



Martín GÜELMAN¹

Romina RAMÍREZ²

Ana Laura AZPARREN³

Vanina PAGOTTO⁴

Magdalena WAGNER
MANSLAU⁵

María Luz BRENA⁶

Florencia QUIROGA⁷

Silvana FIGAR⁸

PRESENTADO: 28.11.22

ACEPTADO: 07.02.23

ACCESIBILIDAD A LA SALUD EN PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES EN CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID-19: EL ROL DE LOS DISPOSITIVOS COMUNITARIOS Y DE LOS/AS ACOMPAÑANTES PARES.

125

1. Doctor en Ciencias Sociales (Universidad de Buenos Aires). Instituto de Investigaciones Gino Germani (Facultad de Ciencias Sociales-Universidad de Buenos Aires) / CONICET. e-mail: marguelman@gmail.com
2. Magíster en Políticas Sociales (Universidad de Buenos Aires). Facultad de Ciencias Sociales. Instituto de Investigaciones Gino Germani. e-mail: rominaramirez@gmail.com
3. Doctora en Ciencias Sociales (Universidad de Buenos Aires). Instituto de Investigaciones Gino Germani (Facultad de Ciencias Sociales-Universidad de Buenos Aires) / CONICET. e-mail: analaurazparren@gmail.com
4. Magíster en Investigación Clínica (Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires). Departamento de Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires. e-mail: vaninapagotto@hospitalitaliano.org.ar
5. Especialista en Epidemiología (Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires). Ministerio de Salud. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. e-mail: magdalena.wagnerm@gmail.com
6. Licenciada en Ciencias de la Comunicación Social (Universidad de Buenos Aires). Ministerio de Salud. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. e-mail: mluzbrena@gmail.com
7. Posgrado Internacional Políticas Culturales de Base Comunitaria (FLACSO). Ministerio de Salud. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. e-mail: florenciakiroga90@gmail.com
8. Magíster en Epidemiología (London School of Hygiene and Tropical Medicine). Departamento de Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires. e-mail: silvana.figar@hospitalitaliano.org.ar

Resumen

En este artículo presentamos los hallazgos de una investigación cuyo objetivo fue explorar la información y percepciones sobre el COVID-19, la disposición a vacunarse y las barreras y facilitadores para el acceso al sistema de salud en contexto de pandemia en población en situación o riesgo de calle de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En particular, en el trabajo analizamos la accesibilidad al sistema de salud y el rol desempeñado por los dispositivos comunitarios y los/as acompañantes pares. Al tratarse de una investigación-implementación buscamos contribuir al desarrollo de una campaña de vacunación para esta población, que tomara en consideración su contexto y detectara las barreras de accesibilidad existentes.

Palabras Clave: Población en situación de calle; Pandemia por COVID-19; Vacunación; Dispositivos comunitarios; Acompañantes pares.

Summary

In this article we present the findings of a research whose purpose was to explore the information and perceptions about COVID-19, the willingness to be vaccinated and the barriers and facilitators for the access to the health care system in the context of the pandemic in the population living in or at risk of homelessness in the City of Buenos Aires. In particular, we analyze the accessibility to the health system and the role played by the community-based strategies and the peer companions. As this is a research-implementation study, we sought to contribute to the development of a vaccination campaign for this population, taking into account their context and the existing accessibility barriers.

Key words: Homeless population; COVID-19 pandemic; Vaccination; Community-based strategies; Peer companions

126

INTRODUCCIÓN

Las personas en situación o riesgo de calle que habitan en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) viven a diario múltiples situaciones de vulnerabilidad, no solo por la falta de una vivienda, sino también por la complejidad en el acceso a servicios básicos (luz, agua, gas, internet, telefonía). Estas personas también enfrentan dificultades en la vinculación con el Estado y sus instituciones. Se considera personas en situación de calle a los hombres o mujeres adultos/as o grupo familiar que habiten en la calle o espacios públicos en forma transitoria o permanente y/o que utilicen o no la red de alojamiento nocturno. Por su parte, se define como personas en riesgo a la situación de calle a los hombres o mujeres adultos o grupo familiar que se encuentren en instituciones de las cuales egresarán en un tiempo determinado y

estén en situación de vulnerabilidad habitacional (Ley 3706-Protección y Garantía Integral de los Derechos de las Personas en Situación de Calle y en Riesgo a la Situación de Calle - Consejo de Derechos Humanos, 2018).

La determinación de la cantidad de personas en situación o riesgo de calle en la CABA es materia de debate. Según el último censo realizado por el Gobierno de la CABA hay 2611 personas en situación de calle (Dirección General de Estadística y Censos-GCBA, 2022). Sin embargo, de acuerdo con los datos del Segundo Censo Popular para Personas en Situación de Calle realizado a principios de 2019, el número de personas en situación de calle efectiva ascendía a 7251, mientras que el número de personas en riesgo de calle se estimó en 25 mil.¹ Una de las principales dificultades que las personas en situación o riesgo de calle

Las organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil que participaron del Censo fueron: Abrigar Derechos, ACIJ, Asamblea Popular de Plaza Dorrego, CELS, Defensoría del Pueblo CABA, Ministerio Público de la Defensa CABA, Movimiento Popular La Dignidad (Puentes), No tan Distintas, Auditoría General CABA, Proyecto 7 y El Hormiguero, entre otras.

enfrentan en su vida cotidiana es el acceso a los efectores de salud (Boy, 2011; Rosa, 2013; Brena, 2019). La efectivización del derecho a la salud de estas personas se ve truncada, frecuentemente, por las barreras de accesibilidad del propio sistema de salud.

Las personas en situación o riesgo de calle han sido reconocidas, en todo el mundo, como un grupo especialmente vulnerable al COVID-19. En determinados países, sobre este grupo ha recaído de manera desigual la carga de morbilidad y mortalidad (Brutto *et al.*, 2021; Naik *et al.*, 2020). A su vez, las dificultades en el acceso al sistema de salud de esta población se agravaron desde el advenimiento de la pandemia por COVID-19. La población socialmente vulnerable ha sido la más afectada por los efectos de la pandemia, dada su escasez de recursos y las dificultades para lograr el distanciamiento social, mantener el empleo y los ingresos y por el menor acceso a la salud y el saneamiento básico (Freitas *et al.*, 2020; Pires, 2020; Santos *et al.*, 2020). Como señala Paula Rosa (2020), las personas en situación de calle se han visto especialmente afectadas en este contexto, en tanto algunos centros de atención asistencial a los que recurrían para su supervivencia cotidiana cerraron sus puertas en virtud de las medidas de aislamiento implementadas.

La mayoría de las personas en situación de calle o en riesgo de estarlo viven en entornos propicios para una epidemia de enfermedades. Muchas personas que se encuentran sin hogar viven en entornos de convivencia, ya sea formales (refugios o casas de transición) o informales (campamentos o edificios abandonados), y es posible que no tengan acceso regular a suministros básicos de higiene o duchas, todo lo cual podría facilitar la transmisión del virus (Tsai y Wilson, 2020). Constituyen, por lo tanto, una población particularmente vulnerable y además presentan una alta prevalencia de enfermedades crónicas, tales como enfermedad pulmonar, diabetes y enfermedad cardiovascular (Kirby, 2020; Tsai y Wilson, 2020; Rosa, 2020). Un estudio realizado en Reino Unido que construyó un modelo para predecir el impacto de la infección por SARS-Cov-2 en personas en situación de calle o en riesgo de estarlo concluyó que los brotes en estos entornos pueden provo-

car un mayor número de infecciones y muertes (Lewer *et al.*, 2020). Conocer los indicadores de vulnerabilidad social en el contexto pandémico permite identificar y priorizar grupos de alta vulnerabilidad y orientar y adaptar intervenciones dirigidas a esta población (Figar *et al.*, 2021; Gois *et al.*, 2020).

Distintos estudios han indagado las características sociodemográficas de las personas en situación de calle en la CABA (Calcagno, 1999); y las formas de supervivencia desarrolladas por estas personas en las grandes ciudades (Boy y Perelman, 2008). Otros trabajos han relevado la situación de niñas y niños que viven en la calle y las instituciones ocupadas de su abordaje (Gentile, 2014); las problemáticas de salud y su atención en mujeres que se encuentran en situación de calle (Tortosa, 2016); las metodologías utilizadas para relevar esta población y las experiencias participativas (Di Iorio, 2019); y los programas de asistencia a este colectivo en el ámbito de la CABA (Rosa, 2012; Di Iorio, Seidmann, Rigueiral y Abal, 2020).

En este artículo presentamos los principales hallazgos de un proyecto de investigación-implementación que buscó explorar las barreras y facilitadores para el acceso al sistema de salud en el contexto de pandemia por COVID-19, por parte de personas en situación o riesgo de calle en la CABA. A su vez, se propuso analizar sus percepciones sobre el COVID-19 y la campaña de vacunación. Específicamente, el proyecto buscó: 1) identificar las barreras en el acceso al sistema de salud de las personas en situación o riesgo de calle que asisten a paradores y hogares ubicados en distintas zonas de la CABA, en contexto de pandemia; 2) reconocer los factores que facilitan el acceso al sistema de salud de dichas personas; 3) describir las percepciones y vivencias en relación al COVID-19 que tienen dichas personas; 4) indagar las percepciones, la información y la disposición a la vacunación contra el COVID-19 que tienen dichas personas; y 5) describir las estrategias de autocuidado y de cuidado colectivo relacionadas por dichas personas.

La investigación fue realizada en el marco de la intervención “Efecto Mariposa”, un programa de base comunitaria que se encuadra en la política pública de vacunación contra el CO-

VID-19, implementada por el Ministerio de Salud del Gobierno de la CABA². El programa tiene por propósito acercar la vacunación contra el COVID-19 a las poblaciones más vulnerabilizadas. De la “Red Efecto Mariposa” participan organizaciones sociales (Asociación Civil “Comedor del Fondo”, Cáritas, Hogar de Cristo, Buenas Nuevas, Departamento de Investigación de Salud Poblacional del Hospital Italiano de Buenos Aires); comedores; ollas populares; organismos internacionales (PNUD, Vital Strategies, OMS, Bloomberg Philanthropies); investigadores/as; gestores/as estatales; gestores/as comunales; enfermeros/as; médicos/as; y comunicadores/as.

El presente trabajo se estructura de la siguiente manera. En el próximo apartado, describimos la estrategia metodológica empleada para la construcción y análisis de la evidencia empírica. A continuación, realizamos una breve caracterización de las personas entrevistadas. Luego, presentamos los principales hallazgos organizados en dos apartados: accesibilidad al sistema de salud; y rol de los dispositivos comunitarios y de los/as acompañantes pares. Finalmente, recuperamos los resultados más significativos y proponemos algunas articulaciones analíticas.

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

La investigación cuyos resultados recoge el presente artículo se encuadró en el paradigma cualitativo. Este se caracteriza por su interés en el punto de vista y la experiencia de las personas, por su abordaje contextualizado y por su énfasis en el análisis de los procesos sociales (Maxwell, 1996; Vasilachis de Gialdino, 2007). En el campo de la investigación en implementación, los métodos cualitativos han sido utilizados para dar cuenta de la perspectiva de los actores involucrados en o afectados por los procesos de implementación,

para informar el diseño y la puesta en práctica de intervenciones y para comprender la forma en que el contexto incide en las políticas de salud.

El estudio llevado a cabo fue de tipo exploratorio. El corpus empírico analizado en el presente artículo se compone de entrevistas semi-estructuradas realizadas a personas en situación o riesgo de calle que asisten a dispositivos comunitarios. El trabajo de campo fue realizado en los meses de junio y julio de 2021. La guía de pautas de entrevista contó con las siguientes dimensiones: datos personales; vínculos con el sistema de salud; barreras de accesibilidad y factores que facilitan el vínculo; vivencias e información sobre el COVID-19; estrategias de autocuidado y cuidado colectivo; y percepciones, disposiciones e información sobre la vacuna contra el COVID-19.

La muestra fue no probabilística y la selección de los casos se llevó a cabo mediante la técnica de bola de nieve. En total, fueron realizadas siete entrevistas de las que participaron 12 personas (11 varones y una mujer). El criterio de inclusión fue que las personas a entrevistar no se encontraran en situación de consumo problemático de drogas y que conocieran las instituciones que formaban parte de la red “Efecto Mariposa”. Para la confección de la muestra, visitamos diversas instituciones que trabajan con esta población. En estas, el equipo realizó diversas actividades orientadas a identificar a las personas que pudieran participar. Una vez concluida esta tarea, se consultó quiénes se encontraban dispuestos/as a participar del estudio. La muestra presenta un marcado sesgo en favor de los varones ya que las instituciones con las que se trabajó tienen una población mayoritariamente masculina.

Las entrevistas se realizaron en las instituciones a las que concurren las personas en situación o riesgo de calle y estuvieron a cargo de las inves-

2. Efecto Mariposa es un dispositivo integral en red, construido de manera participativa a partir de una investigación en implementación. Este programa surge como iniciativa del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, durante la pandemia de COVID-19, a partir de la necesidad de articular con organizaciones sociales para generar mayor accesibilidad, desde una perspectiva integral, a la vacunación contra el COVID-19. La Red Efecto Mariposa se encuentra conformada por 130 personas e incluye e interrelaciona los niveles interministerial, organizaciones sociales, acompañantes pares, personas en situación o riesgo de calle y un equipo de investigación-acción participativa. El programa buscó intervenir en las barreras de accesibilidad a la vacunación a través de la instalación de postas móviles en lugares de mayor concentración de población en situación de calle, turnos espontáneos en horarios vespertinos y nocturnos y la posibilidad de vacunar a personas sin documentación. Participaron de la iniciativa más de 40 acompañantes pares, que fueron capacitados/as para trabajar con la población en situación y riesgo de calle.

tigadoras que integran el Programa “Efecto Mariposa”. Antes de comenzar cada entrevista, se entregó a cada persona una copia del consentimiento informado. Redactado en lenguaje sencillo, el consentimiento daba cuenta de los objetivos y propósitos de la investigación, de su marco institucional, de la voluntariedad en la participación, del tratamiento confidencial que se daría a los datos y del anonimato de los/as participantes. A su vez, se pidió a los/as participantes autorización para grabar el audio de la conversación. Una vez leído el consentimiento, se solicitó a cada una de las personas que aceptaban participar del estudio que firmaran una copia del mismo como constancia de dicha aceptación. El protocolo del estudio fue presentado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital “Juan A. Fernández” de la CABA.

Las entrevistas transcritas fueron codificadas con el apoyo del auxiliar informático para el análisis de datos cualitativos Atlas.ti, versión 7. El manual de códigos fue construido, inicialmente, a partir de las dimensiones contempladas en la guía de pautas. Posteriormente, a través de un análisis inductivo se identificaron categorías emergentes y se realizó un análisis temático de la información relevada en las entrevistas. Para el análisis, se siguieron las tres fases que describe Ruth Sautu (1999): 1) lectura y familiarización con las transcripciones de entrevistas; 2) desarrollo de temas y elaboración de núcleos temáticos; y 3) organización y comparación de resultados y evaluación de conclusiones.

CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS ENTREVISTADAS

En este apartado, presentamos una breve caracterización de las 12 personas en situación o riesgo de calle entrevistadas. Los aspectos que tomaremos en consideración son el género; la edad; la

trayectoria educativa; la trayectoria habitacional; la trayectoria laboral; las principales problemáticas que han atravesado en sus vidas; y los vínculos socio-afectivos.

De las 12 personas entrevistadas, 11 son varones y sólo una es mujer. Sus edades oscilan entre los 23 y los 54 años.

En términos generales, las personas entrevistadas han alcanzado bajos niveles de educación formal. En la mayoría de los casos y, en sintonía con lo relevado por otras investigaciones, la interrupción de las trayectorias educativas durante la niñez y la adolescencia se asocia a la vulnerabilidad socioeconómica y, en particular, a la obligación de ingresar al mercado laboral a edades tempranas (especialmente entre los varones) y a la necesidad de hacerse cargo del cuidado de menores y de adultos mayores en el hogar (especialmente entre las mujeres) (Pérez, 2018; Miranda López, 2019).

En todos los casos, las personas entrevistadas han estado, en algún momento de sus vidas, en situación de calle. En relación a este aspecto, se observa una gran heterogeneidad en la muestra, que abarca desde un entrevistado que estuvo en dicha condición dos meses hasta otro que lleva 14 años. A su vez, los relatos permiten advertir que, en términos generales, las personas alternan entre el ingreso a un parador, un hogar de acogida o el alquiler de una vivienda por un plazo corto de tiempo con la ayuda del subsidio habitacional con períodos en los que se ven obligados a pernoctar en la calle.³ En aquellas situaciones en que las personas se van a vivir a la casa de un familiar o de su pareja, la posibilidad de retornar a la situación de calle, tal como narraron, parece menos frecuente.

La reconstrucción de las trayectorias laborales permite percibir, una vez más, la situación de vulnerabilidad en que se encuentran las personas

3. El Programa de Atención para Personas en Situación de calle del Gobierno de la CABA, aprobado por el decreto 690/06 y posteriormente modificado a través de distintos decretos, establece el otorgamiento de un subsidio económico para que familias y personas en situación de calle puedan acceder al pago de una vivienda en alquiler por un período de doce meses, con posibilidad de ser renovado por un plazo mayor. Para acceder a dicho subsidio habitacional las personas deben cumplir con una serie de requisitos: presentar un certificado de que se encuentran en situación de calle elaborado por un/a trabajador/a social; ser residentes de la CABA con una antigüedad mínima de dos años; contar con Documento Nacional de Identidad (DNI); presentar comprobante de haber conseguido una vivienda en alquiler; y cumplimentar con los controles de salud y educación de los/as hijos/as a cargo (en los casos en que corresponda).

entrevistadas. Esta vulnerabilidad se expresa en dos niveles: 1) en la excepcionalidad de que alguna de ellas haya tenido un empleo estable en el pasado; y 2) en la dificultad que enfrentan en la actualidad para obtener un trabajo formal por fuera de los centros en los que residen (cuatro de las personas entrevistadas se desempeñan como acompañantes pares o realizan tareas de limpieza en el hogar de acogida en que viven).

En las entrevistas a personas en situación o riesgo de calle se abordaron también las principales problemáticas que han atravesado en sus vidas. El consumo problemático de drogas, de sustancias legales o ilegalizadas, fue referido por la mitad de los sujetos entrevistados. Como muestran otros estudios (Kirby, 2020; Tsai y Wilson, 2020), entre la población en situación de calle es elevada la incidencia de dicha problemática. Pese a ello, existen muy pocos trabajos que den cuenta de la problemática específica de las personas en situación de calle que atraviesan situaciones de consumos problemáticos de drogas. Entre estos, se destaca la investigación realizada por Jorgelina Di Iorio (2019) sobre las relaciones entre situación de calle, consumos de drogas y usos del espacio público, a partir de entrevistas y grupos focales con personas en situación de calle. Como señala la autora, las personas en situación de calle y de consumo se encuentran atravesadas por estigmatizaciones sociales en función de su clase social, pero también de los usos que realizan del espacio público, que aparecen como ilegítimos en las representaciones sociales.

Según datos del Primer Censo Popular de Personas en Situación de Calle realizado en la CABA (2017),⁴ el 65% de las personas consultadas (n=1840) refirió consumir algún tipo de sustancia, siendo las más nombradas el tabaco (18% del total), el alcohol (14%), la marihuana (9%), la pasta base/paco (7%), el clorhidrato de cocaína (5%) y las “pastillas” (3%). Del total de personas que refirieron consumir alguna sustancia (n=1196), el

11% manifestó encontrarse realizando algún tratamiento.

El consumo problemático de drogas fue considerado por algunas de las personas entrevistadas como un elemento que conduce, casi inexorablemente, a la situación de calle. Por su parte, desde la óptica de algunos/as entrevistados/as como César,⁵ la gran mayoría de las personas que están en situación de calle se encuentran, en simultáneo, en situación de consumo.

“Entrevistadora (E): ¿Y cuáles fueron las situaciones que te llevaron a la situación de calle?”

César (C) (51 años): El consumo.

E: El consumo.

C: Todo el que consume en algún momento termina en situación de calle, todo, todo el que consume, a no ser que tengas plata. Ye digo más, he conocido gente que tenía plata y terminó tirado en una esquina. La base primordial es el consumo y mayormente la mayoría de las personas que caen en un Parador, la mayoría, no te digo toda, es por algún tipo de adicción (...).”

Por otra parte, algunos entrevistados señalaron haber estado privados de la libertad, haber sido víctimas de abuso sexual y de situaciones de violencia familiar durante su infancia, así como de hechos de violencia interpersonal que les produjeron lesiones físicas que afectaron sus capacidades para trabajar. La única entrevistada mujer fue víctima de violencia de género por parte de su pareja.

Como han mostrado otras investigaciones (Ramírez, 2017; Camarotti, Güelman y Azparren, 2018; Azparren, 2021), es habitual que quienes enfrentan procesos de vulnerabilidad social y, en especial, la

4. Los datos del relevamiento de 2017 son los más actuales en relación a la temática. Si bien en 2019 fue realizado un nuevo censo, solo fue publicado un resumen ejecutivo que no cuenta con la información sobre prevalencia de consumo de drogas de la población en situación de calle.

5. En virtud del compromiso asumido en el consentimiento informado, los nombres de las personas entrevistadas fueron reemplazados por seudónimos.

población en situación o riesgo de calle hayan interrumpido el contacto con personas significativas de su entorno.⁶ Estas personas constituyen, muchas veces, soportes afectivos, es decir, amortiguadores para enfrentar las pruebas y soportar la existencia (Martuccelli, 2007; Güelman, 2020). Entre las situaciones de ruptura o interrupción de vínculos sociales cabe mencionar la no convivencia con hijos/as menores y/o la imposibilidad de verlos/as fruto, por ejemplo, de conflictos familiares de diversa índole o de haber perdido la tenencia. Las situaciones descritas fueron mencionadas por la mayoría de las personas entrevistadas. No obstante, como patrón común, las personas refieren haber recompuesto recientemente vínculos con familiares, especialmente, con hijos/as, hermanos/s, madres y padres. La rehabilitación del consumo problemático de drogas es un factor que contribuye, en múltiples ocasiones, a la recomposición de estos vínculos. Por otra parte, varias personas entrevistadas mencionaron también haber formado pareja recientemente.

Los vínculos de amistad de las personas en situación o riesgo de calle no fueron un tópico que haya emergido de manera reiterada en las entrevistas. Como hemos desarrollado hasta aquí, quienes están en esta condición enfrentan procesos de vulnerabilidad multidimensional, que incluyen lo que podría denominarse vulnerabilidad socio-afectiva o relacional. A los fines de ilustrar la vivencia de esta faceta de la vulnerabilidad, recuperamos el testimonio de Esteban. Para este joven, vivir en la calle obliga a las personas a estar alerta todo el tiempo y a no poder confiar “ni en tu propia sombra”. En este marco, como él mismo señala, la posibilidad de entablar vínculos genuinos de amistad se ve fuertemente restringida.

Algo importante a considerar en el trabajo con esta población es la falta de documentación personal. Como señalaron las personas entrevistadas, y ha sido indagado también en otros trabajos (Ramírez, 2017; Azparren, 2021), la pérdida de la documentación personal es una problemática

recurrente en personas en situación de calle o de consumo de drogas.

A modo de cierre de este apartado, la caracterización de las personas en situación o riesgo de calle entrevistadas muestra que sus vidas están signadas por una significativa vulnerabilidad. Esta vulnerabilidad se expresa en múltiples dimensiones: socioeconómica, educativa, habitacional, laboral, relacional y de salud.

ACCESIBILIDAD AL SISTEMA DE SALUD

La accesibilidad al sistema de salud es un vínculo que se construye entre los sujetos y las instituciones (Ferrara, 1985; Rossi, Pawlowicz y Singh, 2007). Según Alicia Stolkiner *et al.* (2000), en los servicios de salud se producen desencuentros entre los/as agentes a cargo y las personas usuarias. La incorporación de la perspectiva de los sujetos resulta, entonces, fundamental para dar cuenta de los factores que favorecen o, por el contrario, dificultan el acceso a los servicios de salud (Barcala y Stolkiner, 2000).

La accesibilidad puede desagregarse en cuatro dimensiones fundamentales: 1) geográfica; 2) económica o financiera; 3) organizacional; y 4) cultural y simbólica. La accesibilidad geográfica refiere a la distancia que debe recorrer el/la usuario/a para llegar al centro de salud. La accesibilidad económica o financiera refiere a la proporción del gasto público ligado al mantenimiento efectivo de las instituciones, así como a los recursos económicos que los individuos poseen al momento de cubrir el tratamiento (gastos de traslado, compra de medicamentos y sostenimiento de tratamientos prolongados) (Engelman, 2006; Mauro, Solitario, Garbus y Stolkiner, 2006). La accesibilidad organizacional está ligada a las vacantes, los turnos y la facilidad para acceder y permanecer en los servicios de salud. Finalmente, la accesibilidad cultural y simbólica alude a los hábitos y prácticas de los sujetos de una

6. Desde la perspectiva que adoptamos, el concepto de vulnerabilidad refiere a dos aspectos interrelacionados: la disponibilidad de soportes y la susceptibilidad de individuos y grupos sociales frente a los padecimientos. Hablar de procesos de vulnerabilidad (y no de situación de vulnerabilidad) permite trascender la idea de que se trata de algo estático o dado de una vez y para siempre y habilita la comprensión de su carácter dinámico. De acuerdo con algunos autores/as del campo de la Salud Colectiva, los procesos de vulnerabilidad se componen de tres niveles que, en las experiencias de los individuos y grupos sociales, se presentan articulados: 1) las trayectorias individuales; 2) los vínculos e interacciones; y 3) los contextos socio-institucionales (Ayres *et al.*, 2008; Pecheny, 2013; Di Leo y Camarotti, 2015; Tapia, 2018).

comunidad determinada, por lo que contempla la diversidad de culturas y creencias existentes en la población (Ramírez, 2015).

Los estudios empíricos que han abordado el acceso a la salud identificaron como principales barreras: el costo de los medicamentos, consultas médicas y exámenes; el temor o vergüenza a atenderse en un servicio de salud; la desconfianza en los equipos de salud y en el tratamiento prescrito; y el estigma social. Los elementos facilitadores más frecuentes son: contar con redes de apoyo social; el valor asignado a la atención de salud para reducir riesgos y complicaciones; y la adaptación de los servicios al paciente y los programas de manejo de la enfermedad (Aday *et al.*, 2013).

La accesibilidad al sistema de salud para las personas en situación o riesgo de calle presenta numerosas barreras. Entre las más mencionadas se encuentran: no contar con DNI, las largas esperas para obtener turnos y la falta de disponibilidad de medicamentos. Cuando las personas requieren de algún tipo de atención médica acuden a hospitales o centros de salud públicos. Los motivos por los cuales esta población concurre al sistema de salud son violencia, hipotermia, cuestiones ligadas a la desnutrición, problemas respiratorios (tuberculosis, neumonías), laceraciones que requieren seguimiento dermatológico, infecciones de transmisión sexual (VIH/sida, hepatitis B o sífilis) u otras enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión (Capellini *et al.*, 2012, Ramírez, 2015; Morande, 2018).

En contexto de pandemia por COVID-19, los/as entrevistados/as que generalmente asistían a servicios de salud comentaron mayoritariamente que se abstuvieron de concurrir a las consultas y que sólo lo hicieron por alguna cuestión de emergencia. En el caso de haber concurrido lo hicieron por alguna dolencia crónica que requería atención inmediata (aumento de niveles de diabetes, hipertensión, afecciones respiratorias, entre las más frecuentes) o por situaciones de emergencia (cortes en la piel o posible caso de COVID positivo).

“Fui cuando me contagié tuberculosis, estuve internado tres meses en el Hospital (...) soy portador de HIV hace 27 años y por eso fue también que me agarré la tuberculosis” (Santiago, 52 años).

En varias entrevistas se narró que concurrir a un servicio de salud no es una decisión que se tome con facilidad. Las personas en situación o riesgo de calle que participaron de este estudio comentaron que, en general, prefieren asistir poco a las instituciones de salud. En la mayoría de los relatos se destacó que existe vergüenza y miedo.

Las experiencias narradas sobre el ingreso a los servicios de salud fueron disímiles, tanto antes como durante la pandemia. Para algunas personas, las experiencias fueron buenas debido al trato recibido por los/as profesionales. Otras, en cambio, comentaron que no lograron ser atendidas debido a las demoras en la obtención de turnos o a las largas esperas.

“Yo he ido a un CeSAC que justo tocó la época de COVID, fue la primera vez que fui, pero sé que el CeSAC trabaja bien, tuve relación con el CeSAC cuando yo estuve en La Boca y la atención era muy buena. Tuve fea experiencia con otro que está en San Telmo. No te dejaban entrar (Francisco, 49 años).

(...) Más que nada en el tema de los turnos es como muy tedioso para cierta situación y no lo hablo desde el punto de vista de un hogar, lo hablo desde el punto de vista de accesibilidad a la Salud Pública. Casi vine a las 4 de la mañana para hacer una cola para que después el médico te diga que 10 y media te va a atender. O sea, eso si lo hace un tipo como yo que tengo 38 años bueno, más o menos lo hacemos, pero un tipo de 60 años a las 7 [de la mañana] te dice: “Tómatela, no me des nada, me voy a mi casa ya se me pasó el dolor o lo que sea”” (Ernesto, acompañante par, 38 años).

Durante la primera etapa de la pandemia, coincidente con el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) -de marzo a noviembre de 2020- la atención de la salud de estas personas se gestionó, en general, a través de los paradores y hogares de acogida. Ello respondió a que las personas en situación de calle, durante esta etapa, sostuvieron vínculos fluidos con estas instituciones, ya que se vieron obligadas a permanecer allí durante períodos prolongados.

“Sí, yo creo que también cuando estuve en el parador se facilitó que me sacaba el turno [una persona] y podía ir yo, aparte iba acompañado con uno de los chicos o una de las chicas de ahí. Acá que estoy en este Hogar que puedo salir solo si alguna vez quiero hacerme algo, por ejemplo, de odontología que tengo ganas de hacerme los dientes que fumaba y todo eso, creo que no tengo problema, tengo que ir a buscar el turno y listo” (Pedro, 46 años).

Las personas entrevistadas comentaron que fue central, para lograr acceder a la atención requerida, haber recibido el acompañamiento de alguien que los ayude a sortear las barreras institucionales o que insista para que los asista el personal de salud. También relataron que, incluso en momentos previos a la pandemia, contar con acompañantes pares facilitaba mucho el proceso de atención. Otra puerta de entrada al sistema de salud fueron las campañas de vacunación, sobre todo las de la gripe y la neumonía.

“(…) hace poquito nos dieron la antigripal. Yo en un transcurso de dos meses me di la antitetánica y la antigripal” (Iván, 23 años).

“El año pasado me dieron cuatro [vacunas] porque en [el parador de] Parque Avellaneda me dieron tres, en [el Parador] Roca me dieron una y ahora me volvieron a dar la antigripal” (Adrián, 54 años).

EL ROL DE LOS DISPOSITIVOS COMUNITARIOS Y LOS/AS ACOMPAÑANTES PARES

Casi todas las personas entrevistadas lograron vincularse con instituciones durante la pandemia y valoraron positivamente los espacios en los que había un abordaje integral e interdisciplinario.⁷ La perspectiva integral implica aportarle a las y los concurrentes recursos sociales, culturales, sanitarios, laborales, esco-

lares, culturales, familiares y personales. El mecanismo utilizado para plantear este tipo de trabajo son las redes de cooperación formales e informales con diversas organizaciones de la sociedad civil, fundamentalmente públicas y privadas. A partir del armado de estas redes se obtienen recursos tales como alimentación, trabajo, obtención de DNI, medicamentos, “changas”, espacios habitacionales para acceder a la vivienda temporal, entre otras cuestiones. A partir de este trabajo, se arman soportes territoriales, comunitarios y afectivos con personas o instituciones, de allí la importancia de este tipo de instituciones para colaborar en una campaña de vacunación (Milanese, 2013; Astolfi Romero *et al.*, 2020).

Una particularidad de los dispositivos comunitarios que brindan asistencia para las personas en situación de consumo problemático de drogas es que el abordaje que realizan busca paliar las consecuencias negativas de la vulnerabilidad social de las personas que concurren y garantizar el acceso a diversos derechos. En el contexto de la pandemia por COVID-19, estos centros desarrollaron una función inédita, que debe comprenderse en el marco de la integralidad de su abordaje: la vacunación de personas en situación o riesgo de calle con consumo problemático de drogas.

Las instituciones que gozaron de valoraciones positivas son aquellas en las que se ofrece “algo más que sólo una cama para dormir”. Así, los espacios destacados fueron los que contaban con profesionales especialistas en salud mental y brindan capacitaciones o actividades lúdicas. En particular, los/as entrevistados/as ponderaron aquellos espacios en los que se valoran sus experiencias de vida en la calle y se les asigna el rol de acompañantes pares, para que oficien de nexo entre las instituciones y las personas en situación de calle.

Los/as acompañantes pares pueden ser definidos como personas que han padecido distintas situaciones de vulnerabilidad (han estado en situación de calle y/o han presentado consumos problemáticos de drogas) y actualmente realizan tareas de

7. Resulta importante señalar que como se mencionó en el apartado de estrategia metodológica, las personas entrevistadas fueron contactadas a través de diversas instituciones. Por tanto, la afirmación relativa al estrecho vínculo de las personas en situación o riesgo de calle con las instituciones no puede ser generalizada a toda la población en esta condición.

cuidado comunitario, a partir de los aprendizajes que han obtenido en sus experiencias de vida.⁸ El supuesto que subyace a esta tarea es que nadie puede acompañar mejor a una persona en situación de calle que alguien que pasó por esa problemática con anterioridad. Como señala David (acompañante par, 38 años): “Uno que estuvo en situación de calle sabe qué clase de necesidad puede llegar a tener una persona que hoy está en la calle”. Del mismo modo, el propio David, manifiesta que quien atravesó una situación de consumo problemático y logró rehabilitarse posee un diferencial para ayudar a quien se encuentra vivenciando dicha situación, respecto de quien “solo” cuenta con formación teórico-profesional.

“Si viene uno que anduvo en consumo yo las tomo las cosas porque me va a hablar de cómo manejarme, por dónde ir, por dónde no ir. Voy a tomar cosas de la gente (...)” (David, acompañante par, 38 años).

134

Los modos de participación de los/as acompañantes pares son diversos y requieren diversas responsabilidades. Entre estas se cuentan: repartir comida, ayudar a que las personas se acerquen a las instituciones, detectar personas en situación de calle, auxiliar en la realización de trámites, gestionar turnos médicos, acompañar a las personas en la adherencia a los tratamientos y facilitar el acercamiento del personal de salud a las personas en situación de calle.

“Me fueron a buscar, aparte yo sabía que iban a aparecer [se refiere al acompañante par] pero que me me aparezca el médico en un pasillo nunca lo pensé. Me puse a llorar y le dije: “Vos la verdad que hiciste lo que mi papá nunca había hecho en mi vida”. Me puse a llorar” (Lautaro, acompañante par, 26 años).

Las personas entrevistadas mostraron, en algunos casos, desconfianza hacia el personal médico y las instituciones de salud. De allí que otra actividad

de los/as acompañantes pares sea la de conversar con estas personas acerca de sus dolencias y comunicar esta situación al personal de salud.

Las personas entrevistadas destacaron la importancia del rol de los/as acompañantes pares para favorecer el acceso de las personas en situación de calle a la vacunación. Para los/as entrevistados/as una buena estrategia de acercamiento a las personas en situación de calle es contar con acompañantes pares, ya que estos/as son quienes mejor conocen en qué lugares se encuentran las personas en situación de calle, qué circuitos diarios realizan, en qué horarios resultaría conveniente realizar las campañas de vacunación y qué temores y resistencias pueden presentar ante la vacuna. A su vez, participar de la campaña de vacunación es visto por los/as propios/as acompañantes pares como una forma de “mostrar con el ejemplo que se puede salir de la situación de calle”, “brindar esperanzas” y “devolver”, de alguna manera, lo que otras personas han hecho por ellos/as cuando se encontraban en esa situación. Esta tarea es vista también como una forma de “concientizar” a la población en calle sobre la importancia de la vacuna contra el COVID-19 y de aportar elementos de higiene personal y brindar información. La experiencia de haber estado en situación de calle es vista por sus protagonistas como un “plus” para el trabajo de acompañamiento. Como señala uno de los entrevistados:

“(...) estamos mejor de lo que estábamos antes y de la experiencia se logra que podamos transmitirlo a otras personas que lo necesitan (...) que no es solamente lo material, sino también una palabra de aliento. Porque capaz que hay mucha gente que se siente marginada y nosotros al vivir esa situación podríamos darle el aliento de otra manera, a que venga una persona del gobierno que saben porque estudian para ejercer esa profesión, pero nosotros lo vivimos desde adentro” (Iván, 23 años).

8. Uno de los elementos facilitadores para el acceso a la salud es contar con redes de apoyo social. Por tal motivo, los/as acompañantes pares fueron convocados/as a través de las organizaciones sociales que conforman la red. Los/as acompañantes pares fueron capacitados/as en promoción y prevención de la salud y en conceptos básicos de la vacunación contra el COVID-19, a los fines de contar con herramientas que les permitieran brindar información durante los operativos territoriales de vacunación.

CONCLUSIONES

Las personas en situación o riesgo de calle enfrentan procesos de vulnerabilidad en múltiples dimensiones: socioeconómica, educativa, habitacional, laboral, socio-afectiva o relacional y de salud. Si bien la falta de una vivienda es el indicador principal y más gravoso de su vulnerabilidad habitacional, esta población también tiene grandes obstáculos para el acceso a servicios básicos (luz, agua, gas, internet, telefonía).

La población en situación o riesgo de calle atraviesa dificultades en la vinculación con las instituciones estatales. Una de las más relevantes es el acceso a los efectores de salud. Por esa razón, los espacios comunitarios con una impronta integral fueron reconocidos por los/as entrevistados/as, por su presencia permanente en el territorio. Estos espacios facilitan el acceso a la orientación, contención, atención y acompañamiento de personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad social.

La accesibilidad al sistema de salud para las personas en situación o riesgo de calle presenta numerosas barreras, por ejemplo, en relación a los horarios acotados, la ubicación de los dispositivos y algunas reglas internas de funcionamiento. Estas barreras ponen en jaque, en múltiples ocasiones, la efectivización del derecho a la salud por parte de estas personas.

Quienes participaron de este estudio comentaron que, en general, prefieren concurrir “lo menos posible” a las instituciones de salud. En la mayoría de los relatos destacaron que cuando asisten sienten vergüenza y miedo. Las experiencias narradas sobre el ingreso a los servicios de salud, durante la pandemia, fueron disímiles. Algunas personas valoraron positivamente las experiencias por el buen trato recibido de parte de los/as profesionales. Otras, en cambio, comentaron que no lograron ser atendidas por las demoras en la obtención de turnos, por las largas esperas o, directamente, porque no fueron recepcionados/as por el personal administrativo.

Los/as acompañantes pares cumplieron un rol central en la atención de la salud de las personas en situación o riesgo de calle durante la pandemia. Por un lado, ayudaron a esta población a

sortear las barreras de acceso al sistema de salud. Por el otro, se abocaron a la concientización de la importancia de la vacunación en general y de la inmunización contra el COVID-19, en particular.

Estos tuvieron también un papel fundamental en la concientización respecto a la vacunación contra el COVID-19 en personas en situación o riesgo de calle, pero también en la promoción de medidas de cuidado. Las principales tareas que realizaron, según nuestro relevamiento, fueron las siguientes: la entrega de barbijos y elementos de higiene personal a personas en situación o riesgo de calle; la comunicación de las medidas de prevención del COVID-19 y las estrategias de autocuidado y cuidado colectivo; la detección temprana de casos sospechosos de COVID-19, para ser testeados y eventualmente aislados; el acercamiento de información respecto de la campaña de vacunación a las personas en situación o riesgo de calle (ventajas de la vacuna, posibles efectos secundarios, requisitos de acceso, días, lugares y horarios de vacunación); el acompañamiento en el registro de las personas vacunadas; y el seguimiento de los esquemas de vacunación para la aplicación de las segundas y terceras dosis.

Como han señalado las personas entrevistadas, ser acompañante par las ubica en un lugar de reconocimiento social y les permite desempeñar tareas de cuidado, a partir de la experiencia que han adquirido en sus trayectorias vitales. Sin embargo, entendemos que esta formación experiencial debería ser complementada con una capacitación formal y un reconocimiento económico que les permitan desarrollar estas tareas con más y mejores herramientas.

A modo de cierre, entendemos que resulta fundamental el desarrollo de políticas públicas integrales que faciliten el acceso a los servicios públicos a las personas en situación o riesgo de calle y les permitan contar con un lugar seguro donde vivir. La planificación e implementación de estas políticas debe tener en cuenta el punto de vista de las personas destinatarias, especialmente cuando se trata de poblaciones vulnerabilizadas. Igualmente esencial es que se garantice su derecho a la alimentación, al trabajo, a la educación y a la salud. Solo la efectivización de estos derechos permitirá que, paulatinamente, puedan comenzar a desandarse los caminos de la vulnerabilidad social.

BIBLIOGRAFÍA

- Aday M.H. et al. (2013). “Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa”. En *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33.
- Astolfi Romero, C.; Azparren, A. L.; Bordoni, M. F.; Carroli, M.; Fernández, A.; Garbi, S.; Tejera, E. y Tufró, F. (2020). *Modelo de Abordaje integral de los consumos problemáticos. Una experiencia de política pública*. Buenos Aires: Sedronar- Presidencia de la Nación Argentina.
- Ayres, J.R.M.C. et al. (2008). “El concepto de vulnerabilidad y las prácticas de salud: nuevas perspectivas y desafíos”. En Czeresnia, D. y Freitas, M. C. (Orgs.), *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones y tendencias*. Buenos Aires: Lugar.
- Azparren, A.L. (2021). Del consumo al cuidado. Trayectorias de personas usuarias de pasta base/paco en villas de la Ciudad de Buenos Aires (2014-2018). Análisis desde una perspectiva interseccional (Tesis de doctorado no publicada). Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Barcala, A. y Stolkner, A. (2000). “Accesibilidad a servicios de salud de familias con sus necesidades básicas insatisfechas (NBI). Estudio de caso”. En *Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología. UBA*, VIII.
- Boy, M. (2011). “Políticas sociales para personas que viven en la calle. Un análisis comparativo entre el caso de la Ciudad de Buenos Aires y del Distrito Federal”. En *Quid 16. Revista del Área de Estudios Urbanos*, 1.
- Boy, M. y Perelman, M. (2008). “Los sin techo de Buenos Aires”. En *Ciudades*, 78.
- Brena, M. L. (2019). Los habitantes de la calle: acercamiento a la situación de calle en CABA [Tesis de grado no publicada]. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Brutto, O. H. D. et al. (2021). “Social Determinants of Health and Risk of SARS-CoV-2 Infection in Community-Dwelling Older Adults Living in a Rural Latin American Setting”. En *Journal of Community Health*, 46, 2.
- Calcagno, L. (1999). Los que duermen en la calle. Un abordaje de la indigencia extrema en la ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires: Centro de Documentación en Políticas Sociales-Secretaría de Promoción Social-Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Camarotti, A. C., Güelman, M. y Azparren, A.L. (2018). “Caracterización de personas consumidoras de cocaínas fumables que realizan tratamiento por drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires”. En *Vértex. Revista argentina de psiquiatría*, 29.
- Capellini, N., Cohen, M., Wolochin, I. y Escobar, A. (2012). “Internación de pacientes en situación de calle: estrategias de Intervención desde el Trabajo Social”. En *Margen: Revista de Trabajo Social*, 67.
- Cuthill, F. (2019). *Homelessness, social exclusion and health: global perspectives, local solutions*. Edimburgo: Dunedin Academic Press Ltd.
- Di Iorio, J. (2019). “Vivir en situación de calle en contextos urbanos: subjetividades en resistencia”. En *Revista Interamericana de Psicología*, 53(2).
- Di Iorio, J.; Seidmann, S.; Rigueiral, G. y Abal, Y. (2020). “Circuitos socio-asistenciales para población en situación de calle en la Ciudad de Buenos Aires: Representaciones sociales y Prácticas”. En *Psyche*, 29(1).
- Di Leo, P. F. y Camarotti, A. C. (Eds.) (2013). *Quiero escribir mi historia. Vidas de jóvenes en barrios populares*. Buenos Aires: Biblos.
- Engelman, M. (2006). “Discriminación y estigmatización como barreras de accesibilidad a la salud”. En *Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología. UBA*, XIV.
- Ferrara, F. (1985). *Teoría social y salud*. Buenos Aires: Catálogos.
- Freitas, C. M. de, de Freitas, C. M., de Mefano e Silva, I. V. y da Cunha Cidade, N. (2020). “COVID-19 as a global disaster: challenges to risk governance and social vulnerability in Brazil”. En *Ambiente & Sociedade*, 23.
- Gentile, M. F. (2014). *La niñez en los márgenes, los márgenes de la niñez. Experiencias callejeras, clasificaciones etarias e instituciones de inclusión en niños/as y jóvenes del AMBA* (Tesis de doctorado no publicada). Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Güelman, M. (2020). Entre la socialización y la individuación. Rehabilitación del consumo de drogas y procesos de conformación de individualidad de residentes y ex residentes de comunidades terapéuticas religiosas (Tesis de doctorado no publicada). Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

- Kirby, T. (2020). "Efforts escalate to protect homeless people from COVID-19 in UK". En *The Lancet. Respiratory Medicine*, 8(5).
- Martuccelli, D. (2007). *Cambio de rumbo. La sociedad a escala del individuo*. Santiago de Chile: LOM.
- Mauro, M., Solitario, R., Garbus, P. y Stolkiner, A. (2006). "La accesibilidad a los servicios de salud: una experiencia con adultos mayores de 59 años". En *Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología*. UBA, XIII.
- Maxwell, J. (1996). *Qualitative Research Design. An interactive approach*. Thousand Oaks: SAGE.
- Miranda López, F. (2019). "Diagnóstico, teoría e intervenciones públicas para abatir el abandono escolar en la educación secundaria de segundo ciclo: aprendizajes desde América Latina". En *Revista Latinoamericana de Educación Comparada*, 9(14).
- Milanese, E. (2013). *Tratamiento comunitario de las adicciones y de las consecuencias de la exclusión grave. Manual de trabajo para el operador*: México D.F.: Plaza y Valdés & Cafac.
- Morande, B. (2018). Salud callejera: la Atención Primaria de Salud en los márgenes de la Ciudad de Buenos Aires. Redes de cuidado de una organización de la Sociedad Civil para personas en situación de calle/Street health: Primary Care in the margins of the Ciudad de Buenos Aires Care networks of a Civil Society organization for individuals experiencing homelessness. Independent Study Project (ISP) Collection. 2769. Disponible en línea en: https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/2769 [fecha de consulta 29 de julio de 2021].
- Naik, S. S. et al. (2020). "Homeless people with mental illness in India and COVID-19". En *The Lancet. Psychiatry*, 7(8).
- Pecheny, M. (2013). "Desigualdades Estructurales, Salud de Jóvenes LGBT y Lagunas de Conocimiento: ¿Qué Sabemos y qué Preguntamos?" En *Temas em Psicologia* 2 (21).
- Pérez, P. E. (2018). "Inserción laboral de jóvenes y desigualdades de género en la Argentina reciente". En *Revista Reflexiones*, 97(1).
- Pires, R. R. C. (2020). Os Efeitos sobre grupos sociais e territórios vulnerabilizados das medidas de enfrentamento à crise sanitária da Covid-19: propostas para o aperfeiçoamento da ação pública. Disponible en línea en: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9839> [fecha de consulta 27 de julio de 2021].
- Ramírez, R. (2015). "Respuestas socio-sanitarias frente al consumo de pasta base: límites y potencialidades de los centros de rehabilitación de la zona Sur del Área Metropolitana de Buenos Aires". En *Revista Argentina de Salud Pública*, 6 (25).
- Ramírez, R. (2017). Los tratamientos no siempre son iguales. Experiencias, cuidados y vulnerabilidades de personas en tratamiento ex consumidores de PB/paco en centros de tratamiento del área Metropolitana sur de la Ciudad de Buenos Aires (Tesis de maestría no publicada). Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Rosa, P. C. (2012). "Pobreza urbana y desigualdad: la asistencia habitacional a personas en situación de calle en la ciudad de Buenos Aires". En Bolívar, T. y Erazo Espinosa, J. (Coords.), *Dimensiones del hábitat popular latinoamericano*. Quito: CLACSO.
- Rosa, P. C. (2013). "¿Cuántos son, quiénes son los habitantes de la calle? Acercamientos a las cifras". En *Trabajo y Sociedad*, 21.
- Rosa, P. C. (2020). "La ciudad de los habitantes de la calle. Asistencia y propuestas en el escenario de la pandemia COVID-19 en la Ciudad de Buenos Aires". En Delgado Ramos, G.C. y López García, D. (Eds), *Las ciudades ante el COVID-19: nuevas direcciones para la investigación urbana y las políticas públicas*. México: Plataforma de conocimiento para la transformación urbana.
- Rossi, D., Pawlowicz, M.P. y Singh, D. (2007). *Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario. La perspectiva de los trabajadores de salud*. Buenos Aires. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.
- Santos, J. P. C., Siqueira, A.S.P., Praça, H.L.F y Albuquerque, H. G. (2020). "Vulnerability to severe forms of COVID-19: an intra-municipal analysis in the city of Rio de Janeiro, Brazil". En *Cadernos de Saúde Pública*, 36.

Sautu, R. (Comp.) (1999). *El método biográfico. La reconstrucción de la sociedad a partir del testimonio de los actores*. Buenos Aires: Editorial de Belgrano.

Stolkiner, A. et al. (2000). "Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso". En Domínguez Mon, A.M., Federico, A., Findling, L. y Mendes Diz, A.M. (Comps.), *La Salud en Crisis. Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Dunken.

Tapia, S. A. (2019). "Vulnerabilidades, movilidades y corporalidades en jóvenes que realizan prácticas artísticas y deportivas en barrios populares de Buenos Aires". En *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 28.

Tortosa, P.I. (2015). *Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires* (Tesis de maestría no publicada). Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús, Lanús.

Tsai, J y Wilson, M. (2020). "COVID-19: a potential public health problem for homeless populations". En *The Lancet. Public Health*, 5(4).

Vasilachis de Gialdino, I. (2007). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.

Fuentes

Dirección General de Estadística y Censos-Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2022). Relevamiento Censal de Personas en Situación de Calle de la Ciudad de Buenos Aires. Resultados y aspectos metodológicos. Buenos Aires: Autor.

I Censo Popular de Personas en Situación de Calle (2017). Informe preliminar.

Informe Ejecutivo Segundo Censo Popular de Personas en Situación de Calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 5 de julio de 2019. Disponible en línea en: <https://acij.org.ar/wp-content/uploads/2019/07/416580426-Informe-Ejecutivo-CPPSC-2019.pdf> [fecha de consulta 22 de julio de 2021].

Ley 3706: "Protección y Garantía Integral de los Derechos de las Personas en Situación de Calle y en Riesgo a la Situación de Calle"-Consejo de Derechos Humanos, 2018