos estadísticos aportados por el segundo catastro de calle, se ha logrado levantar el debate respecto la situación de estas personas. “las personas en situación de calle, no han perdido su condición de ciudadanos, por lo tanto se les debiese respetar también sus derechos y deberes cívicos”. “El Pueblo de calle, ha sido históricamente invisibilizado en nuestro país, el que no habiendo tomado conciencia de la realidad que este pueblo vive, ni de las causas que lo llevan a ser parte de esta realidad. Se le ha negado su ciudadanía y se les ha privado de sus derechos.” Siendo sujetos de incipientes programas que apuntan principalmente hacia el asistencialismo.

Con fecha 21 de septiembre del 2015, la suscrita fue invitada por la Fundación Gente de la Calle a una reunión con el Ministro de Desarrollo Social, Marcos Barraza y el Diputado Daniel Melo Contreras. La intención de dicha reunión tuvo dos ejes centrales, por un lado “presentar al Ministro un proyecto de Ley tendiente a modificar el actual régimen de internación administrativa no voluntaria de personas que padecen una patología mental y que representen un riesgo para sí mismas o para terceras personas, sustituyéndola por un procedimiento especial en los tribunales de Familia” (Francisco Lagos, 2015).

Un segundo eje, fue la solicitud de crear un dispositivo que garantice a las personas en situación de calle, que egresen desde los hospitales, continuidad de cuidados para casos de mediana y baja complejidad, así como dispositivos que asuman la atención de las patologías duales. Cabe señalar que lo solicitado en la oportunidad al Ministro, se enmarcó desde una perspectiva de derechos, vulneración de estos y seguridad social, énfasis que la Fundación gente de la calle ha intentado relevar en la problemática.

El principal logro alcanzado, fue que el Diputado comprometiera el patrocinio de ambas iniciativas requeridas, para lo cual se presentó un proyecto de ley a la Comisión permanente de “Desarrollo social, pobreza y planificación” de la Cámara de Diputados en búsqueda de modificar la internación voluntaria de personas que presentan una patología mental que representen un riesgo para sí o terceros, facultando a los tribunales de familia para que conozcan esta materia y puedan decretar ingreso a hogares protegidos cuando se configure el abandono de las mismas.

Paralelamente patrocinó un proyecto de

acuerdo, para informar a la Presidenta Bachelet sobre la urgencia de contar con dispositivos especializados de salud para personas en situación de calle, particularmente una casa de cuidados post hospitalarios y otro para personas con patología dual.

Con el objetivo de facilitar la gestión de ambas iniciativas, la comisión solicitó, hacer llegar la mayor información disponible sobre datos o cifras en relación a la problemática, especialmente en el área de salud, lo anterior para fundamentar la confección de ambos proyectos. De esta perspectiva, el presente trabajo de investigación desarrollado, se constituyó en un aporte para sistematización de información respecto de la problemática.

2. HOSPITAL BARROS LUCO Y LOS PACIENTES EN CONDICIÓN DE CALLE

El Complejo Asistencial Barros Luco fue creado a través de la Junta de Beneficencia en 1899, con el apoyo del Presidente Ramón Barros Luco, en donde en el año 1911 se realizó la colocación de la primera piedra y en el año 1917 comienza con el funcionamiento como Policlínico.

Durante el año 1919 fallece el Presidente Ramón Barros Luco y la Junta de Beneficencia acuerda darle el nombre del presidente al Hospital. “En 1926 fallece la Sra. Valdez de Barros Luco, la cual deja especificado a la junta de Beneficencia como heredera de sus bienes, con la obligación que estos fueran puestos a disposición del Hospital y que este contara con religiosas católicas. En 1930 se construye la Comunidad y la Capilla. En 1934 se contratan las religiosas “Siervas del Espíritu Santo”, religiosas argentinas que revalidaron sus títulos de enfermeras en la Universidad de Chile.” (Velásquez, 2008).

“En el año 1947 se anexa el Hospital Trudeau, destinado a tratamiento de tuberculosis, y posteriormente ambos se fundirán en un solo Hospital con todas las especialidades, destinado a ser el hospital base y de mayor complejidad para el millón de habitantes de 11 comunas del área sur de Santiago”. (San Martín y Espinoza, 2007).

Este Centro de Salud está ubicado en Av. José Miguel Carrera N° 3204 en la comuna de San Miguel y pertenece al Organismo del Ministerio de Salud, el Servicio de Salud es un organismo estatal, y cuenta con una Autonomía Relativa, esto quiere decir que el Hospital puede tomar decisiones cuando lo estime conveniente, pero igual debe cumplir con las políticas, normas que son

generados por el Estado, este organismo es supervisado por la Secretaría Regional Ministerial de Salud (Seremi de Salud).

El Hospital Barros Luco brinda atención a Pacientes Ambulatorios, Urgencia y Hospitalizados, este centro de Salud es uno de los más grande del País y cuenta con la mayor cantidad de Especialidades Médicas del Servicio Metropolitano Sur. El complejo Asistencial atiende los 365 días del año y sus principales pacientes son derivados de Consultorios y Hospitales que forman parte de la Red Asistencial del Área Sur de Santiago.

Durante el período de abril del 2015 a abril 2016, ingresaron al Hospital Barros Luco 57 pacientes identificados en condición de calle, lo anterior tuvo un ímplicancia de 1700 días promedio de hospitalización, alcanzando un promedio de estadía de 30 días camas por cada uno, días que no siempre fueron justificados por tratamientos en curso, sino que se trató de estadías prolongadas por su condición social, por cuidados post hospitalarios, que pudieron haberse desarrollado en otras instancias, pero que debido a la carencia de red de apoyo y dispositivos disponibles, debieron continuar en las dependencias del hospital, haciendo de estos centros su hogar.

A modo de ejemplo, en la situación mencionada, un día cama intermedio promedio tiene un valor mínimo de \$48.000 pesos, lo que en dinero la atención de estos 57 casos, habría significado una inversión para Minsal de \$81.600.000 millones de pesos, considerando el costo mínimo de atención, sin contabilizar los costos asociados como recursos humanos, exámenes, materiales entre otros.

En la última década Chile ha logrado avanzar en materias de sensibilización y discusión pública en relación a las personas en situación de calle, principalmente producto del levantamiento de censos a nivel nacional que hoy nos aportan datos estadísticos respecto a este grupo minoritario, como su número total, que “alcanzaría” las 12.255¹⁰ personas sin hogar a lo largo del país y que nos proporcionan una mejor comprensión de los factores que determinan la condición de calle.

Por el contexto de vulnerabilidad social asociado, la mayoría de las personas en situación de calle son pesquisadas desde los Servicios Sociales, en los Hospitales Públicos, donde es posible

visualizar el complejo escenario interventivo con este tipo de pacientes.

A nivel de diagnóstico preliminar de la situación problema que abordó esta investigación se encuentran las características propias de las personas en situación de calle, cuyas historias de vida en su mayoría, se encuentran marcadas por la dependencias al alcohol, la falta de redes de apoyo y en ocasiones la resistencia a la intervención social.¹¹ Por otro lado, se deben considerar las necesidades de la institución hospitalaria, la cual requiere que una vez finalizada la atención de salud, sea el propio individuo y/o su entorno, quien por sus medios se proporcione la continuidad de cuidados indicados, evitando así los reingresos.

Esta situación se complejiza, entre otros factores, porque las personas en situación de calle no cuentan siempre con redes de apoyo familiar o institucionales que apoyen la gestión post-hospitalaria, por lo cual su estadía se prolonga, aumentando los costos de la intervención clínica y obstaculizando el uso de las ya insuficientes camas en los hospitales.¹²

Este campo de acción, a veces antagónico, enfrenta al Trabajador Social y su equipo, a diversos dilemas éticos, como considerar la posibilidad del egreso de estos pacientes al lugar de origen (la calle) o la posibilidad de inserción en lugares informales donde son recibidos por voluntades individuales que no cuentan siempre con las condiciones adecuadas.

Como señala el Gestor Social, Francisco Lagos, de Fundación Gente de la Calle, “Esto afecta gravemente la labor desempeñada por los servicios sociales de los hospitales, pues no cuentan con una red expedita para derivaciones, lo que suele generar salidas informales y de corto plazo, lo que a la larga, significa que las personas en situación de calle no concluirán sus tratamientos, generando una espiral de ingresos y salidas del sistema, atochando camas y horas disponibles”¹³ en los sistemas de salud, involucrando no solo pérdidas de recursos humanos y financieros a los servicios públicos, sino que se pone en riesgo la protección y derecho a la salud de estas personas, como legítimos ciudadanos.

Por la comunicación que mantenemos con la red calle, sabemos que se encuentran al tanto de la problemática de los pacientes con alta de los Hospitales, con requerimientos especiales, pero

10 Censo 2011. Ministerio de Planificación Social.

11 Min. Desarrollo Social, 2014

12 Fundación Gente de la Calle. 2014. <https://www.gentedelacalle.cl/>

13 Lagos F. 2012. Cooperativa.cl. Columna de opinión: “El Desalojo pendiente”. Recuperado de internet el 4 de junio de 2020: <https://opinion.cooperativa.cl/opinion/sociedad/el-desalojo-pendiente/2012-08-28/201511.html>

que pese a las buenas voluntades y flexibilidades que en ocasiones otorgan para recibir a estos pacientes en los albergues, no es posible responder de forma adecuada a la demanda tal como se expresa en el siguiente extracto: “Durante 2013, la Fundación Gente de la Calle recibió más de 30 solicitudes de información de apoyo para personas hospitalizadas que se encontraban en situación de calle y que requerían cuidados o reposo tras su internación, a los que no siempre es posible dar una respuesta efectiva, pues la mayoría de las instituciones que otorgan servicios de habitabilidad no cuentan con los requerimientos básicos (humanos y materiales) para asegurar la permanencia diaria u otorgar cuidados especiales”.¹⁴

En este escenario, los Servicios Sociales del área de salud absorben una vasta información acerca de esta problemática, ya que son estos dispositivos los que se encargan de la pesquisa de las personas sin hogar con problemas de salud limitantes y realizan las primeras gestiones y articulaciones con el objetivo de contribuir a la calidad de vida de esta población en estado de vulnerabilidad y marginalidad.

3. TESTIGO Y TESTIMONIO. NOTAS DE CAMPO DESDE EL TRABAJO SOCIAL.

Como Trabajadora Social me desempeño hace de trece años en el Complejo Asistencial Barros Luco, en el área de atención cerrada correspondiente a pacientes hospitalizados, compartiendo el rol profesional con la Subjefatura de la Unidad. En mi desempeño profesional en el área de salud, me he percatado de la gran problemática socio sanitaria que se desencadena con los pacientes en situación de calle que pierden su estado de salud y como consecuencia de esto requieren ser hospitalizados para tratamiento. He sido testigo de los diversos factores intervinientes en esta problemática, el estado de vulnerabilidad de estos pacientes, sus necesidades insatisfechas, sus aspiraciones y las injusticias sociales a las cuales se ven enfrentados, así como la falta de herramientas públicas e individuales de las que disponen para favorecer su proceso de recuperación y revertir su situación de vida, evidenciando que, en la mayoría de los casos, la hospitalización no es más que el síntoma de historias de vida marcadas por la desigualdad social, de la que muchas veces estas personas han sido víctimas desde etapas muy tempranas de su vida.

Este escenario, ha sensibilizado mi atención

profesional respecto al trabajo en salud que se lleva a cabo con estos pacientes, gatillando mi inquietud por conocer de manera más profunda esta realidad, de modo de poder aportar a la discusión y concreción de acciones que mejoren su calidad de vida.

En este contexto en que confluyen, salud pública y personas en situación de calle, creo que es fundamental lo que los Servicios Sociales puedan informar y compartir experiencias, aprovechando el conocimiento que estos dispositivos han ido construyendo en este campo de acción.

Con la información producida y analizada a partir de este estudio, se intenta contribuir no solo a profundizar en materias de salud y personas en situación de calle, sino que además se busca proporcionar un respaldo profesional teórico-práctico, que otorgue sustento a los procesos de sensibilización y negociación a nivel central respecto a estas materias.

Con todo ello esta aproximación tiene por objetivo caracterizar la situación biopsicosocial de los pacientes en situación de calle hospitalizados en el Complejo Asistencial Barros Luco y conocer la intervención profesional desde la Unidad de Servicio Social.

La presente investigación se puede definir como una investigación de carácter exploratoria pues: “el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes” (Hernández, Fernández y Baptista, 1998:58), porque el conocimiento de la situación de vulnerabilidad social de los pacientes de calle en el área de atención cerrada en salud ha tenido escasa atención en la literatura del campo, en la discusión académica y en la profesional. En este escenario, se abordan aspectos del fenómeno potencialmente significativos para el personal de la salud vinculado a las áreas sociales, que puedan apoyar la comprensión de este fenómeno y que signifiquen un insumo teórico reflexivo para futuras investigaciones y prácticas profesionales.

4. MÉTODO

El universo de estudio se constituyó con las personas en situación de calle que fueron hospitalizadas en el Hospital Barros Luco entre abril del año 2015 y abril del año 2016, cifra que alcanza los 57 casos en total¹⁵, siendo los datos extraídos de una muestra representativa de más

¹⁴ Fundación Gente de la Calle. 2014.

¹⁵ Cabe señalar que la derivación de los casos a la Unidad de Servicio Social puede realizarse mediante interconsulta derivada por el equipo clínico y demanda espontánea realizada por el paciente o pesquisa por las Trabajadoras Sociales de la Unidad.

del 50% (27 de esos casos), que fueron aquellas personas dispuestas a participar del estudio y la mitad de los Trabajadoras Sociales que atienden la Unidad de Servicio Social, es decir, 10 profesionales participaron de la muestra, tras cumplir requisitos estipulados por la investigación.

La investigación aplicó un método mixto, combinando procedimientos cuantitativos y cualitativos. En Metodología Cuantitativa, para las personas en situación de calle seleccionadas, la investigadora aplicó una encuesta semiestructurada, con preguntas cerradas, con alternativas de respuestas y un ítem de preguntas abiertas. Con este instrumento se pretendió indagar respecto las principales características de estos pacientes.

En cuanto a la Metodología Cualitativa, para la muestra de Trabajadoras Sociales seleccionadas, la investigadora aplicó entrevistas semiestructuradas con preguntas abiertas. Con la técnica de la entrevista, se buscó capturar la percepción que tienen las trabajadoras sociales respecto la intervención social que se realiza a nivel hospitalario con los pacientes de calle, sus principales características, necesidades, problemáticas y cuáles son las principales acciones profesionales que utilizan, en este campo específico de acción.

En la fase de producción de Información de Casos fue fundamental las gestiones previas realizadas para contar con las autorizaciones jerárquicas de la institución Hospitalaria que respaldaron la aplicación del proceso investigativo al interior del establecimiento (Unidad de Investigación asistencial, Comité de Ética y departamento de Jurídica).

Durante esta fase se inició un proceso de sensibilización y difusión de la investigación a todos los integrantes de la Unidad de Servicio Social, de modo de establecer las estrategias de colaboración Profesional y flujos que permitirían el acceso a los pacientes y despertarían el interés de la Trabajadoras Sociales por participar del estudio.

Una vez derivados los pacientes con antecedentes de situación de calle (por medio de interconsulta, demanda espontánea, o pesquisa en sala), la investigadora tomó contacto directo con ellos, para evaluar las posibilidades de participación en el estudio. En esta etapa fue fundamental lograr el consentimiento informado de todos los participantes. En el caso de pacientes orientados este documento fue autorizado directamente por el paciente y en el caso de pacientes que presentaron compromiso de

conciencia, se solicitó autorización a su familiar o apoderado responsable y en el caso excepcional de no contar con familiares u apoderados, se extrajeron los datos de los registros documentales de la unidad y de sala.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Cabe señalar que la presente investigación social, no se llevó a cabo hasta contar con las autorizaciones pertinentes del Complejo Asistencial Barros y Servicio de Salud, correspondientes a la Unidad de Estudios Asistencial, Comité de Ética y el Departamento de Jurídica, según lo establece el protocolo interno de la institución. Para efectos de análisis de este estudio, se mantuvo confidencialidad de los datos personales de los participantes.

Durante el proceso de investigación se aplicaron consentimientos informados cuando correspondía. Para lo cual se contó con el apoyo de un Ministro de Fe que visó este procedimiento. Además se comprometió el reporte sistemático de los consentimientos aplicados, a la Unidad de Estudios Asistenciales de Complejo Asistencial Barros Luco.

Además, se procuró la utilización de un lenguaje adecuado, comprensible y legible de acuerdo a la capacidad de los sujetos, respetando su comprensión de la realidad, lenguaje e intereses. Para reguardar la dignidad y privacidad del paciente, los instrumentos de recolección de datos no se aplicaron en sala en horarios de visita o actividades de higiene, procurando convenir con los involucrados el momento adecuado según su disponibilidad. Finalmente los datos obtenidos en esta investigación, fueron entregados a la Dirección del Hospital para su conocimiento.

5. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Para facilitar la comprensión del contenido se presentan las conclusiones según los objetivos de la investigación. Cabe señalar que el punto 5.1 y 5.2 dan cuenta de resultados de objetivo N°1 Caracterizar la situación biopsicosocial de los pacientes en situación de calle hospitalizados en el Complejo Asistencial Barros Luco, y el punto 5.3 y 5.4 se refieren a resultados de objetivo N°2 Conocer y visibilizar la intervención profesional desde la Unidad de Servicio Social.

5.1 Condiciones de salud, los aspectos personales, socioeconómicos y psicosociales de los pacientes en situación de calle hospitalizados

Los pacientes de calle hospitalizados en el hospital Barros Luco, presentan características similares a los señalados en los dos últimos censos de personas de calle, realizados por el Ministerio de Planificación Social y posterior Ministerio de Desarrollo Social.

La mayoría de ellos se trata de hombres, adultos, con un promedio de edad de 34 años, solteros (52%), con enseñanza básica incompleta (48%), con historias de vida marcadas por la pobreza y la marginalidad desde una edad temprana, con un tiempo promedio estimado en calle de entre dos a seis años. Un 25% lleva menos de un año en calle (experiencia reciente), un 37% lleva entre 1 a 5 años, y solo tres casos reportan más de una década en situación de calle.

Lo que mayormente originó la condición de calle, se sustenta en el consumo problemático de drogas y alcohol, reconociendo un 41% de los casos haber iniciado la condición calle por esta razón, seguido o paralelo a conflictos familiares.

En cuanto al lugar de pernocte, un 48% declaró habitar puntos calle, deambulando la mayoría de forma intermitente en diversos lugares de la ciudad de Santiago, destacando la comuna de San Joaquín con la mayor cantidad a adherencia a los puntos calle.

En relación a la actividad laboral, la mayoría se desempeña en trabajos marginales, informales y mal remunerados, destacando tres actividades principales: Trabajos menores en ferias libres, Comerciantes ambulantes y Cuidadores de vehículo.

Tampoco reciben otro tipo de ingresos mediante programas de seguridad social u otros, 20 casos, lo que equivale a que un 74% refirió no percibir ningún tipo de beneficio estatal y los que reciben se concentran en el pilar solidario, beneficiados con pensiones solidarias de invalidez (18%), evidenciando a su vez, una discapacidad previa a la hospitalización.

En los pacientes entrevistados se evidencia un gran deterioro social y orgánico, producto de historias de vida marcadas por la desigualdad, la vida en calle y el poli consumo asociado, siendo el ingreso al hospital el síntoma del menoscabo en su estado de salud, causado por enfermedades crónicas o traumáticas.

La mayoría de los encuestados, es decir, un 30% ingreso al hospital traído por Sapu o Carabineros, encontrado en la vía pública, lo que evidencia el

estado de abandono en que se encontraban anterior a la hospitalización.

En cuanto a las patologías de ingreso, estas fueron de diversa etiología, destacando los Traumatismos encéfalo craneanos (TEC) por caídas o golpes proporcionados por terceros, fracturas en extremidades, principalmente por accidentes de tránsito, en contexto de estado etílico del usuario y daño hepático crónico, enfermedad que es propiciada por el consumo excesivo de alcohol. Si bien las situaciones señaladas fueron las principales causas de ingreso, en la mayoría de los casos se conjugan patologías.

Pese al deterioro multiorgánico que presentaron los encuestados, llama la atención que finalizados los tratamientos durante la hospitalización, la mayoría recuperaba su nivel de autonomía básica, un 56% de ellos, se encontraba autovalente para realizar actividades básicas de la vida, sin embargo otros usuarios sufrieron daños irreparables como amputaciones en un 15%, y un 7% de ellos quedó en condición de paciente postrado.

Por su favorable evolución, muchos de ellos, el 83%, no requirió del apoyo de ayudas técnicas para su desplazamientos, solo siete casos requirieron de silla de ruedas y tres de catre clínico entre otros insumos clínicos, como un caso con motor de aspiración por traqueotomías.

En este contexto de fragilidad social, los pacientes asumen en su mayoría una postura distinta a la mantenida en calle. Al preguntarles sobre su deseo de querer cambiar su condición, asumen abiertamente la necesidad de querer recibir ayuda externa, así como la disposición interna de querer salir de la condición de calle, pues perciben durante la hospitalización sus propias limitaciones físicas y/o psicológicas. Por lo que la mayoría de los casos, equivalente al 89% de la muestra (24 casos) manifestó intención de salir de la condición de calle, aspecto muy relevante ya denota la intención de estos a cambiar su situación, escenario que releva la importancia del rol de las redes de apoyo.

Durante la hospitalización, surgen entonces nuevas necesidades tanto afectivas como económicas. La mayoría luego de un proceso de hospitalización requiere realizar un proceso de rehabilitación de adicciones -reconocida como una de sus principales obstáculos de crecimiento personal-, además refieren al ámbito del trabajo como uno de sus principales objetivos hacia una reinserción social una vez terminado su proceso de salud enfermedad, verbalizando intención de querer voluntariamente ingresar a centros de rehabilitación y/o reinsertarse laboralmente.

Pese a que se evidenció escasez de proyección concreta hacia el futuro, la mayoría respondió que su proyecto ideal al salir del Hospital era la re vinculación con su familia y reinsertarse laboralmente, manifestando como necesidad sentida, el recibir por parte del estado apoyo para una solución habitacional, por medio de subsidio o asignación directa para arriendo.

En el caso de los pacientes secuestrados, se evidencia la necesidad imperiosa de contar con pensiones de invalidez, todas alternativas económicas, para resolver la necesidad de obtener un refugio u hogar de acogida.

5.2 Destino de egreso de los pacientes y las redes de apoyo y programas que se utilizan.

Se evidencia que estos pacientes no cuentan con red familiar de apoyo familiar y en muchos casos esta es inconsistente. Desgastados los vínculos, muchas veces por el propio contexto de consumo que poseen algunos de estos pacientes, debido a la desesperanza aprendida.

Más de la mitad de los entrevistados, 59%, reportó no contar con red de apoyo familiar presente y un 56 % declara que el único apoyo que reciben es de instituciones externas públicas y/o privadas principalmente de carácter religioso, las cuales les aportan elementos básicos de sobrevivencia como vestuario y alimentación.

El 67% de ellos no contaba con ninguna lugar de egreso al alta, que contara con las condiciones mínimas de habitabilidad acorde a su estado de salud, siendo esta una de las mayores necesidades de factor de estrés para los pacientes.

Por lo anterior, el lugar de egreso fue diverso, siendo la acogida familiar y los centros de rehabilitación los predominantes. En ambos casos la Intervención de Trabajo Social, fue fundamental para concretar dichas posibilidades de reinsertión social, como uno de los objetivos fundamental del Trabajo Social.

Especialmente en los casos que perdieron su capacidad total o parcial de autonomía, asumen la necesidad primaria de un lugar adecuado de egreso al momento del alta médica, encontrándose conscientes que luego de la hospitalización, la calle no es un lugar apto para su sobrevivencia.

Es por esto que durante la hospitalización cuando se carece de red familiar, son principalmente algunos voluntariados internos del hospital o externos de corte cristiano/evangélico, quienes generalmente los visitan y asisten en los hospitales.

En este escenario donde confluye situación de calle y discapacidad, el paciente hospitalario queda al margen de los dispositivos de apoyo de la red calle, ya que las instituciones de beneficencia y/o gubernamentales disponibles, no logran solventar la demanda, por las características particulares de estos pacientes, ya que se entrecruza no solo la condición de calle, sino que también se suma la falta de autonomía con limitaciones leves a moderadas.

Sin la ayuda de estas instituciones, que previo al ingreso sostenían su sobrevivencia en calle y la evidente carencia de red de apoyo familiar, estos pacientes quedan en estado de absoluto abandono en los hospitales públicos de nuestro país. La mayoría de los casos una vez terminados sus tratamientos médicos se configuran para las estadísticas de salud pública como casos socios sanitarios.

5.3 Metodologías de intervención, técnicas y acciones profesionales del Servicio Social.

En relación a la metodologías utilizadas por las Trabajadoras Sociales con usuarios en situación de calle, destacan la atención en crisis, por lo agudo de la enfermedad y el alto grado de vulnerabilidad del paciente, así como el modelo asistencial debido a las múltiples carencia con las que ingresan, que movilizan al Profesional a ejercer acciones básicas como, gestión de redes intra y extra red para obtención de identidad, cedula de identidad y adquisición de vestuario, acciones que parecen básicas, pero que son parte esencial para iniciar un proceso de reinsertión trasversal, que les permita acceder a los beneficios básicos de seguridad social disponibles.

En relación a los aspectos facilitadores prevalece el trabajo interdisciplinario entre los equipos clínicos y las unidades de apoyo (Enfermeras, Matronas, Médicos, Psicólogos, Técnicos de enfermería, Trabajadoras Sociales, etc.). Se observaron que en equipos donde existía mayor participación del Trabajador Social prevalecía una mayor sensibilidad respecto las problemáticas sociales de estos pacientes dadas las experiencias y acercamiento de los a esta realidad, lo que propicia resultados más efectivos y eficientes.

La mayor sensibilidad en torno a la problemática, se ha ido desarrollando en el último tiempo, a partir de los censos y noticieros, ha contribuido a la generación de mayor conciencia social en todos los niveles jerárquicos hospitalarios.

A su vez el mayor interés profesional y levantamiento de información a niveles centrales,

respecto la intervención con personas en condición de calle, ha facilitado la intervención social con dichos usuarios.

Fundamental ha sido el apoyo de programas gubernamentales como noche digna e instituciones no gubernamentales y los voluntariados existentes, los cuales llevan la temática como bandera de lucha desde la perspectiva de sujeto de derechos, fomentando la educación de los profesionales vinculantes.

Sin duda, el mejor facilitador, radica en el interés y motivación que tenga el paciente en relación a recibir ayuda externa para generar mejoras en su calidad de vida, así como los propios recursos humanos con los que este cuenta y capacidad de autonomía; en este sentido es fundamental la prevención del deterioro de esta población.

En relación a los obstaculizadores se identifica el rechazo del propio paciente a la intervención social por su carencia de conciencia de enfermedad y falta de motivación para adherir a tratamientos.

Otro obstaculizador, que en la mayoría de los casos se encuentra presente es la falta de red de apoyo familiar, debido principalmente al desgaste familiar y desesperanza aprendida frente a la posibilidad del cambio del paciente.

La carencia de una política pública que aborde la temática de las personas de calle en estado de enfermedad, tal como se ha señalado anteriormente es evidente que uno de los principales obstaculizadores a la intervención social.

5.4 Valoración, presencia de dilemas éticos y desafíos que enfrentan los trabajadores Sociales.

Para la Unidad de Servicio Social, el paciente de calle, es sujeto de atención prioritario, considerado según la definición del propio MINSAL como el usuario de más alto riesgo socio sanitario.

Por lo anterior el espíritu del trabajo que se realiza a interior de la unidad, apunta a considerarlos como sujetos de derechos, cumpliendo un rol fundamental el Trabajador Social al interior del equipo, contribuyendo a una mayor sensibilización y comprensión social sobre la problemática.

Uno de los principales dilemas éticos, es respetar a estos pacientes como sujetos de derechos, resguardando su capacidad de autodeterminación y al mismo tiempo no dejar de protegerlos, ya que muchos de ellos por su estado de vulnerabilidad clínica, no se encuentran



en condiciones de tomar decisiones por sus propios medios.

Otro dilema ético dice relación con la escasez de lugares de egreso y la necesidad del sistema para evacuar pacientes al momento del alta, por lo que muchas veces se opta por egresos a dispositivos que no siempre cuentan con las condiciones óptimas que requieren estos usuarios para la continuidad de su atención.

6. CONCLUSIONES

Luego de aplicados los instrumentos de producción de datos y entrevistas con expertos en el área, este estudio concluye la importancia de levantar un dispositivo que otorgue a los usuarios de calle un lugar de atención para cuidados post hospitalarios, para lo cual se hace imprescindible una política pública intersectorial entre diferentes actores como MIDESO MINSAL entre otros que absorba estas demandas mediante una respuesta residencial donde se considere, a diferencias de los ya existentes, la condición de calle, sumado al factor discapacidad, ya sea esta transitoria o permanente.

Esta instancia debiese contar entre otras características con el recurso humano capacitado e instruido en esta problemática, considerado que el presencia aquí es fundamental del Trabajo Social por su experiencia en el tema, para paralelamente realizar un trabajo profesional con las familias de estos usuarios, mediante intervenciones efectivas que faciliten su reubicación familiar y laboral, una

vez finalizados los tratamientos post hospitalarios, así como la potenciación y fortalecimiento de sus capacidades de gestionar sus propios recursos humanos.

La creación de un centro de cuidados post hospitalarios desde este punto de vista contribuiría a tres grandes objetivos, la descongestión de camas hospitalarias a nivel central, asegurar atención adecuada de estos pacientes y lo más relevante favorecer su proceso de reinserción social.

Cabe destacar que a partir de la socialización de los datos del presente estudio, se constituyeron mesas de trabajo intersectorial, entre la unidad de Servicio Social, la Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Sur y el Ministerio de Desarrollo Social, en las cuales trabajamos para poder generar un dispositivo de egreso post hospitalario, comprometiéndose colaboración mutua para la obtención de autorizaciones pertinentes y recursos financieros y humanos a un mediano o largo plazo.

7. REFERENCIAS

- Arellano S. (2012). Presentación resultados segundo Catastro Personas en situación de calle. Ministerio de desarrollo Social. http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/plancalle/docs/En_Chile_Todos_Contamos.pdf
- Barros, de Los Ríos, Torche. (1996). "Lecturas sobre exclusión Social" Edición OIT.
- Capellini, Cohen, Wolochin, Escobar. (2012). Internación de pacientes en situación de calle: estrategias de intervención desde el trabajo social. *Revistas Margen* N° 67. Buenos aires.
- Castel R. (2004). *Las trampas de la exclusión. Trabajo y utilidad social.* Edición Buenos Aires.
- De los Ríos, D. (1999). *Exclusión social y política social en OIT. Exclusión social en el mercado del trabajo. El caso de Chile.* Edición OIT.
- Gobierno de Chile (2012). *En Chile todos* contamos, segundo Catastro Nacional de personas en situación de calle. Ministerio de desarrollo social.
- Gobierno de Chile (2005). *Habitando la calle, primer Catastro Nacional de personas en situación de calle.* Ministerio de Planificación Social.
- Hernández, Collao y Lusio. (2006). "Metodología de la investigación". McGraw-Hill. México 4ª Edición.
- Hogar de Cristo. (2003). Documento de trabajo. Programa acogida. Santiago. Hogar de Cristo. http://www.hogardecristo.cl/wpcontent/files_mf/1453483254Memoria2014_8MG.pdf
- Lasic S. y Hirsch N. (2005). *Revista ¿Qué respuesta se les da a las personas que viven en la calle?* Argentina. <http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/23.pdf>
- Márquez E. y Rojas N. (2006). *Reflexiones acerca de las personas en situación de calle,* Santiago de Chile. <http://www.redcalle.cl/descripdecla.asp?ImageID=299>
- Ministerio de planificación, Gobierno de Chile. (2002). *Síntesis de los principales enfoques, métodos y estrategias para la superación de la pobreza.* Gobierno de Chile
- Programas Calle (2010). *Gobierno de Chile.* www.chilesolidario.gob.cl/programa_calle. Gobierno de Chile
- Trabajo con personas en situación de calle. (2010). *Panorama y propuestas para el trabajo con personas en situación de calle.* <http://www.redcalle.cl/descripdecla.asp?ImageID=303>
- Valerio J. (2006). "Las representaciones Sociales de la calidad de vida en personas en situación de calle". Universidad de Chile. Santiago.
- Zulueta, Sebastián (2008) "Políticas públicas y privadas para personas en situación de calle", *Revista Trabajo Social [PUC]*, 75, 27-35.

