



Diplomatura en Gestión y Epidemiología

Instituto de la Salud "Juan Lazarte"

Investiga Más

CapacitaSalud

Cohorte: 2016

Fecha de entrega: 7 de agosto 2017

Estudiante: Patricia Ramírez

Autores: Equipo de profesionales y estudiantes de la Unidad de Atención Primaria de la Salud Itinerante (UAPSI)

- Adriana Defacci
- Guillermo Funes
- Patricia Ramírez
- Natalia Vidal
- Vanesa Iparraguire
- Emir Sapag
- Victoria Amadeo
- Mayra Rizzato
- Valentina Aluatti
- María Fernanda Ayala

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene la intención de aportar un análisis de la situación de salud-enfermedad-cuidado de la población (ASIS), al Proyecto de Extensión de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo (FCM-UNCuyo): ***Recuperando el derecho al acceso al Sistema de salud de hombres y mujeres en situación de calle en el Gran Mendoza***, iniciado en el año 2014 con actividades docentes de extensión en territorio hasta la actualidad, con el funcionamiento de un espacio físico llamado ***Unidad de Atención Primaria de la Salud Itinerante*** (UAPSI), con el sencillo propósito de ayudar a fortalecer los argumentos para el crecimiento y continuidad de los recursos y acciones realizadas.

IDENTIFICACIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

La recuperación de las personas en situación de calle es un desafío constante para los gobiernos del mundo. Mendoza tiene un registro estimado a febrero del año 2013 de 4000 mujeres y hombres en este escenario. Estar en situación de calle implica para cualquier persona una instancia de exclusión total y extrema indigencia, esto es carecer de un lugar de residencia, la ausencia de vínculos con personas significativas (familia, amigos, redes personales), la pérdida de identidad como ciudadano y por lo tanto el acceso a derechos mínimos. La compleja dialéctica que lleva a construir la identidad social de una persona involucra a la sociedad en su conjunto, quien le exige contar con una identificación para ser titular de derechos.

Entre las carencias más significativas que a estas personas los deja en los límites de la sociedad se encuentra la falta de documentos (DNI) y por lo tanto el no acceso a cualquier efector público. La privación total de derechos queda sujeta a algo tan simple como contar con un documento que lo identifique como ciudadano. En este contexto el acceso a la salud se ve imposibilitado siendo parte esencial la preservación de la misma para poder desarrollarse plenamente en sociedad.

Los problemas de salud son variados: adicciones, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades respiratorias como consecuencia de estar expuestos a bajas temperaturas, enfermedades crónicas no controladas adecuadamente. Estas situaciones producen efectos directos en este grupo de personas disminuyendo su esperanza y calidad de vida, agravando aún más su situación de exclusión social.

Al momento de acceder al sistema de salud, estas personas suelen encontrarse con diversas barreras, algunas personales, relacionadas con las distintas concepciones y percepciones de la propia salud, y otras externas, como barreras administrativas en cuanto al funcionamiento del sistema sanitario, barreras lingüísticas, culturales, entre otras. Sumada a la discriminación que suelen sufrir por parte del personal de salud, que lleva de una manera u otra a invisibilizar la situación de extrema privación de este grupo, aislándolos aún más.

Se considera a la estrategia de Atención Primaria de la Salud como la instancia asistencial sanitaria clave para afrontar significativamente las problemáticas suscitadas en las personas de situación de calle. En la medida que la misma se orienta a resolver y canalizar los principales problemas de salud de la comunidad, prestando

servicios de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver estos problemas. En este sentido, se destaca la importancia de articular y potenciar la participación de todos los actores sociales e institucionales implicados en la problemática.

La utilización de la red de servicios de salud por las personas en situación de calle, se basa en la captación en por parte de los estudiantes de la carrera de medicina y en la consulta a la UAPSI para resolver sus problemas de salud. Con respecto a los controles de salud se realizan operativos bimestrales interdisciplinarios en colaboración de la FCM-UNCuyo, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Mendoza, Posgrado de Salud Social y Comunitaria (PSSyC), Programas Preventivos, Iglesia La Merced y distintas Organizaciones Sociales. La atención se caracteriza por ser integral donde el objeto de saber es complejo en sí mismo ya que aborda el proceso salud-enfermedad-cuidado del paciente, y es ampliado porque tiene en cuenta su entorno característico de vivir en la calle, por lo que las prácticas disciplinares se amplían más allá de la clínica asistencial, para practicar la Clínica del Sujeto reformulada y ampliada. Constituye una mezcla de actividades políticas, gerenciales, educativas, preventivas, de promoción y asistencia a la salud.

Problema de salud-enfermedad-atención-cuidado que interesa a estudiantes y docentes del Curso de APS es la falta de acceso a los servicios de salud de la población en situación de calle, el abordaje del proceso salud-enfermedad-cuidado y la aplicación de las actividades preventivas por el equipo de salud que participa en la UAPSI.

CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN DEL PROBLEMA

- a. **Magnitud:** Existen alrededor de 300 personas en situación de calle en el Gran Mendoza y, según relatan las organizaciones sociales, este número se viene incrementando paulatinamente. No sólo implica el hecho de no contar con un hogar, sino que además conlleva un proceso de deterioro de la persona como ser biopsicosocial, despojado de gran parte de sus derechos como ciudadanos, entre ellos el derecho al acceso al sistema de salud con serias dificultades por discriminación.
- b. **Gravedad:** La condición de exclusión social que presentan las personas en situación de calle repercute directamente en la salud de las mismas, exponiéndolas constantemente a situaciones de riesgo.
- c. **Vulnerabilidad:** A través de acciones articuladas entre distintos actores (Ministerio, Universidad, OSC) se puede contribuir a la recuperación del derecho al acceso a la salud de hombres y mujeres en situación de calle.
- d. **Viabilidad:** Se considera viable el abordaje de esta problemática, ya que se cuenta con el compromiso de diferentes actores implicados en la misma.

- e. **Costo-Beneficio:** El costo de un trabajo articulado entre diferentes actores es mínimo en relación a la mejora de la calidad de vida de este grupo de población. Por otra parte, se contaría con recursos que provienen de programas nacionales como los de Equipos de Primer Nivel (Ex Programa Médicos Comunitarios) y donaciones y voluntarios de las OSC.
- f. **Sinergia:** Mediante el trabajo desde lo sanitario, se podrán abordar además problemáticas de índole social y económica, pudiendo contribuir a disminuir la situación de exclusión social en el que se encuentran este grupo de personas.

POSIBLES DETERMINANTES SOCIALES DEL PROBLEMA:

Las personas que pernoctan en las calles y plazas del gran Mendoza son captadas por estudiantes y docentes de la FCM-UNCuyo en compañía de referentes de organizaciones sociales durante la entrega de una vianda en el horario de la cena, donde se los escucha en sus necesidades y son invitados a concurrir a la UAPSI. La misma trabaja desde una perspectiva de Derechos Humanos y está basada en el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud para dar una respuesta coherente en forma Interdisciplinaria y pretende tener una visión holística del proceso salud-enfermedad-atención. Para esto resulta fundamental la participación comunitaria. Las personas que concurren son en la mayoría adultos jóvenes, adultos mayores y ancianos que viven en situación de calle, duermen a la intemperie o pasan la mayor parte del día viviendo en la calle y en la noche pueden estar bajo techo. A las personas de nuestra provincia se agregan trabajadores golondrinas por las distintas épocas de cosecha, que provienen la mayoría de las provincias del noroeste de nuestro país y de países limítrofes como Bolivia y Perú.

En el año 2017 se han sumado personas ex convictas, del penal que se encuentra en la zona céntrica de Mendoza, que a través de la comunicación informal han tomado conocimiento de la UAPSI y se dirigen allí para resolver problemas sociales que no son contenidos por las autoridades responsables del Ministerio de seguridad al momento de su libertad, generando situaciones conflictivas con la comunidad de situación de calle.

Teniendo en cuenta que la diversidad es la diferencia cultural, de género y de etnia que existe entre grupos poblacionales deben ser respetadas y preservadas. En cambio las desigualdades sociales en salud (DSS) son consideradas inequidades por lo que deben ser reparadas. En nuestro proyecto la diferencia con diversidad la observamos con los trabajadores golondrinas donde podemos observar la diversidad cultural de personas provenientes de países como Bolivia, Perú o del norte de Argentina. Entender que la desigualdad social en salud es la diferencia determinada socialmente, por cómo funciona y construye conocimientos una sociedad y sistemática porque tienen un patrón persistente en la población; que puede ser medida con las herramientas de la Epidemiología y que refleja situaciones de inequidades (desigualdades que se consideran injustas, disparidad); que deben ser reparadas por ser injustas.

El equipo de estudiantes y docentes busca estrategias para disminuir la desigualdad, mejorar la accesibilidad de esas personas a la atención y al cuidado de salud que requieren, en red con otros actores.

En el proyecto como vimos anteriormente los problemas de salud observados van desde Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), Enfermedades de Transmisibles (ET), Enfermedades de transmisión Sexual (ETS), Adicciones y Problemas de Salud Mental. La variada problemática hace la necesidad imperiosa de trabajo de un equipo de salud con abordaje interdisciplinario, acorde a las necesidades de esta comunidad tan especial. Como problemas de salud prevalentes dentro de las ECNT a la Hipertensión Arterial (HTA) y el consumo de sustancias, en las ET la Enfermedad de Chagas y en las ETS la Sífilis es la de mayor prevalencia.

Esta población ha sido vulnerada en muchos de sus derechos ciudadanos a distintos niveles, como son el derecho a la identidad, el acceso a la vivienda y el acceso a la salud. Muchos de estas personas son rebotadas sistemáticamente por distintos efectores de salud o no cuentan con las herramientas para hacer uso pleno de sus derechos. Esta problemática social es de suma complejidad y requiere del compromiso, coordinación y participación de los distintos actores.

La mayoría de personas en situación de calle no poseen DNI, por lo cual sus derechos ciudadanos quedan absolutamente vulnerados. El no poseer DNI no sólo vulnera el derecho a la Identidad, sino también hacer pleno uso de los derechos a distintos niveles, ya que sin DNI no pueden acceder a la educación formal, a la bolsa de trabajo, a la mayoría de las instituciones e incluso a la salud. El acceso a la salud para este grupo poblacional representa un determinante de suma importancia e inequidad social. Por estas razones el acceso al sistema de salud, como al sistema en general se torna una hazaña titánica.

MARCO TEORICO

En primer lugar, se considera indispensable deconstruir la noción de “situación de calle” utilizada habitualmente. Hablar de personas “en situación de calle” o “sin techo”, no implica pensar en un grupo homogéneo, sino todo lo contrario, se trata de personas con historias heterogéneas, que han llegado a esta situación a partir de distintas trayectorias.

La reducción del problema a la dimensión estrictamente residencial que sobreviene del uso irreflexivo del término “situación de calle” o “sin techo” oculta las distintas formas en que la “exclusión residencial” puede manifestarse. No es casualidad que en este debate, la literatura internacional utilice términos diferentes para referirse a situaciones residenciales también distintas, y que por tanto suponen realidades sociales diferentes.

Así, el mismo error de precisión que acarrea el uso vulgar del término “situación de calle” o “sin techo” ha sido ya hace tiempo diagnosticado en los países más avanzados, en el idioma inglés se puede diferenciar claramente dos términos: **homelessness** (sin hogar) y **houselessness** (sin casa), mientras que el primero involucra aspectos emocionales, sociales y psicológicos (propios de un hogar), el segundo considera estrictamente la dimensión residencial (en relación a una casa).

No obstante, a pesar de que evidentemente todos estos términos diferentes aluden también a situaciones diferentes, se utilizan muchas veces, no sin caer en imprecisiones conceptuales, de manera indistinta. (Fitzpatrick, 2000 citado en Chouhy, 2006) Esta imprecisión en la definición de esta categoría, repercute metodológicamente en la precisión del universo, sesgando también el abordaje del fenómeno.

Al interactuar con las personas denominadas en “situación de calle” que se encuentran en el Gran Mendoza, se puede advertir una diversidad de situaciones, algunas efectivamente se las podría denominar *houselessness* (sin casa), otras, sería más apropiado enmarcarlas dentro de lo que se denomina *homelessness* (sin hogar).

Esta clasificación, es sólo un punto de partida, es necesario advertir en su interior, las situaciones disímiles que presentan cada una de ellas, como también las distintas trayectorias que las condujeron a este lugar.

Como bien señala Chouhy (2006), más allá de la pobreza de ingresos o la precariedad laboral, la carencia de un lugar estable, seguro y privado para vivir y entablar relaciones es percibida como la expresión aguda y generalizada de un conjunto amplio y diversificado de privaciones humanas. Más que una cuestión de cantidad, este fenómeno alude a situaciones cualitativamente diversas y por demás complejas.

Las personas sin hogar y el concepto de exclusión social

Al indagar en los distintos estudios que abordan la situación de las personas sin hogar, se encontraron, como se mencionó anteriormente, algunos problemas en cuanto a la conceptualización de los términos.

En la década del 80 algunos autores señalan que la concepción predominante fue la condición de aislamiento y cronicidad (Tosi, 1999) reduciendo el fenómeno a personas que duermen en la intemperie. Posteriormente surgen otras perspectivas de análisis a partir de diversos estudios sobre la pobreza y la exclusión social que resaltan el carácter heterogéneo y multidimensional de estas situaciones (Sen, 2000; Castel, 1997)

Para Sen (2000) es fundamental el aporte de la literatura sobre la exclusión social que asigna un papel clave a las relaciones de los sujetos, y en como la debilidad de estos vínculos se relaciona con la privación de las capacidades y con la pobreza misma.

Robert Castel (1997) es uno de los autores que han trabajado ampliamente estos temas, dedicó la última etapa de su vida a investigar el proceso de la cohesión social articulada alrededor del trabajo. Sus estudios constituyen una de las bases en donde se apoyan los conceptos de vulnerabilidad social y exclusión social.

Para Castel, el trabajo es el soporte principal de integración de las personas en la estructura social. Señala además que esta integración en el trabajo determina en gran medida la fortaleza de los vínculos sociales, del capital relacional; de tal modo, que las personas que poseen trabajo asalariado estable y relaciones sociales sólidas, se situarían en una “zona de integración”, mientras que las personas activas que no poseen trabajo verán sus relaciones sociales resentidas, haciéndose frágiles y sufriendo de procesos de aislamiento social que les puede empujar hacia una “zona de desafiliación” (exclusión).

De esta manera, este autor propone un “doble eje de integración a través del trabajo y de la inscripción relacional”. Articulando las principales variables que perfilan ese doble eje, Castel establece tres zonas sociales entre la integración y la exclusión: zona de integración, zona de vulnerabilidad, y zona de desafiliación (exclusión). El concepto de zona se refiere, más que a una posición en la estratificación social, a los procesos que determinan la movilidad social.

La zona de integración se encuentra formada por quienes tienen un empleo estable, pueden consumir bienes sociales, están protegidos contra los riesgos de su existencia y pueden participar de los valores culturales de su entorno social. El trabajo y la protección social derivados del mismo se convierten en los requisitos elementales para garantizar la permanencia del sujeto en la zona de integración. En esta zona coexisten diferentes grupos sociales, con diferentes niveles retributivos así como pautas de consumo específicas. El denominador común a todos ellos es su relación laboral estable y la inscripción relacional sólida (Castel, 1997; Raya Diez, 2005).

La zona de vulnerabilidad se caracteriza por la inestabilidad relacionada con la precariedad laboral y con la fragilidad de relaciones sociales. Lo característico de la sociedad actual no es la existencia de zonas de vulnerabilidad, ya que históricamente han existido sectores de población dentro de esta condición social, sino su incremento y la progresiva “desestabilización de los estables” (Castel, 1997; Fitoussi, 1997; Raya Diez, 2005)

La zona de exclusión se caracteriza por la ausencia de trabajo y por el aislamiento social; no obstante, la barrera que separa esta zona de la precariedad es muy frágil. Esta zona, implica un riesgo en el individuo para reproducir su existencia y asegurar su protección. (Castel, 1997)

Redes de Sociabilización. Trabajo	Inserción Relacional Sólida	Fragilidad de Soportes Relacionales	Aislamiento Relacional
Trabajo Estable	INTEGRACION		
Precariedad Laboral		VULNERABILIDAD SOCIAL	
Ausencia de Actividades Productivas			EXCLUSION/ DESAFILIACION

Tezanos (2001) agrega una cuarta zona, la de asistencia, situadas entre las de vulnerabilidad y la de exclusión. Es una zona susceptible de acoger a las personas que obtienen ingresos regulares de sostenimiento y atención social (jubilados y pensionistas, rentas mínimas de inserción, asistencias sociales, etc.) pero con un capital relacional en el que se han debilitado los “lazos sociales” (por ej. hogares unipersonales de mayores) y se ven amenazados en un contexto de retirada del Estado. Por consiguiente, es una población sometida a una vertiente de la vulnerabilidad, como puede ser el riesgo del cambio en las políticas sociales.

Las zonas anteriormente definidas no conforman espacios estancos, sino procesos dinámicos sobre los que transitan las personas a lo largo de su historia vital. La idea del concepto de exclusión es precisamente la no participación en el conjunto de la sociedad. Las principales manifestaciones de la exclusión son la exclusión en las fuentes de ingreso, la exclusión de la educación, la exclusión de la propiedad, es decir de todos los mecanismos fuertes de integración social (Raya Diez, 2005)

Estas contribuciones teóricas permitieron comenzar a considerar en los análisis sobre la problemática de las personas sin hogar la diversidad de trayectorias de los individuos en situación de calle y la heterogeneidad de situaciones al interior de este grupo de personas.

A partir del enfoque de Castel y Sen se subraya que la exclusión es un concepto conectado a la pobreza y privación de capacidades, volviéndose necesario arrojar luz sobre el conjunto de causas que llevan a esta situación. Siguiendo los enfoques de estos autores, y enfatizando el carácter relacional del concepto de exclusión social, las personas sin hogar constituyen un grupo social a los que su situación de exclusión les provoca otras formas de privación, impidiéndole la realización de sus potencialidades humanas, el acceso a derechos y oportunidades de prosperidad económica y material. (Sojo, 2006; Ciappesoni, 2009)

Distintos abordajes: ausencia de definiciones compartidas

Ciappesoni (2009) realiza un amplio estudio sobre la bibliografía a nivel internacional, y advierte que muchos autores coinciden en señalar que el principal inconveniente para la acumulación de conocimiento en la temática es la falta de una orientación teórica que deriva (en parte) de la ausencia de definiciones compartidas. Lejos de ser un asunto meramente de interés académico, resulta obvio que el número de personas “sin hogar” y sus condiciones de existencia dependen en gran parte de cómo se define el fenómeno.

Esta autora constata que en la literatura internacional existen tres discusiones inherentes a la construcción del problema, con implicancias directas en el diseño de las políticas sociales destinadas a este grupo de personas:

- a. La dicotomía entre factores individuales o estructurales como desencadenantes de la situación de calle
- b. Ampliar o ajustar la definición, reduciéndola solo a la privación de vivienda, o ampliándola a otras situaciones de vulnerabilidad en torno a la vivienda y que corren el riesgo de quedarse en “situación de calle”

- c. La polarización que genera en el tratamiento del problema el abordaje únicamente desde la dimensión residencial (ausencia de vivienda o privación de un domicilio de cierta permanencia) o como un problema multidimensional que incluye distintos factores que atañen a la exclusión social.

La necesidad de articular los enfoques y abordajes

El abordaje y reflexión sobre la construcción del concepto de “personas en situación de calle” resulta significativo para que este fenómeno social adquiera mayor visibilidad. La importancia de tomar una u otra categoría conceptual permite establecer distintas intervenciones sociales, económicas y sanitarias al respecto. Ajustar el enfoque acerca de las personas en situación de calle permite, por una parte focalizar sobre aquellas situaciones puntuales que requieren de abordajes urgentes y por otro construir políticas a largo plazo tendiente a la recuperación paulatina y gradual de los derechos de este grupo de personas, particularmente el acceso a la salud.

Resguardar de manera efectiva el derecho que les corresponde dentro del sistema sanitario, debe traducirse en acciones concretas que conduzcan a la inclusión de este sector social y que, al mismo tiempo, permitan gradualmente afianzar una política de protección y restitución de derechos.

En este marco el Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deporte decide inscribir estos esfuerzos, impulsados por diversos actores institucionales y sociales, en una política provincial destinada a la prevención de enfermedades y la promoción y restitución de derechos para personas que se encuentran en situación de calle en Mendoza. Esta política contemplará diversas acciones socio sanitarias que se implementaran de manera coordinada, posibilitando el acceso al sistema de Atención Primaria en Salud y la ejecución de diversos Operativos de atención y seguimiento hacia este grupo social de extrema vulnerabilidad social.

ANTECEDENTES – DATOS

A - En el año 2014, a través de los Proyectos de Extensión Universitaria de la UNCuyo: Mauricio López, surge desde la Facultad de Ciencias Médicas y con colaboración de la Facultad de Odontología, un proyecto destinado a facilitar el acceso a la salud a este grupo de personas. A finales de julio de ese año, estudiantes de medicina que participaban del proyecto logran contactarse con el Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de Salud para aunar esfuerzos. Esto da inicio a una serie de reuniones entre ambos ministerios y distintas organizaciones sociales que desembocan en el ***Primer Operativo de Salud para personas en situación de calle llevado a cabo en la Iglesia La Merced a finales de agosto de 2014***. Operativo que se repitió en septiembre de ese mismo año.

Inicialmente, esta experiencia nos permitió ponernos en contacto con las numerosas organizaciones sociales que ayudan día a día a este grupo de personas, como también iniciar un camino entre estas y el Estado provincial para el abordaje de esta problemática.

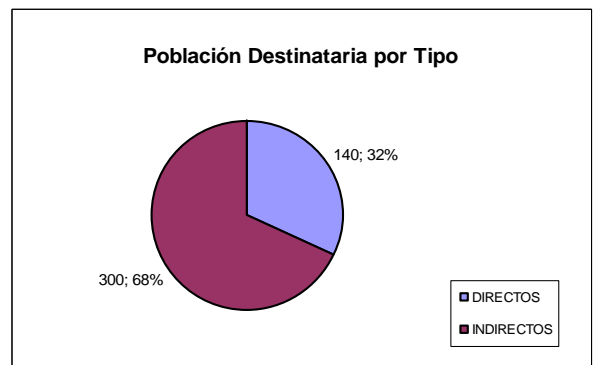
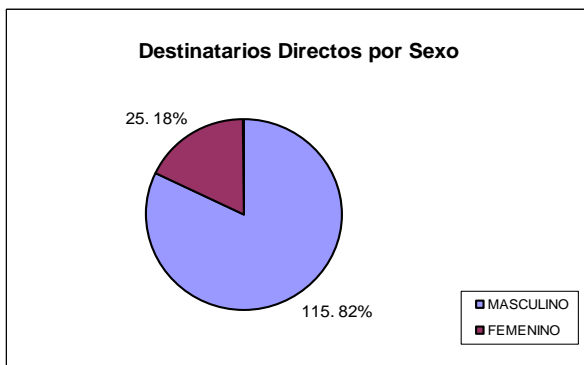
Gracias a ello, hoy podemos decir que logramos que, desde el mes de agosto de 2014 se atendiera a 125 personas, la mayoría varones (82%) cuyas edades oscilan principalmente entre los 20 y 44 años. Se lograron vacunar a 81 personas para prevenir la Hepatitis B, a 65 con la vacuna antigripal, a 40 con Hepatitis A y a 37 con la Doble bacteriana.

Las personas en situación de calle, pudieron acceder a servicios de clínica, ginecología, odontología y análisis. A partir de un trabajo en conjunto, se pudo derivar aquellas personas que su situación lo requería a distintos efectores de salud.

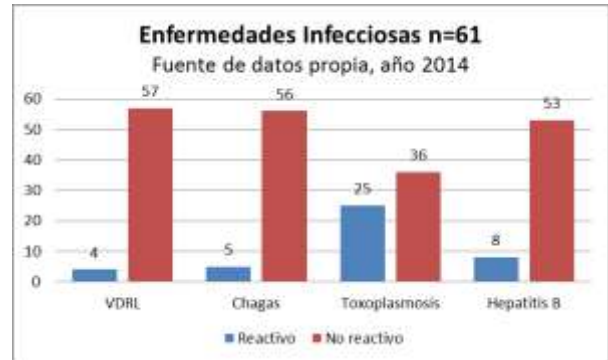
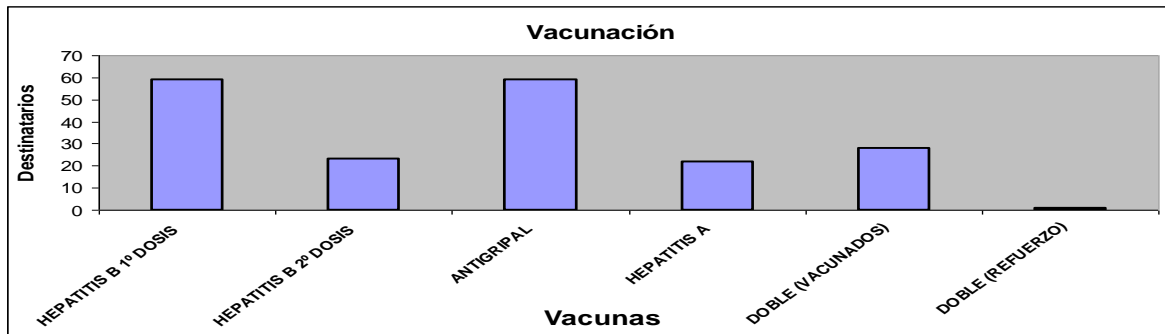
Además logramos que 20 personas adquirieran su DNI y cómo si esto fuera poco 13 personas tuvieron su primer atención odontológica. Aunque parecen simples números, estas son personas que por diferentes motivos perdieron todo en la vida y en muchos casos perdieron su condición de ciudadanos, por lo que entre las pérdidas se encuentran el Derecho a la salud.

Datos 2014 – Fuente propia. Estudiantes y Docentes. FCM – UNCuyo.

POBLACION DESTINATARIA						
DESTINATARIOS		SEXO		DNI		
DIRECTOS	INDIRECTOS	MASCULINO	FEMENINO	ENTREGADOS	GESTIONADOS	GESTIONADOS (HIJOS)
140	300	115	25	7	1	2



VACUNACION					
HEPATITIS B 1º DOSIS	HEPATITIS B 2º DOSIS	ANTIGRI PAL	HEPATITIS A	DOBLE (VACUNADOS)	DOBLE (REFUERZO)
59	23	59	22	28	1



B - En el año 2015, la Facultad de Ciencias Médicas junto con la Facultad de Odontología, vuelve a ganar la beca de extensión universitaria Mauricio López, dando continuidad, junto a las organizaciones que conforman la RED calle, a los operativos de salud en La Iglesia la Merced.

En estos operativos se gestionaron 23 DNI, condición indispensable para acceder al sistema de salud, y se logró brindar atención médica y odontológica a 300 personas. A partir de un trabajo en conjunto (estado, universidad y OSC), se pudo derivar aquellas personas que su situación lo requería al Hospital Universitario y a un consultorio que se habilitó con este fin en la Facultad de Ciencias Médicas. En el 2015 fue posible avanzar con los tratamientos odontológicos en más de 30 personas de las cuales 6 hoy tienen la posibilidad de contar con prótesis dentarias. Por otra parte, más de 90 personas pudieron acceder a una primera consulta oftalmológica, lo que puso en evidencia que más del 80% requiere lentes y/o tratamientos, hasta ahora 65 personas han obtenido sus anteojos.

C - En el año 2016 la Facultad de Ciencias Médicas, vuelve a ganar la beca de extensión universitaria Mauricio López, en esta oportunidad **SIN SUBSIDIO**. Lo que lleva a generar estrategias para poder continuar solos el proyecto sin los mínimos recursos que se disponía sobre todo para los tratamientos odontológicos de alto costo. Es así que desde la Secretaría de Extensión de la FCM se reúne con el Ministerio de Salud y se decide apoyar estas acciones inscribiéndose en el marco de una política provincial destinada a la promoción,

protección y restitución de derechos para personas en Situación de Calle en Mendoza, redactando un Acta acuerdo complementaria al Convenio marco entre las partes.

Las acciones se inician en abril 2016 a través de distintas reuniones con los actores mencionados, sumando a otros referentes como profesionales de salud del Posgrado de Salud Social y Comunitaria para proponerlo como eje de trabajo del posgrado, la Iglesia La Merced que aporta el espacio físico y Coordinadores Departamentales donde se ubica la futura UAPSI. Por parte de la Universidad, la Secretaría de Extensión del Rectorado que aporta el mobiliario y la Secretaría de Extensión de la FCM participa con sus docentes, estudiantes y recursos materiales. En agosto 2016 se crea la UAPSI, sin tener formalizado por las autoridades la firma del acta acuerdo complementaria.

PROPUESTA DE INTERVENCION

Objetivo general:

Acompañar en la recuperación de derechos para el acceso al sistema de salud pública de hombres y mujeres en Situación de Calle del Gran Mendoza en el año 2016.

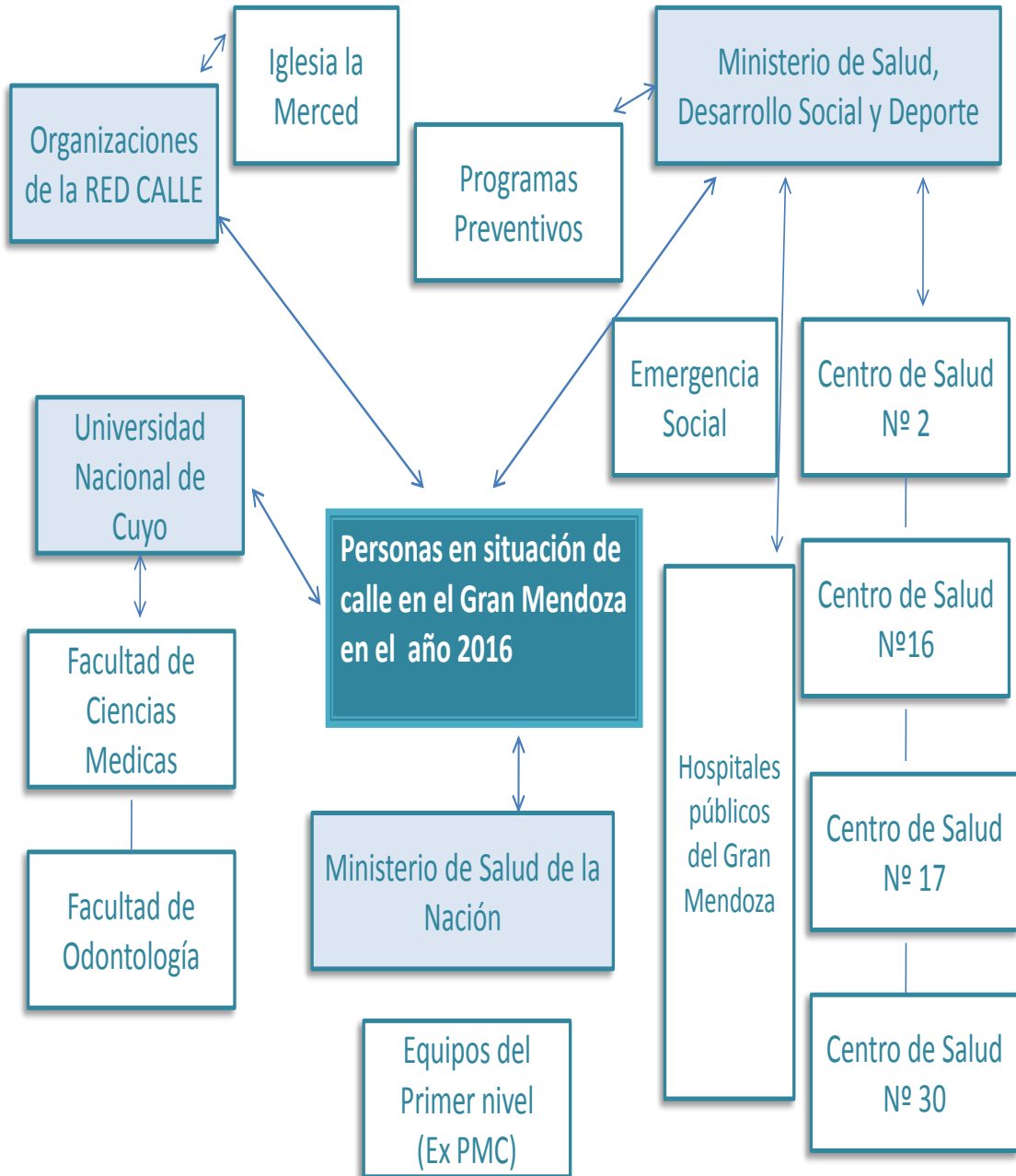
Objetivos específicos:

1. Sensibilizar a los efectores de salud sobre la realidad de hombres y mujeres situación de calle del gran Mendoza.
2. Facilitar el acceso a los servicios de salud de hombres y mujeres en situación de calle del gran Mendoza
3. Elaborar un informe final a los efectos de identificar debilidades, fortalezas y aprendizajes logrados para futuras intervenciones desde las organizaciones, la Universidad Nacional de Cuyo y el Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes, con poblaciones de extrema vulnerabilidad

Entre los principales actores involucrados se destacan por sus funciones:

UNCUYO Alumnos y docentes de las Facultades de Medicina	Prevención y promoción en salud. Atención y seguimiento de pacientes en Plazas del Gran Mendoza. Establecimiento de vínculos con RED CALLE (iglesia la Merced, Ayuda Urbana, UPA, Jinetes, etc.). Acompañamiento en operativos de salud y Unidad itinerante de APS. Elaboración y diseño de HC. Elaboración de informes.
Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes	Aporte de profesionales del ex PMC. Programa REMEDIAR. Laboratorio. Programa Provincial Inmunizaciones. Vinculación con los diferentes efectores de salud.
RED CALLE	Iglesia la Merced lugar físico para operativos de salud y funcionamiento de la Unidad de APS. El resto de las organizaciones permiten acercamiento a las personas en situación de calle y acompañan en la difusión de operativos y acompañamiento de pacientes.

Mapeo de actores



Plan de Acción

Objetivo	Actividades	Responsables	Indicador de proceso	Indicador de resultado	Tiempos
1. Sensibilizar a los efectores de salud y desarrollo social sobre la realidad de hombres y mujeres situación de calle del gran Mendoza.	Convocatoria al personal de CAPS_CIC y guardia de Hospitales del Gran Mendoza.	Equipo docente Facultad de Ciencias Médicas UNCUYO.	El 100% de las áreas sanitarias provinciales y municipales y referentes de hospitales del Gran Mendoza son convocadas.	80 % de los profesionales de las áreas sanitarias provinciales y municipales, referentes de hospitales del Gran Mendoza y becarios del Posgrado de PMC son sensibilizados y reconocen las redes existentes para el abordaje de hombres y mujeres situación de calle.	A los 3 meses de iniciado el proyecto.
	Ciclo de Talleres de sensibilización sobre la problemática de salud de personas en situación de calle.		El 50% de las personas convocadas del Gran Mendoza asisten al ciclo de talleres.		
	Clases de sensibilización sobre la problemática de salud de personas en situación de calle para becarios de 10ma y 11cohorte y 5º curso de Posgrado de PMC		50% de los profesionales y agentes sanitarios del Gran Mendoza pertenecientes a 10ma y 11cohorte y 5º curso de Posgrado de PMC asisten a las clases de sensibilización.		Primer mes de iniciado el proyecto
	Diseño de anexo socio económico para las historia clínica.	Equipo docente y alumnos Facultad de Ciencias Médicas UNCUYO.	Revisión y aprobación de la HC por referente de HC y autoridades de la FCM y posterior coordinación e implementación digital por parte de la comisión de HC- UNCUYO .	Aplicación de anexo de HC en la unidad de APS móvil itinerante	Primer mes de iniciado el proyecto

2. Facilitar el acceso a los servicios de salud de hombres y mujeres en situación de calle del gran Mendoza	Armado de operativo de salud	Ministerio de Salud, Desarrollo social y Deportes Gobierno de Mendoza- Equipo docente y alumnos Facultad de Ciencias Médicas UNCUYO.	7 días antes del operativo se tienen confirmados los profesionales y móviles.	Operativo en funcionamiento	Segundo mes de iniciado el proyecto
	Operativos de salud para personas en situación de calle.		El 50% de las personas convocadas asisten para su atención.	El 100% de las personas son atendidas. Al menos el 60% de las personas que requieren tratamiento son derivadas para atención a la unidad de APS móvil itinerante	
	Convocatoria de personas en situación de calle del Gran Mendoza	Alumnos Facultad de Ciencias Médicas UNCUYO y RED CALLE	La red calle cuenta con la información necesaria para la difusión 8 días antes del operativo de salud.	La totalidad de ONG de la red calle convocan a las personas en situación de calle.	
	Creación de unidad de APS móvil itinerante para la atención de personas en situación de calle del Gran Mendoza.	Ministerio de Salud, Desarrollo social y Deportes Gobierno de Mendoza	Habilitación de la unidad móvil, designación del equipo básico de salud. Equipamiento	Unidad de APS móvil itinerante en funcionamiento	A los 3 meses de iniciado el proyecto.
3. Elaborar un informe final a los efectos de identificar debilidades, fortalezas y aprendizajes logrados para futuras	Carga y sistematización de datos epidemiológicos y		Software instalado	Carga de información actualizada mensualmente	Primer día de iniciada la atención en la unidad móvil

intervenciones desde las organizaciones, la Universidad Nacional de Cuyo y el Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes, con poblaciones de extrema vulnerabilidad.	sociales.	Profesionales de la unidad de APS móvil itinerante y docentes y alumnos Facultad de Ciencias Médicas			
	Diseño de informe			Diseño y metodología definida	
	Redacción de informe.		Conformación del equipo de redacción	Informe de avance a los 6 meses de iniciada la actividad.	
	Revisión de informe		Comisión revisora conformada	Aprobación del informe	A los 10 meses de iniciado el proyecto
	Publicación de informe		Informe Finalizado	Informe publicado	A los 12 meses de iniciado el proyecto

La propuesta de intervención de estudiantes y docentes del proyecto en territorio y en el consultorio, surge de repensar el camino recorrido con sus fortalezas y debilidades y visualizar cómo mejorar. Se basa en evaluar la conformación del equipo de salud y la calidad de atención de personas en situación de calle de la unidad de atención primaria de la salud itinerante (UAPSI), teniendo en cuenta los problemas de salud prevalentes y las necesidades sentidas de esta comunidad con características propias. El efecto que se busca producir es mejorar la calidad de atención y fortalecer el equipo de salud. El objeto de intervención es el proceso de atención de las personas en situación de calle. El contexto son las personas en situación de calle que concurren a la UAPSI del Gran Mendoza conformada por los departamentos de Capital, Guaymallén, Godoy Cruz y Las Heras.

El tipo de evaluación que pensó más pertinente es de Estructura y posteriormente Formativa. Este análisis permitirá obtener información y herramientas sumamente ricas para la construcción de estrategias a fin de brindar una mejor calidad de atención a estas personas. Permitiendo también la capacitación de docentes y estudiantes, como así también fortalecer el equipo de salud ya interviniente con nuevos profesionales que puedan optimizar recursos para mejorar la calidad de atención y mejorar la captación. Considerando esta etapa desde su contexto, y no como algo que podamos modificar, ya que el hecho de que la población difícilmente puede ingresar al sistema, lo que nosotros debemos brindar es una atención lo más integral posible.

El Dominio de estructura es la UAPSI que cuenta con recurso de profesionales aportados por el Ministerio de Salud a través del Posgrado de Equipos Comunitarios y Profesionales docentes y Estudiantes avanzados de la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas.

Las dimensiones de evaluación es la cantidad real de personas en situación de calle, la equidad en el acceso a UAPSI, la calidad de atención por parte del equipo de salud, las referencias a centros de mayor complejidad según los problemas de salud detectados.

1 - MEDIDAS A UTILIZAR

a) Indicadores sanitarios para ponerlo en evidencia.

Los indicadores Socio-demográficos son datos básicos de la población a abordar; aquí se plantean indicadores poblacionales según sexo y grupo etario, por grandes grupos de edad y pirámide poblacional. De esta manera nos permite conocer la estructura y dinámica de la población. Se estima que la población en situación de calle a Diciembre de 2016 en el gran Mendoza es entre 300 y 500 personas. En la UAPSI se han atendido a más de 150 personas y se ha logrado relevar los datos de los distintos determinantes de la salud de más de 100 personas, a través de historias clínicas socio-sanitarias adaptadas a esta problemática.

- Población en situación de calle según sexo y grupo etario, en el Gran Mendoza.
- Prevalencia de Enfermedades Transmisibles
- Prevalencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles
- Prevalencia de Discapacidad mental

b) Indicadores “sociales” que den cuenta de los determinantes y permitan estatificar grupos.

- Prevalencia de personas en situación de calle vs personas sin hogar.
- Nivel Educativo
- Cobertura en salud, según sexo y grupo etario.
- Prevalencia de desempleo y situación laboral

c) Variables de contexto, independientes y dependiente.

- Las variables de contexto son el lugar de residencia (aunque varios duermen en la calle, varios pasan gran parte del día en la calle pero tienen techo donde dormir), sexo, edad, escolarización
- Las variables independientes son la Situación laboral, Condiciones de vida, Trabajo (limpia autos - changarines) y acceso a servicios de salud.
- Variables Dependientes son las tasas de morbilidad, cobertura de salud.

El subtipo de estudio de diseño Ecológico es de base institucional, donde la unidad de observación es la UAPSI. Epidemiológico descriptivo observacional transversal. La UAPSI es un espacio de salud destinado a personas en situación de calle, meretrices y comunidades con vulnerabilidad socio-sanitaria.

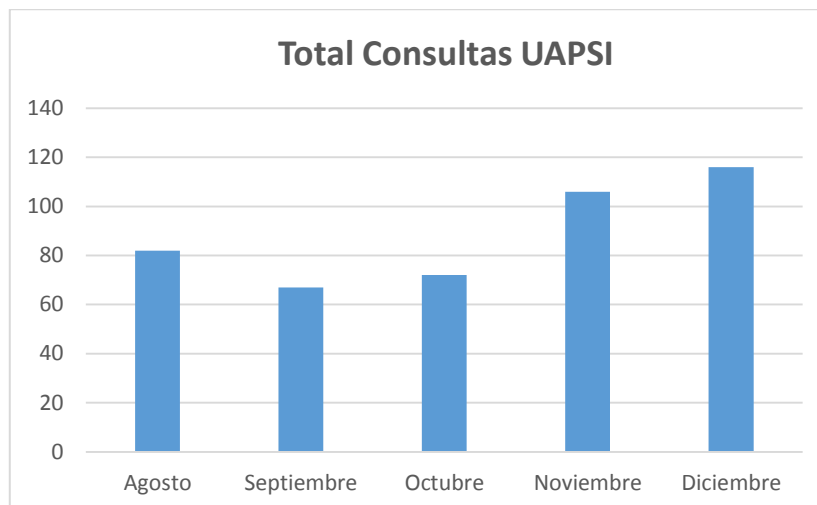
Esta Unidad de Salud comienza a funcionar el 10 de Agosto de 2016, fruto de la articulación entre la FCM de UNCuyo, el Ministerio de Salud y la Iglesia de la Merced.

2 - EPIDEMIOLOGÍA Y ESTADÍSTICA DE LA UNIDAD DE APS ITINERANTE 2016:

2.1 UAPSI - Número de consultas por mes:

- Agosto: 82
- Septiembre: 67
- Octubre: 72
- Noviembre: 106
- Diciembre (estimado): 116

Total en 5 meses: 443 consultas



2.2 Dominio Socio-demográfico:

Los indicadores Socio-demográficos son datos básicos de la población a abordar; aquí se plantean indicadores poblacionales según sexo y grupo etario, por grandes grupos de edad y pirámide poblacional. De esta manera nos permite conocer la estructura y dinámica de la población.

Se estima que la población en situación de calle a Diciembre de 2016 en el gran Mendoza es entre 300 y 500 personas. En la Unidad de APS se han atendido a más de 150 personas y se ha logrado relevar los datos de los distintos determinantes de la salud de más de 100 personas, a través de historias clínicas socio-sanitarias adaptadas a esta problemática, que son los datos que se exponen a continuación.

Indicadores:

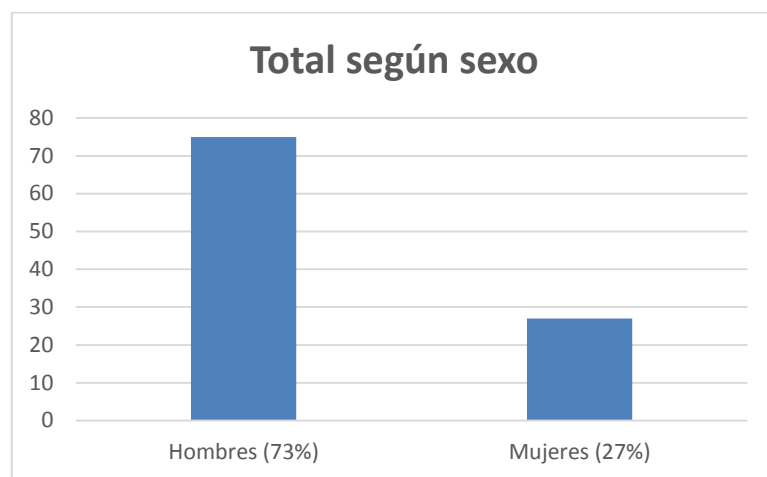
2.2.1 Población en situación de calle según sexo y grupo etario, en el Gran Mendoza

Grupos de edad	Cantidad de varones	Cantidad de mujeres	% varones	% mujeres	% varones	% mujeres	Razón de masculinidad
0-4	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
5-9	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
10-14	2	0	1,8	0,0	-1,8	0,0	0
15-19	1	0	0,9	0,0	-0,9	0,0	0
20-24	8	6	7,1	5,3	-7,1	5,3	133,3
25-29	8	3	7,1	2,6	-7,1	2,6	266,7
30-34	10	5	8,8	4,4	-8,8	4,4	200,0
35-39	2	3	1,8	2,6	-1,8	2,6	66,7
40-44	8	3	7,1	2,6	-7,1	2,6	266,7
45-49	12	3	10,6	2,6	-10,6	2,6	400,0
50-54	5	3	4,4	2,6	-4,4	2,6	166,7
55-59	5	1	4,41	0,88	-4,41	0,88	500,00
60-64	12	0	10,59	0,00	-10,59	0,00	0
65-69	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0
70 y más	2	0	1,8	0,0	-1,8	0,0	0
Total	75	27	100,0	100,0	-66,18	23,82	277,8

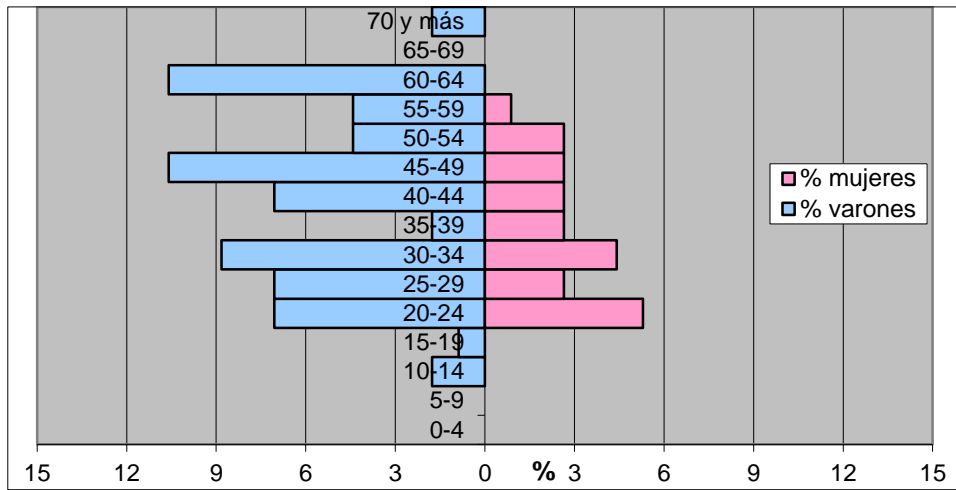
102

Total Hombres: 75 - Total Mujeres: 27

En lo que hace a la razón de masculinidad podemos observar un claro predominio del sexo masculino (73%) sobre el femenino (27%), además la razón de masculinidad es mayor en los hombres en todos los grupos etarios excepto en el rango de 35 a 39 años en relación 3:2 superior en mujeres.



2.2.2 Pirámide poblacional de personas en situación de calle en el Gran Mendoza



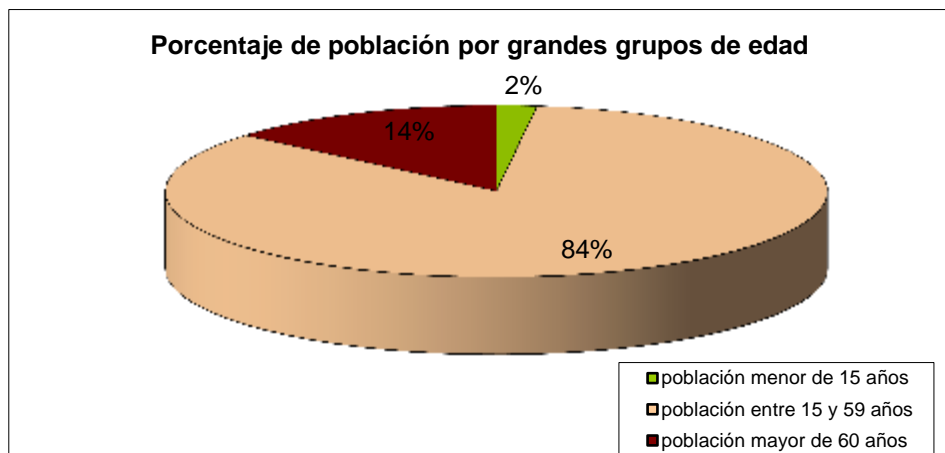
Se aprecia una pirámide poblacional asimétrica, donde se refleja que la mayor proporción esta población está comprendida entre los 20 y 64 años, siendo un 84% del total. Existe una concentración notoriamente mayor en hombres que en mujeres en edad económicamente activa. La mayor concentración de mujeres es entre los 20 y 34 años. En la población mayor a 60 años se puede observar un nuevo incremento en los hombres. La elaboración de esta pirámide poblacional permite representar gráficamente la estructura de la población por edad y sexo, siendo el primer paso para investigar dicha estructura poblacional.

2.2.3 Población según grandes grupos de edad

Población menor de 14 años: 2

Población entre 15 y 59 años: 86

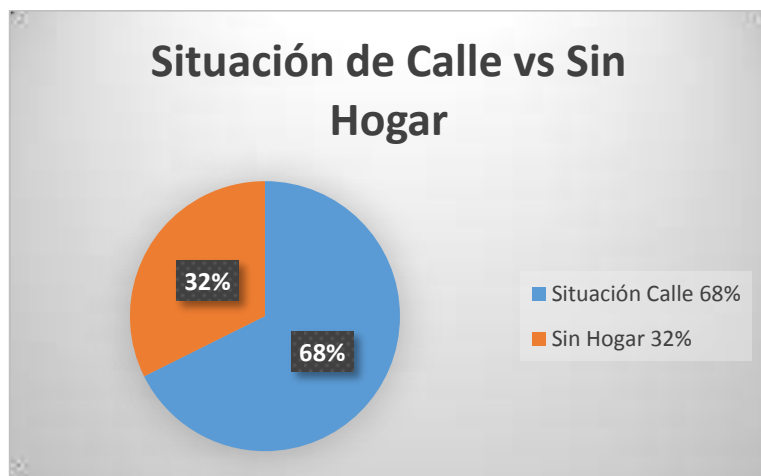
Población mayor a 60 años: 14



2.2.4 Prevalencia de personas en situación de calle vs personas sin hogar. (Personas sin hogar: técnicamente tienen un techo, pero en condiciones de insalubridad, maltrato o violencia que los obliga a estar en la calle).

Personas en situación de calle: 69

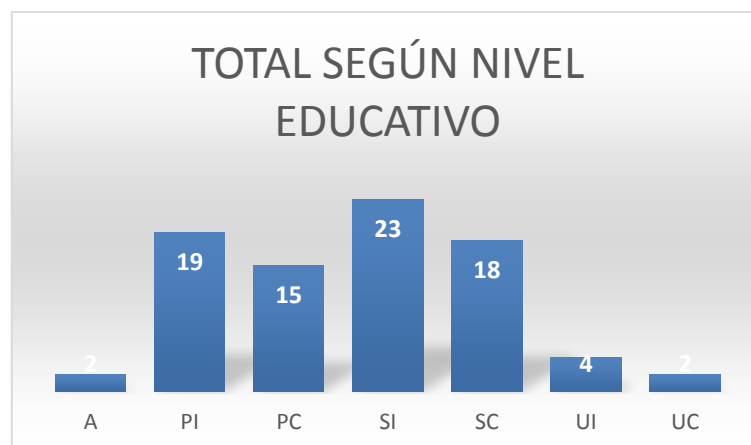
Personas sin hogar: 33 **Total: 102**



2.3 Dominio Socio-económico - Indicadores:

2.3.1 Total según Nivel Educativo (PI, PC, SI, SC, TI, TC, U).

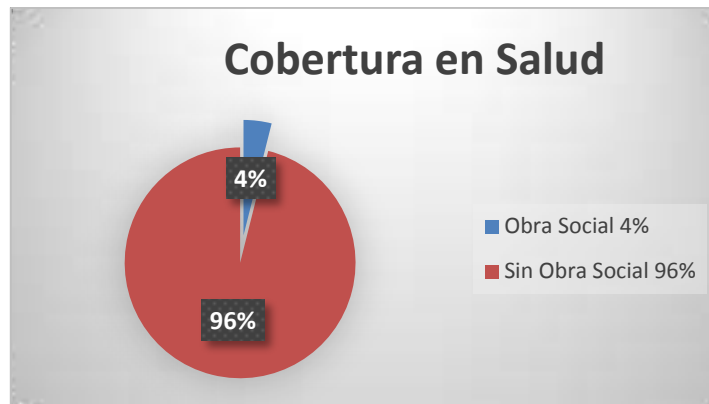
Este indicador nos brinda información sobre la relación del nivel educativo y la situación de calle. Por cierto más del 70% de personas en esta situación no poseen el nivel primario o secundario. Además, conocer esta información nos facilita el abordaje en cada caso en particular para desarrollar estrategias que permitan a estas personas terminar los estudios para así lograr su empoderamiento. Se ha logrado articular con una escuela satélite para adultos que funciona en la misma Iglesia de la Merced. **n=102**



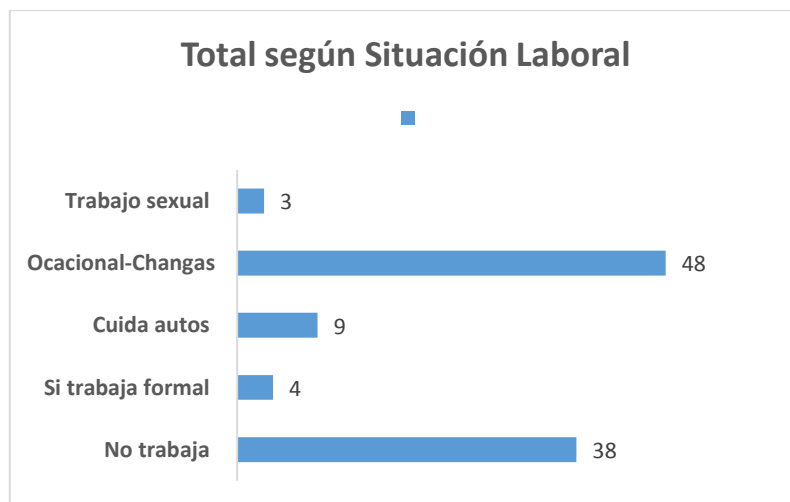
A = Analfabeto: 2 PI = Primario Incompleto: 19 PC = Primario Completo: 15
SI = Secundario Incompleto: 23 SC = Secundario Completo: 18
UI = Universidad Incompleta: 4 UC = Universidad Completa: 2

2.3.2 Cobertura en salud, según sexo y grupo etario.

Cobertura en salud: este indicador brinda la información de los distintos niveles de acceso a los servicios de salud. En nuestra población a cargo el 96% cuenta solo con la cobertura de salud del sistema público. **n=102**



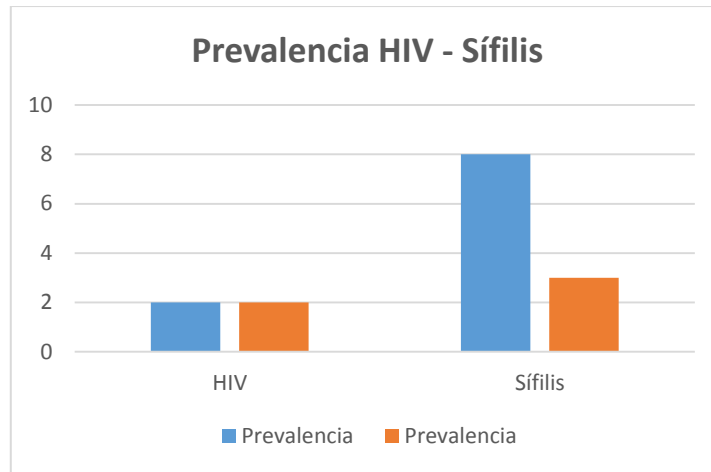
2.3.3 Prevalencia de desempleo y situación laboral



2.4 Dominio Salud - Indicadores de Morbilidad:

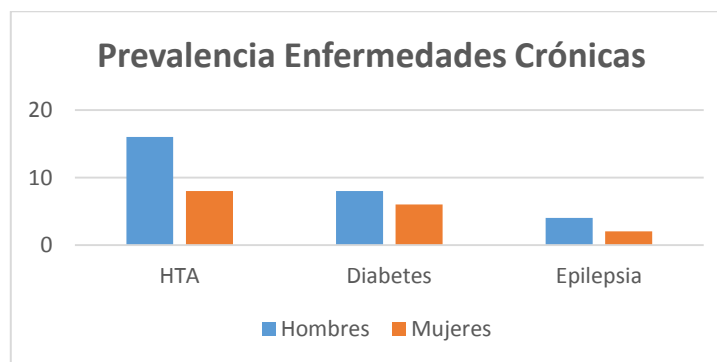
2.4.1 Prevalencia de Enfermedades Transmisibles (HIV, Sífilis, Hepatitis B, Hepatitis C)

La prevalencia de enfermedades transmisibles en esta comunidad es alta. Se cuenta con recursos para detectar enfermedades transmisibles en forma sistemática desde la Unidad de APS así como también en los operativos de salud. Las enfermedades a detectar son HIV, Sífilis, Hepatitis B y C. Luego a partir de la detección de las distintas patologías se articula con los distintos programas del Ministerio de Salud para abordarlas. **n=102**



2.3.2 Prevalencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (HTA y Diabetes principalmente)

Paralelamente, en cuanto a las enfermedades crónicas no transmisibles se realizan distintas estrategias para la detección de HTA y Diabetes así como también su tratamiento y seguimiento. Para la detección de estas patologías se realizan tomas de la tensión arterial y glucemia a todos los pacientes en la consulta, en forma sistemática, derivándose los casos complicados a especialistas de distintos Hospitales y Centros de Salud para el abordaje especializado. La prevalencia de HTA y Diabetes en este grupo poblacional es alta, aunque no se aleja del resto de la comunidad que no está en situación de calle. **n=102**

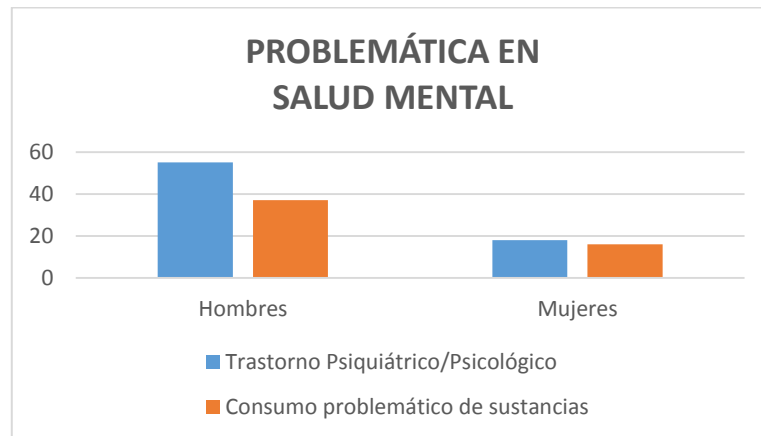


Prevalencia de Discapacidad mental/física

La prevalencia de discapacidad mental/física es realmente alarmante en este grupo poblacional. Se estima que más del 50% de esta población padece distintos niveles de discapacidad. Menos del 5% de los mismos poseen el certificado único de discapacidad. Para el abordaje de esta problemática se articula con la Dirección de Discapacidad para el inicio de los trámites correspondientes, además se trabaja interdisciplinariamente con psiquiatra, psicólogo, trabajador social, médico y agente sanitario.

3 - SALUD MENTAL: n= 102

	Hombres	Mujeres
Trastorno Psiquiátrico/Psicológico	55	18
Consumo problemático de sustancias	37	16



El abordaje de la Salud Mental en este grupo poblacional es de suma necesidad, dada la alta prevalencia de trastornos psiquiátricos, psicológicos y de consumo problemático de sustancias. El 73% de los hombres y el 66% de las mujeres sufren algún tipo de trastorno mental; así también el 50% de los hombres y mujeres en situación de calle padecen un consumo problemático de sustancias y/o alcohol.

4 - FUENTE:

La fuente es institucional a partir personas que concurren a la UAPSI, luego de ser captadas por los estudiantes en la plaza u otras organizaciones o por que se enteraron por otra persona. Es una Fuente Primaria donde los datos se recogen directamente en la consulta para el análisis, se realiza a través de entrevistas para la realización de Historias Clínicas Socio-sanitarias adaptadas a esta realidad, dada las particularidades de este grupo poblacional. La misma ha sido confeccionada por estudiantes y docentes del proyecto y avalada/autorizada por el Consejo Directivo de la Facultad.

5 - ACTIVIDADES EN TERRENO:

El abordaje comunitario en terreno se realiza semanalmente y se está basado en diversas estrategias en salud comunitaria. El objetivo es facilitar el acceso a la salud creando un puente directo al sistema de salud, a través de la Unidad de APS Itinerante, así como también acciones en prevención y promoción. El equipo de salud está compuesto por distintos profesionales y 15 estudiantes avanzados de medicina, en articulación con la

Fundación Ayuda Urbana, logrando así aportar distintas miradas a las diversas problemáticas de la realidad de este grupo poblacional.

Se diagraman distintos recorridos en el centro de la ciudad, donde las personas en esta situación mayormente habitan. Estos recorridos están basados en estrategias para la captación y abordaje de la comunidad efectuándose en distintos puntos, como Plaza Independencia, Plaza San Martín, Plaza Chile, Plaza Pellegrini; así como en otras áreas como la Terminal de Ómnibus, Paseo de la Alameda y otros espacios donde esta población transita.

Por otro lado, se realizan acciones para la difusión de los operativos de salud semanas antes de los mismos, para el abordaje de meretrices de la 4ta sección, atendiendo a sus necesidades e implementando acciones preventivas y curativas en sus derechos a la salud sexual y reproductiva.

6 - OPERATIVOS DE SALUD:

En 2016 se han realizado 3 operativos de salud para personas en situación de calle, los mismos se realizaron en Abril, Agosto y Noviembre.

La justificación de este tipo de abordaje se basa en una estrategia de abordaje operativa donde los pacientes son atendidos por distintos servicios de especialidades como: Oftalmología, Odontología, Inmunizaciones, Laboratorio, Medicina, Camión de la mujer (colposcopia, papanicolaou, mamografías, Anticoncepción), Salud Mental y Registro Civil para documentación rápida, en una mañana.

Además de la asistencia y el acceso a sus derechos, de esta manera se genera información sumamente útil para la elaboración de estrategias y la planificación de acciones basadas en prioridades detectadas.

GESTION:

La caracterización del modelo prestador del servicio de salud de esta Unidad está basado en la estrategia de Atención Primaria de la Salud con fortalecimiento del primer nivel de atención; siendo la caracterización de las acciones la accesibilidad, la equidad y la inclusión.

En lo que hace al proceso de gestión se trabaja en sus 3 niveles:

- A. En la Macro Gestión o Gestión Política** como papel del Estado, el Ministerio de Salud facilitó la apertura de la Unidad de APS destinada a personas con vulnerabilidad socio-sanitaria, y radica en el hecho de dar una respuesta adecuada en aquellos aspectos en los que el mercado no garantiza el derecho a la salud de los ciudadanos. Así también aporta los profesionales y medicamentos además de sostener y amparar el servicio con toda la infraestructura gubernamental.
- B. En la Meso Gestión o Gestión Institucional** se realiza una labor de gestión de redes, comprendiendo la articulación de distintos establecimientos de complejidad diferenciada. Esto incluye la coordinación de

la Unidad de APS con distintos Hospitales de Mendoza, Centros de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, ONGs, todas las instituciones mencionadas anteriormente, Iglesia de la Merced y la FCM de la UNCuyo. Esta última es la creadora del proyecto y cuenta con un grupo de 15 estudiantes avanzados de medicina y profesores sociólogos y médicos que trabajan tanto desde la Universidad como en el terreno realizando recorridos por el microcentro, distintas plazas de la ciudad y puntos donde esta población suele habitar, con el objetivo de crear un puente al sistema de salud así como también la realización de acciones concretas en calle articulando con distintas Instituciones para el abordaje adecuado de los casos. Además desde la Universidad se trabaja en investigación. Paralelamente, la Iglesia de la Merced no sólo aporta la estructura edilicia sino también un trabajo coordinado y de asistencia para esta población con distintos servicios como desayuno e higiene en forma ininterrumpida, además de articularse con otros organismos que abordan esta comunidad. En este entramado de redes se realizan acciones preventivas, promocionales, curativas y de rehabilitación, para así contribuir con las metas sanitarias del País y con los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 a nivel global.

- C. En la Micro Gestión o Gestión Clínica** se asignan los recursos, basados en las decisiones diagnósticas y terapéuticas dentro de la Unidad de APS, con el objetivo de reducir la incertidumbre y controlar los resultados.

Existen ciertos rasgos característicos de nuestro actual sistema de salud, como son la fragmentación, la dilución de responsabilidades, la dilapidación de recursos, carencias y además un enfoque logístico de regionalización, descentralización, departamentalización y redes de articulación con muchas limitaciones; es por esto no solo falta una red prestacional eficiente sino también una logística productiva, ya que son los cambios productivos los que marcan las etapas evolutivas, y por esta razón hay 3 conceptos que deben marcar un claro eje de trabajo: equidad, calidad y sostenibilidad.

En relación a la Cultura Institucional, nuestras Instituciones están llenas de dinámicas viciadas en el cómo se hacen las cosas o en cómo se resuelven los conflictos; por estas razones resulta más que pertinente la importancia del cambio de cultura institucional, lo cual implica cambio de valores, cambio de cultura y capacidad gerencial; además requiere un proceso permanente de escucha, procesos de reflexión, liderazgo y una participación organizada y responsable.

En este breve informe se expresan los datos en forma cuantitativa, aunque resulta más que pertinente la elaboración de una investigación de tipo cualitativa para profundizar en los porqué de esta problemática. Es preciso ahondar tanto intensiva como extensivamente en las razones de esta profunda inequidad social.

Los datos presentados son de Agosto a Diciembre del 2016, ahora nos encontramos en etapa de proceso de los de Enero a Julio del 2017 y también de los Operativos trimestrales desde el 2014. No se tienen datos generales de la provincia con qué comparar, por lo que se ha propuesto desde la facultad y las organizaciones sociales realizar un censo en el gran Mendoza, para profundizar el estudio. Los informes se presentan a autoridades de La Iglesia La Merced, El Ministerio de Salud de la provincia y la FCM.

Este trabajo nos ha permitido solicitar recursos humanos al Ministerio para fortalecer el equipo que ha sido concedido con tres profesionales de la próxima cohorte de PGSSyC que ya se encuentran trabajando en la UAPSI. En la universidad ha permitido que se encuentre en trámite la gestión de un espacio físico que funcione como refugio y el apoyo económico para solventar el pago para las personas que realicen el censo, como así también la participación de otras unidades académicas como la Facultad de Filosofía

Son muchos los retos y desafíos que tenemos por delante, el sistema de salud requiere de una profunda transformación reestructuradora basada en valores y principios que permitan un mejoramiento sostenido como parte del desarrollo socioeconómico del país. Por lo cual los conceptos de Inclusión y Equidad deberían ser el inicio de cualquier política en salud. Es también menester abordar la salud desde el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud en forma integral y a través de alianzas intersectoriales e interjurisdiccionales, con plena participación ciudadana para garantizar el acceso universal a este derecho inalienable y como valor irrenunciable para la construcción de la salud.

Es necesario recordar que en Argentina la salud es un derecho social de consistencia constitucional desde la reforma constitucional de 1994. Esto implica que el Estado debe asegurar la prestación de servicios de salud y debería adjudicarlos según ponderación de la realidad biopsicosocioeconómica de los ciudadanos.

Sin embargo, a partir de este trabajo, pudimos advertir lo complejo que resulta para este grupo de personas efectivizar este derecho. Si a ello le sumamos las distintas patologías que fuimos detectando, nos encontramos ante la necesidad de trabajar para que este grupo de personas puedan realmente acceder al sistema de salud y transitar en el mismo a los efectos de resolver los problemas de salud que hoy presentan, pero también, que puedan adquirir herramientas para poder hacer uso de dichos servicios en un futuro.

El recorrido realizado durante este tiempo puso en evidencia que muchos de los integrantes del sistema de salud no están dispuestos a brindar la atención necesaria a personas que huelen mal, que portan ropas desgarradas o que carecen de una vivienda.

Lamentablemente la gran mayoría de los logros fueron el resultado de contactos personales de cada uno de los integrantes del proyecto y de funcionarios dispuestos a evidenciar una problemática compleja que en muchos casos es más simple ocultar.

BIBLIOGRAFIA

BOURDIEU, P. (1999): "La miseria del mundo". Fondo de Cultura Económica de Argentina. Bs.As.

CASTEL, R. (1997): "La Metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado" Paidós. Buenos Aires.

CHOUHY, FILARDO (2006) "Personas en Situación de Calle o Sin Techo: Privaciones diferenciales y trayectorias". FCS UDELAR. Buenos Aires.

CIAPESONI F. (2009) "Ajustes y de desajustes: debates conceptuales sobre las poblacionales sin domicilio" Departamento de Sociología UdelaR

COMES, Y., STOLKINER, A (2003) . "Concepción de responsabilidad individual en el cuidado de la salud como barrera de accesibilidad simbólica al sistema de salud en el discurso de los usuarios pobres del área metropolitana de Buenos Aires". Ponencia presentada en V Jornadas nacionales de debate interdisciplinario en salud y población, IIGG, UBA, Bs. As.

FITOUSSI, Jean Paul (1997) ¿El crecimiento del futuro a costa del contrato social? En Sistema Nº 140-141, Madrid.

FITZPATRICK, S.; KEMP, P.; KLINKER, S. (2000): "Single homelessness. An overview of research in Britain". The Policy Press and the Joseph Rowntree Foundation, UK.

RAYA DIEZ, Esther (2005) La exclusión educativa en los procesos de desigualdad social. Universidad de la Rioja, España

SEN, A (2000): "Social Exclusion: Concept, application, and scrutiny". Social Development papers n° 1. Office of Environment and social development. Asian development Bank.

SOJO, C. (Comp): Pobreza, Exclusión social y Desarrollo. Visiones y aplicaciones en América latina. Cuaderno de Ciencias Sociales n° 142. FLACSO. 2006. Ed. Américo Ochoa. Costa Rica.

STOLKINER, A. Y OTROS. (2007) "Descentralización y equidad en salud: estudios sobre la utilización de servicios de salud de la Ciudad de Buenos Aires por parte de usuarios pobres del conurbano bonaerense". Citado en: Rossi, D., Pawlowicz, M. y Zunino, D. "Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario. La perspectiva de los profesionales de la salud". Intercambios Asociación Civil, Bs.As.

TEZANOS, J. F. (2001): Tendencias en desigualdad y exclusión social Madrid, Sistema

TOSI, A & TORRI, A (2005): "Homelessness as a process: theoretical approaches and social construction of the question". CUHP Conference, Brussels. En: www.cuhp.org

GILLES DUSSAULT, "La Epidemiología y la gestión de los servicios de salud".