

CRONIFICACIÓN DE LA EXCLUSIÓN.

Vulnerabilidad social, cronificación de pacientes internados El caso del Hospital "Evita"

Lic. Sandra Castelitti

Resumen/Abstract.- Palabras-Clave.

RESUMEN

El presente trabajo da cuenta de la situación de exclusión social en tanto pérdida paulatina de sostenes de protección de personas mayores de 60 años, internadas en el Hospital General de Agudos "Evita", un nosocomio del partido de Lanús, por los cuales se solicitó interconsulta¹ al Servicio Social durante los años 2000 y 2009.

La hospitalización, instancia asociado a la enfermedad desafía la integridad somática, mental y social aumentando la vulnerabilidad social de aquellos individuos que ya viven fenómenos de exclusión.

La población elegida para este trabajo está constituida por sujetos cuya evolución mórbida o situación socio/familiar los instalan en la categoría de crónicos o potencialmente cronificables, con internaciones prolongadas y que hacen del hospital una instancia asilar en tanto alojamiento prolongado.

Ahora bien, podemos analizar la cronicidad sin tomar en consideración las condiciones de vida de la persona y el contexto en el cual ocurre?

La eclosión de la crisis económica del año 2001 tiene su impacto entre otras instancias en la salud de la población, en este caso particular los adultos mayores. Frente a la situación de desprotección y de invisibilidad de este grupo etéreo aparece el Estado y la implementación de políticas públicas sociales. En el año 2009 casi una década del

¹ La interconsulta consiste en la comunicación entre 2(dos) o más personas con diferentes áreas de experiencia. Fundada en la necesidad de un diagnóstico o terapéutica de mayor complejidad, también puede ser a solicitud del paciente o la familia. (Novas-Machado, 2005)

quiebre económico-institucional y social, nos preguntamos si el atravesamiento de las políticas sociales para adultos mayores ha modificado la realidad de la población seleccionada para este trabajo.

La descripción y análisis de las características sanitarias de la población, la situación familiar/laboral/protección social, tiene la intención de mostrar ausencia, continuidad y/o ruptura en relación a las políticas sociales dirigidas a los adultos mayores a partir de la mitad de la década de los 90, la transición epidemiológica y la situación socio-familiar en ambos periodos.

Conceptos claves: crónicos, estancia hospitalaria, familia, exclusión social, políticas sociales, vulnerabilidad social, enfermedades crónicas.

Cambios epidemiológicos y demográficos, nuevos desafíos para la salud pública

Las construcciones, el entretrejo cotidiano y las labilidades de los sujetos sociales se ponen en evidencia al tomar contacto con la institución de salud, debilitados por su estado de enfermedad. La hospitalización acrecienta el impacto de los factores sociales que tornan vulnerable la vida humana a partir del proceso mórbido en la internación.

Hombres y mujeres muestran al ingreso hospitalario síntomas físicos que orientan un diagnóstico y que definen una internación. O tan solo aquellos que traen consigo síntomas de desgaste por las fisuras que producen las carencias o aquellos con los signos de la exclusión social en el cuerpo, que aun sin tener criterio médico se evalúa su hospitalización por "cuestiones sociales"².

No todas las personas transitan la vejez en iguales condiciones. Un aspecto entre otros que marca diferencias, está relacionado a las manifestaciones de la cuestión social, quienes son alcanzados por la protección y seguridad social, las redes de protección cercana, el acceso a los recursos entre otros. Los menos favorecidos transitan el proceso de envejecimiento en un contexto de pobreza y de recursos limitados. Algunos, los pobres de siempre (aquellos pertenecientes a la pobreza estructural) y los otros que dado la vertiginosa transformación socio-económico de las últimas décadas, ven afectado su calidad de vida, llamados los nuevos pobres.

² Para el discurso médico "las razones sociales" refieren a la ausencia de vivienda, situación de calle, mendicidad, o situaciones de desamparo que arriban a la decisión de internación.

En relación a las posibilidades de la construcción de redes sociales, las mismas dependen de una multiplicidad de factores. La oferta de los apoyos sociales formales obedece a la existencia de recursos acorde a las necesidades de los sujetos, y los informales al capital social en este caso del adulto mayor.

La inexistencia o precariedad de estos elementos condicionará la calidad de vida de las personas afectadas por alguna discapacidad o afectadas por una enfermedad crónica.

El paciente crónico, su relación con la vejez

El fenómeno de internaciones crónicas en los hospitales públicos para patologías agudas, se problematiza cuando esa población conforma el grupo de los adultos mayores con particulares características sociales, económicas, familiares, laborales, de vínculos, que ahondan o generan situaciones de mayor vulnerabilidad.

Vulnerabilidad en tanto expresión universal de la condición humana que se experimenta en un contexto histórico y cultural según condiciones psicosociales y físicas determinadas.

El concepto de cronicidad, (Almendolaro R. pp3. 2012) es concebido como un elemento constitutivo de determinados diagnósticos, entre otros en salud mental, y habla de un progresivo deterioro subjetivo de la persona o de la existencia de síntomas residuales que van a condicionar la vida de esa persona.

La enfermedad crónica se define como un proceso incurable con una gran carga social desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia e incapacitación. La pobreza es el determinante clave.

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos sociales de mayor impacto en este siglo. El incremento en la esperanza de vida implica alteraciones en los perfiles epidemiológicos. En los próximos años crecerá la demanda de cuidados de salud y adquirirá mayor peso las enfermedades crónico-degenerativas e incapacidades.

La transición epidemiológica (Omram, 1997) da cuenta de esta dinámica es decir de un cambio de las causas de defunción a través del tiempo, desencadenando en una menor incidencia de las enfermedades infecciosas y parasitarias y un aumento de las enfermedades crónicas, degenerativas y otras por causas externas.

Aparecen con mayor recurrencia las patologías físicas y mentales, diluyéndose cada vez más la frontera entre lo que es estrictamente social y lo estrictamente sanitario.

Tiempos de cambios

La Institución hospitalaria se enfrenta a las manifestaciones de una "nueva cuestión social" (Castel,R 1997) que pone en tela de juicio la capacidad de respuesta de políticas sociales, entre ellas las correspondientes a la tercera edad, construidas a lo largo de los siglos XIX y XX.

Desde el año 2009, el nosocomio ha experimentado un cambio en el perfil de la demanda debido a la incorporación de beneficiarios del INSSJyP y de su Programa Médico Integral (PAMI). La solicitud de atención y las internaciones de personas mayores de edad ha aumentado considerablemente, así como la atención de patologías propias de la edad avanzada con las consecuentes discapacidades y cronicidad. Es decir el perfil de atención hospitalaria está cambiando. Por lo que esta problemática se está presentando con mayor frecuencia, interpelando la necesidad de buscar diversidad de alternativas y estrategias de acción, respecto a los egresos y las estancias. Cuando se fusionan exclusión social y vejez, en una institución pública de salud se impone el problema referido a las intervenciones en tanto el reconocimiento discursivo de los aspectos sociales y al mismo tiempo su negación, y por ende su incompreensión en la práctica, resultando intervenciones unidisciplinarias, procesos de trabajo fragmentados y reduccionismo (Bialakowsky, A. y otros, 2003)

"La intervención implica temporalidad en cuanto a que se da en un contexto que posee historicidad". No se puede partir de un análisis de la modalidad de intervención sin ver y entender primero el tipo de políticas sociales que conforman el contexto socio-económico en el cual está inserta la institución y desde la cual intervienen los profesionales de salud (Carballeda, A. 1996 pp. 58)

La adecuación de la estancia hospitalaria y la identificación de las causas que determinan las permanencias innecesarias, son instrumentos que posibilitan la optimización de los recursos existentes. Disminuir la utilización inapropiada del recurso cama es importante para mejorar la eficiencia hospitalaria, mejorando la calidad de la atención.

La inadecuación de los hospitales públicos como proveedores de cuidados de larga duración

El Hospital "Evita", identidad y perspectiva. El ayer y el hoy.... ¿Algo en común?

El Hospital "Evita", depende del Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As. Se trata de un nosocomio interzonal de agudos, emplazado en el primer cordón del conurbano bonaerense, ubicado el partido de Lanús. La institución tiene un nivel de complejidad VIII³ y posee 306 camas de internación.

La misión de la institución está definida por brindar asistencia gratuita de mediana y alta complejidad, a la población que padece patologías agudas, ya sea que se encuentre internada en el Hospital o que concurra al mismo de modo ambulatorio.

Respecto a la visión, el hospital persigue la atención masiva de la comunidad con mejora continua de la calidad de manera gratuita, solidaria y participativa.

El hospital público se ha constituido "el pico del embudo" (Llovet, 1985) de todo el sistema salud, donde han convergido los desvinculados del mercado y de las obras sociales con los usuarios de siempre. El hospital continúa siendo el principal efector del sistema de salud aun con serios problemas de accesibilidad, reforzando la tendencia de buscar atención sanitaria cuando se ha llegado a un momento crítico.

Promediando la década de 1990 el Hospital "Evita" contaba con una sala de internación espacialmente separada del resto de las salas en la cual eran "depositadas" aquellas personas "internadas por causas sociales". Viejos, sucios, indigentes, adelgazados, vagabundos, muy pobres, eran algunas de las características que los perfilaban bajo la categoría de "sociales".

La palabra depósito no la utilizo aquí como una metáfora sino literalmente. Las personas "allí ubicadas", no eran receptores de la atención médica, estaban invisibilizados permaneciendo incorpóreos por días y días, hasta en algunos casos el fallecimiento.

³ Los hospitales provinciales tienen una numeración que va de 1 a 8 de acuerdo al nivel de complejidad y tecnología que posean para brindar atención a sus pacientes. NIVEL 8: Amplia gama de especialidades médicas y quirúrgicas apoyadas por servicios auxiliares de gran complejidad, que incluyen servicios como radioterapia, medicina nuclear y terapia intensiva. El espectro de especialidades que cubre le permite resolver por sí mismo la mayor parte de los problemas médicos

Sujetos sin nombres, sin palabras, sin demandas, sin quejas, sin derechos a recibir atención adecuada. Ser "paciente social" los disgregaba de la necesidad, y del padecimiento.

Una década después, y transitando un proceso institucional, la mirada del equipo de salud en relación a la presencia de personas con historias de vida, con nombre, con un cuerpo y con palabra, se imponen en principio espacialmente integrados al sector de internaciones, aunque con salas informalmente destinadas para ellos, para "los sociales", siendo una reproducción del modelo de exclusión dentro del ámbito hospitalario, localizando a determinados pacientes en áreas específicas. Pero ahí están, más cerca, obstaculizando el paso, más nombrados, siendo mirados y mencionados al menos por efecto del sentido del olfato.

Desde el Servicio Social este proceso se inicia con la creación del equipo de interconsulta que surge ante la necesidad de ordenar las demandas de intervención frente a las consultas del equipo médico y de, entre otros objetivos, socializar junto al equipo de salud el reconocimiento dentro del proceso salud-enfermedad de las implicancias del modelo de exclusión, así como los valores antropológicos de la cultura de la pobreza.

Por tanto, como hace un siglo atrás se impone la necesidad de implementar instrumentos presentados por la Gerontología frente a una realidad que día a día se vivencia en la institución hospitalaria, donde el equipo de salud y los sujetos que demandan satisfacer el derecho a la salud, se conjugan en un sistema sanitario que debe diversificarse en funciones muy distintas respecto de la especificidad para el que fue creado.

Por qué hablamos del uso inadecuado de las camas?

La permanencia y prolongación de internaciones en personas con alta médica, se ha instalado como preocupación y tema de agenda en los hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires.

La población hospitalaria denominada "pacientes sociales o crónicos" puede ser definida como personas que por alteraciones en su plano social adquieren enfermedades orgánicas, impidiendo por la estrecha interacción de ambas alcanzar el pleno estado de salud

Algunos de ellos son internadas compulsiva e indefinidamente por el Poder Judicial pero que luego se desentiende de formular una verdadera instancia de resolución

definitiva, delegando por omisión dicha acción, en el Hospital/Ministerio de Salud. En la práctica nos encontramos con incongruencias de criterios en la intervención interministerial (Salud, Desarrollo social, Judicial), endilgar entre sí responsabilidades que les son propias. Otros ingresan por el servicio de guardia con patologías que requieren internación pero que superada esta instancia permanecen en la institución por diferentes causas. Este retardo en el egreso y su reinserción social produce un perjuicio para sí y la comunidad.

El hospital como instancia asilar... ¿Una estrategia del sujeto o la única opción?

Una persona adquiere características de cronicidad cuando la institución pasa a cumplir un lugar de hospedaje para éste, dada la falta de soportes externos que permitan su restitución al espacio social del cual era originario.

Un artículo publicado en la Revista Investigación en Salud (2002 Vol. 5 número 1 y 2) hace referencia a las nuevas y viejas formas de cronicidad en salud mental y donde se presume que las internaciones crónicas separa definitivamente al sujeto del espacio social público; se debería poder detectar las trayectorias sociales de estos sujetos, o situaciones que pongan al descubierto previos procesos de exclusión social que tengan la fuerza de erosión de vínculos y soportes suficientes como para conducirlos al espacio privado de la institución y ya no restituirlos al espacio público extramuros.

Frente a la restructuración del aparato reproductivo, la precarización del mercado de trabajo acompaña un deterioro de los soportes relacionales que aseguran una protección próxima. La inserción de un individuo depende al mismo tiempo de su inscripción en la familia y en una red relacional más amplia. Se fragiliza la estructura familiar y esta va frecuentemente aparejada a situaciones de deterioro de las redes de sociabilidad. Podemos pensar en pluricausalidad cuando se caracteriza a los "pacientes sociales" pero podría tener más sentido realizar un corte transversal en el proceso que abrió alrededor de ellos un vacío social.

¿Qué ocurre en el sujeto cuando el hospital se constituye en una instancia asilar?

- Pérdida de lazos y roles sociales
- Pérdida de sentimiento de pertenencia

- Hospitalismo⁴
- Aislamiento social
- Deterioro del estado general/compromiso en la nutrición
- Se interpela el rol de las redes sociales
- Dificultades en la reinserción social

¿y en la institución ?:

- Surgen las intervenciones unidisciplinarias y procesos de trabajo fragmentados
- Re-negación de la condición de paciente
- Valoraciones de costo-beneficio

“Y... no sé que tengo” (Álvarez Pedrosian ,2009, Pág. 195) es el enunciado preferido por adultos mayores y desvalidos internados por largo tiempo y adaptados a la vida dentro del hospital, y que sintetiza el rol del diagnóstico como faro que direcciona sus acciones, como discurso que da sentido para el cual la situación se torna evidente. Cuando este falta (el diagnóstico), más allá de la posibilidad de la existencia de varios y contradictorios, no se sabe que esperar, saber y hacer; y si se está internado y afuera no se tiene más que un capital social mínimo, el hospital se convierte en un lugar para quedarse a vivir.

El siguiente cuadro da cuenta de los efectos y las causas de la prolongación de la estancia hospitalaria, presentado en forma grafica.

PROBLEMA DE FONDO	MANIFESTACIONES Factores indirectos	FLUJOS (EFECTOS) (*)
-Agotamiento o inexistencia de instituciones de derivación	- Alargamiento de la estancia hospitalaria	-Hospitalismo -Fallecimiento del paciente -Agravamiento del estado general.
-Internaciones compulsivas e indefinidas por el poder judicial	- Caos normativo institucional - Quite de colaboración de enfermería	-Asignación al servicio social del poder de resolución del alta
-Inexistencia de una política social integradora para y con la tercera edad	- Complejización de las estrategias al momento del alta médica	- Complejización en la red de resolución

⁴ Término referido a aquellas conductas que manifiestan los individuos a partir de la permanencia continuada en instituciones ,caracterizada por: apatía, falta de iniciativa, pérdida del interés, sumisión, falta de expresión de sentimientos, incapacidad para planificar, deterioro de los hábitos personales, pérdida de la individualidad y aceptación resignada de la realidad (Spitz R 1945)

-Modelo médico hegemónico	-Obstaculiza el interdisciplinar - Atención deshumanizante	-Definición ambigua de "paciente" (social, crónico) - Atención disgregada del paciente - Invisibilización
Marco teórico/ideológico institucional deshumanizante	-Invisibilización del paciente crónico - Etiquetamiento	-Se toman como "naturales" el estado de desvalimiento

¿Sujetos de derechos⁵ o merecedores de derechos?

Autores tales como Isuani-Tenti Fanfani.1989; Duschatzky G .2000; Ludi, M.C. 2005; Hintze, S. 2006, analizan críticamente las políticas sociales en Argentina, en tanto su implementación, impacto sobre el bienestar de la población, los síntomas de fragmentación, la universalización vs. focalización, grado de eficacia, generando un amplio debate sobre las mismas.

En referencia a las políticas sociales que involucra a adultos mayores, (Ludi, M.C. pp 20. 2005) afirma la inexistencia de tales. Las políticas sociales "aparecen" como acciones o medidas que han ido surgiendo en forma dispersa, a veces importada de países desarrollados por tanto descontextualizadas (Hintze, S. 2006).

En la Argentina, la generalidad de las personas mayores reside en áreas urbanas y al comenzar la década del 90, más del 75% de quienes tenían 65 años y más disponían de jubilaciones o pensiones (Redondo, N. 2003)

En países como la Argentina no es la vejez la que condiciona la pobreza, sino que el empobrecimiento de los mayores es el resultado de la combinación de diferentes políticas sociales que tienden a crear, intensificar o mantener la dependencia económica y la pobreza en las edades avanzadas: las políticas de empleo y de seguridad social tienen particular influencia sobre las condiciones de vida durante la vejez (Ludi, M.C.pp 63. 2005). Siguiendo el mismo concepto la autora da cuenta de la existencia de un grupo de riesgo en la población anciana en progresivo aumento, en tanto ven amenazada sus condiciones de vida y su capacidad de autonomía

⁵ El sujeto de los Derechos Humanos puede definirse como la persona o grupos de personas a las que va referida la titularidad, ejercicio y garantías de los Derechos Humanos.

Se asocia el origen de las políticas para mayores con tendencia a acciones asistenciales orientadas a una vejez vinculada a la pobreza y vulnerabilidad, expresándose en prácticas asilares (Paola, J; Samter, N; Manes, R. pp 95. 2011)

En un contexto de crisis socio-económica, las políticas sociales persiguen atender la pobreza extrema, limitando la intervención en relación a los objetivos de tiempos pasados, donde se pretendía la reducción de la incertidumbre, la distribución progresiva de los ingresos y la movilidad social, focalizando la intervención. Con el objetivo de intervenir sobre las situaciones de pobreza, las políticas públicas se focalizan durante la década 1990 en grupos sociales y biológicamente vulnerables como por ejemplo los programas de apoyo nutricional. (Hintze, S. 1997) teniendo que dar cuenta de ser "merecedores" de la asistencia.

Resultados del análisis de interconsultas al Servicio Social en los años 2000 y 2009

Durante el año 2000 el Servicio Social ha recibido 68 (sesenta y ocho) interconsultas⁶ (I.C.) de otras áreas del Hospital de las cuales, 46 (cuarenta y seis) corresponden a personas mayores de 60 años. En tanto que en el año 2009 de un total de 109 (ciento nueve) I.C, 52 (cincuenta y dos) corresponden al grupo etáreo elegido para este trabajo. Podríamos inferir que el marcado aumento de la demanda casi finalizando la década, se debe a la presencia del equipo de interconsulta y a la percepción por parte del equipo médico de la necesidad del trabajo interdisciplinario en la atención de la persona internada.

Sin embargo disminuye en un 20.3% las consultas correspondientes a personas mayores de 60 (sesenta) años, proyectándose el ingreso de personas cada vez más jóvenes con características de cronicidad.

Los siguientes datos corresponden exclusivamente a la población mayor de 60 (sesenta) años, analizados los años 2000 y 2009.

Respecto al sexo, de los 46 (cuarenta y seis) adultos mayores de 60 (sesenta) años más analizados en el año 2000, 31 (treinta y uno) son hombres y 15 (quince) mujeres, en tanto que en 2009 de las 51 (cincuenta y uno) personas internadas mayores de 60

⁶La interconsulta consiste en la comunicación entre 2 personas con diferentes áreas de experiencia. Fundada en la necesidad de un diagnóstico o terapéutica de mayor complejidad, también puede ser a solicitud del paciente o la familia. (Novas-Machado, 2005)

(sesenta) años, 39 (treinta y nueve) eran hombre y 12 (doce) mujeres. En ambos periodos se observa mayor cantidad de hombres, siendo más acentuada esa supremacía en el último período analizado.

En relación a la edad, y en comparación entre ambos periodos analizados, disminuye el número de personas entre 60(sesenta) a 79(setenta y nueve) años, observándose un alto incremento de internaciones de personas de 80(ochenta) años y más finalizando la década 1990. Tendencia en concordancia con las proyecciones mundiales respecto al alargamiento de la esperanza de vida.

Respecto a la relación entre edad y sexo, se observa durante el año 2000, un mayor número de internaciones de hombres en relación a las mujeres entre los 60 (sesenta) y 69 (sesenta y nueve) años. Esta preponderancia, en la relación hombre-mujer, se evidencia en las demás grupos etáreos

Se repite la tendencia respecto a la relación hombre-mujer, en el año 2009, siendo destacable el aumento de hombres en la franja etárea de 60 (sesenta) a 69 (sesenta y nueve) años donde cada 3 (tres) mujeres se internaban 19 (diecinueve) hombres. En relación al año 2000 se internaron tres personas mayores de 90 (noventa) años, dando cuenta del alargamiento de la esperanza de vida.

De las entrevistas realizadas a cada persona por la cual se consultó, en ambos períodos analizados, entre el 31(treinta y uno) % y 37(treinta y siete) %, refirieron no tener familia.

Entre ambos periodos analizados, se observa un incremento en el año 2009 de los beneficiarios de cobertura social, principalmente PAMI y INCLUIR SALUD (EX PROFE)⁷, infiriendo que se debe a la incorporación de cápitas de la obra social de jubilados y pensionados a la atención hospitalaria. Del mismo modo la expansión de pensiones no contributivas⁸ (a la vejez y/o discapacidad) da cuenta de las personas que poseen INCLUIR SALUD como cobertura social.

En referencia a esta variable, es destacable el aumento de pensionados y/o jubilados, en el 2009, en relación al comienzo de la década, siendo la mitad de las personas

7

Incluir Salud **NO** es una obra social, sino un programa de prestaciones médicas con una cobertura explícita definida. asegura el cumplimiento de las políticas de promoción, prevención y recuperación de la salud y el ejercicio del derecho de los afiliados a gozar de las prestaciones médicas conforme lo establecido en el Programa Médico Obligatorio (PMO) y otras leyes nacionales.

⁸ Los programas de pensiones no contributivas otorgan prestaciones en dinero con el fin de cubrir los riesgos de vejez, invalidez y muerte, es decir, tienen un carácter de asistencia social y están dirigidos a los pobres que poseen escasa capacidad contributiva o carecen de ella

entrevistas beneficiarias de una cobertura social. Disminuye el número de personas que referían desempeñarse en algún oficio y se duplican las personas con discapacidad y aumenta la cantidad de los desocupados.

En referencia a los motivos de las I.C estos van desde la necesidad de cuidados permanentes del paciente, la proximidad del egreso, el estado de gravidez, la necesidad del contacto con un familiar, la identificación del sujeto, las condiciones socio-sanitarias post-alta, las dificultades económicas para el acceso a la medicación, la falta de adherencia al tratamiento consignado, no habiendo diferencias significativas entre ambos períodos

Respecto al diagnóstico médico al momento de internación el período 2009 muestra en relación al año 2000 el aumento de ingresos de sujetos en mal estado general, las enfermedades mentales y el incremento de óbitos.

Los resultados empíricos de la descripción de ambos periodos dan cuenta de un aumento en la demanda de intervención del Servicio Social. A pesar del importante acrecentamiento de beneficiarios de algún tipo de beneficio (pensión o jubilación) el período 2009 muestra el aumento de ingresos de sujetos en mal estado general, el incremento de óbitos, la demanda de intervención al Servicio Social por cuestiones económicas, mayores patologías crónicas y discapacitantes.

Las políticas sociales anunciadas en las últimas décadas no han podido, en la práctica y en esta franja de población, mejorar la calidad de vida y la suerte a la hora de la subsistencia económica y de salud, restando posibilidades de atravesar el proceso de envejecimiento en forma satisfactoria.

¿Cuánto converge el capital individual, social, económico y los recursos institucionales frente a la internación y egreso hospitalario?

Nuevas formas de intervención

Conocer las características socio-económicas de los pacientes que permanecen internados en el hospital más allá de no tener causa para permanecer allí, podría acercarnos a explicar el fenómeno de la paulatina cronificación que opera en estas personas. Visibilizar la realidad, poner en evidencia las carencias y las situaciones de exclusión, impone al equipo de salud definir una visión crítica sobre la problemática con las cuales se interviene y sobre las alternativas que se presentan como posibles.

Conocer el perfil de estas personas nos permitiría apreciar la culminación de un proceso de pérdida paulatina de soportes externos, donde las características socio económicas del grupo podrían estar jugando un rol decisivo que explique su prolongada permanencia en la institución.

El efecto de la llamada transición epidemiológica determina que cada vez son más las personas mayores con limitaciones funcionales, cognitivas o del comportamiento que requieren no solo de atención médica especializada sino de cuidados domiciliarios ambulatorios, o institucionales, durante un periodo largo de sus vidas.

Disponer de recursos, en relación a las necesidades de asistencia de las personas adultas mayores con características de cronicidad o potencialmente cronificables, nos permite garantizar alternativas particulares de respuestas en función de la situación familiar, económica y de salud de cada sujeto.

No caben dudas que es una anomalía que sujetos permanezcan por largos períodos hospitalizados por problemas de pobreza y vivienda no resueltos

Las problemáticas sociales complejas, se caracterizan por su movilidad y permanente metamorfosis. Así en una internación en un hospital pueden surgir interrogantes, inconvenientes y urgencias que trascienden la esfera institucional del campo de la salud como también ocurre en otras instituciones como ser la escuela (Carballeda, A. 2008)

No es posible sostener la posibilidad de constitución de sujeto abstrayéndolos de su contexto, donde la dimensión socio-histórica cobra relevancia.

Por lo tanto podríamos responder a la pregunta del comienzo, afirmando que no podríamos analizar la cronicidad sin tomar en consideración las condiciones de la historia de vida, (de toda la vida) de estas personas, sin tener en cuenta las condiciones concretas de existencia, condiciones materiales y simbólicas y las relaciones vitales en las que hombres y mujeres están inmersos mas allá de su voluntad y conciencia (Ludi, M.C. 2005, pág. 107).

La complejidad de la cuestión social actual da cuenta de una serie de problemáticas y temas que se hacen inmediatamente transversales y sobrepasan la especificidad de cada institución desde su comprensión y explicación hasta el sentido de la intervención.

La población estudiada no ha podido dar signos durante la hospitalización de la existencia o efectividad de una red de interdependencia e intergeneracional, no hay contexto ni recursos que garanticen circunstancias favorables para el transcurso de la vejez. La ausencia o ineficiencia de recursos institucionales tanto intra como extrahospitalarios en bien de la calidad de atención, ha condicionado la autonomía, física y social de los sujetos hospitalizados

Podemos concluir que son multicausales las razones por las cuales personas adultas mayores que han superado las causas de internación permanecen por largo períodos residiendo en un hospital de agudos.

Estas personas padecen la exclusión principalmente de los afectos familiares, no hay a quien recurrir, la ausencia o precariedad del capital social los ha condicionado frente a la vejez y a la situación de dependencia.

Ni el Estado, ni la protección cercana (familia, vecinos y amigos) han podido garantizar la inclusión y protección de los mismos, sobreviviendo o no, por eternos días en la cama de un hospital a la espera de transitar dignamente la vejez

Bibliografía

- Álvarez Pedrosian, Salud y subjetividad en la internación hospitalaria (una presentación de "los estrategas de Maciel) GSIC UDELAR Montevideo 2009
 - Bialakowski, J, Grima, J, Rosendo E, Xiques, M, y Haimovici, N (2001) Ponencia "clases y conflicto: procesos sociales de trabajo en Instituciones y núcleos Urbanos segregados
 - Carballada, A. Jornadas Análisis de la Intervención Profesional" Módulo 1. Cinap. UBA 2001
 - Castel, R. La metamorfosis de la cuestión Social. Editorial Paidós. 1ª reimpresión. Buenos Aires. Capítulos 1,2, y 6. 2004
 - Castel, R. La dinámica de los procesos de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión En Revista Topía, Año 1, Nº II.1991
 - Duschastzky, S (compiladora), Tutelados y Asistidos, 1ra. Edición, Bs As, Editorial Paidós.2008
 - Gascón, S. Vejez y Pobreza en Argentina, La visión de las personas de edad. 1RA. Edición, Bs As- ISALUD 2007
 - Hintze, S. Políticas Sociales en el cambio: Conjeturas sobre lo posible- 1ra. Edición, Bs As- Editorial Espacio, 2006
 - Huenchuán, S CEPAL - Serie Población y desarrollo Nº 100 La protección de la salud en el marco de la dinámica demográfica y los derechos. 2011
- Ludi, M. del C., Envejecer en un contexto de (des)protección social: claves problemáticas para pensar la intervención social- Bs As, Editorial Espacio, 2005

- OMS. Centro de Prensa, El Derecho a la Salud. Nota descriptiva N°323 Agosto de 2007

- Paola J; Samter N;Manes R, Trabajo Social en el campo gerontológico : Aportes a los ejes de un debate, Editorial Espacio, 2011

- Redondo Nélica, Envejecimiento y pobreza en la Argentina al finalizar una década de reformas en la relación entre Estado y sociedad. Universidad Católica Argentina.
Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas Participación, Ciudadanía e Inclusión Social, 51 Congreso Internacional de Americanistas. Santiago de Chile 14 al 18 de julio de 2003