



Universidad de San Andrés

Departamento de Ciencias Sociales

Maestría en Administración y Políticas Públicas

***Primeras líneas de asistencia a las Personas en Situación de
Calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires***

Autor: LUCRECIA CAPDEVILA

Mentor de Tesis: Seira, Iván

Primeras líneas de asistencia a las Personas en Situación de Calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

POR LUCRECIA CAPDEVILA

Introducción

A lo largo del presente trabajo se desarrollará como influye la articulación y coordinación entre los distintos programas y servicios del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en la capacidad de respuesta a demandas y necesidades de las Personas en Situación de calle.

Para ello, se analizarán los programas y servicios diseñados específicamente para asistir a Personas en Situación de calle y la relación de esos servicios con otros, que también asisten a esta población por “efectos transversales” (Repetto 2009) considerando las aristas multidimensionales de la temática.

La vulnerabilidad extrema de esta de la población y la heterogeneidad de los componentes de esta problemática social, requiere de políticas públicas sociales que permitan primero satisfacer las necesidades más inmediatas (Repetto 2010); no obstante, se sostendrá que gestionar las problemáticas vinculadas a las Personas en situación de calle, no solo consiste en administrar el déficit habitacional, sino también las dificultades propias de cada individuo, grupo y/o familia en situación de calle (Di Lorio 2021) tales como la salud general y/o padecimientos de salud mental. Es decir, que no será sólo un tema de acceso a la vivienda/techo, sino que también deberá comprenderse la intersección con el campo de la salud y la salud mental. (Di Lorio 2021).

El problema de la articulación y la coordinación aparecen, porque los recursos y la autoridad para la provisión de bienes y servicios públicos de una política pública social, en general, no se asignan por completo a una sola área o Ministerio y entonces las gestiones de estas políticas sociales suelen caracterizarse por su desarticulación y fragmentación institucional (Repetto y Fernández 2012). Así, esas dificultades que existen en el marco de la actividad estatal y pueden originarse en el plano interno organizacional, dan lugar a la aparición de brechas en la

capacidad de accionar estatal (Oszlak y Orellana 1993); la capacidad se fortalece a partir de la coordinación de diversos componentes (Robles 2009).

En otras palabras, las decisiones de ciertas áreas de gobierno inciden sobre las condiciones en que se deciden e implementan otras decisiones en otras áreas de gobierno y los protagonistas de dichas áreas debieran actuar en grupos y de modo estratégico (Leiras 2013), es decir, de manera coordinada.

Las políticas públicas de nuestro país frente a la problemática de personas en situación de calle son aún incipientes y actualmente se caracterizan por la ausencia de un sistema de alcance nacional que reconozca e integre a las personas que atraviesan estas situaciones como sujetos de derechos (Rosa 2017).

En la Ciudad de Buenos Aires, el primer acercamiento a la temática se realiza en el año 1997, creando el primer programa asistencial destinado a este grupo poblacional. (Biaggio y Verón 2010) y, desde entonces, se cuenta con áreas de Gobierno y programas dedicadas a ello.

Planteo del problema y pregunta de investigación

La diversidad de respuestas de índole social requeridas por las personas viviendo en situación de pobreza y pobreza extrema- como las personas en situación de calle- demanda articulación y flexibilidad ante los diversos escenarios frente a las diversas combinaciones de prestaciones de tipo público (Repetto 2010).

Cada vez más, se observa una brecha entre el carácter complejo, multidimensional e interrelacionado de los problemas que afectan las condiciones de vida de la población y sus causas, además del carácter integrado de estos problemas desde la perspectiva de los afectados y las respuestas fragmentadas, sectoriales y parciales de las intervenciones de política pública. Los Estados pierden capacidad (y eficacia) por intervenciones descoordinadas inter-organizacionalmente (Repetto 2014).

La fragmentación organizacional y funcional en la manera en que se gestionan estas intervenciones públicas, es una división del trabajo que produce una gestión poco proclive a focalizar de forma articulada las causas y las soluciones de la problemática que atañe, que tiene una dimensión multicausal y que requiere un abordaje intersectorial (Mayorga 2017). Aquí,

por ello, se ponen en juego capacidades estatales (se movilizan, se crean, desarrollan, reconfiguran, pierden o eliminan) en el marco de políticas públicas específicas, las que de por sí presuponen la intervención de varios organismos.

Entre los principales hallazgos obtenidos en estudios sobre sobre la coordinación y su impacto en la capacidad de gestión en la asistencia de las personas en situación de calle, la crítica recae sobre dos grandes fallas: 1, en la articulación entre los servicios estatales dedicados a PSC (política social) y la sociedad civil (Rosa 2017); 2, en la coordinación intersectorial-intergubernamental (fragmentación) de la política social ofrecida (Di Lorio 2016).

En función de lo anterior, se dará respuesta al siguiente interrogante: ¿Qué efecto tuvo la coordinación de las distintas áreas de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires que asisten a las personas en situación de calle sobre la capacidad de respuesta sobre ciertas necesidades de las personas en situación de calle durante el período noviembre 2020 noviembre 2022?

En líneas generales, en Argentina y en CABA, los estudios sobre caracterización/perfiles de las PSC son presuntivos, sin embargo, ya se ha validado en distintos estudios a lo largo del mundo, por ejemplo, que las condiciones de salud físicas y mentales de una persona en situación de calle son notablemente inferiores al resto de la población general (Lancet 2014), incluso de las personas que residen en zonas marginadas; por ese motivo se estudiará el “primer triángulo” de asistencia encabezado por el Programa Buenos Aires Presente (BAP), los dispositivos de alojamiento transitorios propios del Gobierno de la Ciudad-Centros de Inclusión Social (CIS) y las intervenciones de emergencia-primarias sanitarias considerando guardias de Hospitales, SAME y Programa de Salud Mental para Personas en Calle con trastornos mentales severos.

En el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, es posible diferenciar: aquellos programas y servicios diseñados para asistir a las personas en situación de calle, que radican en la órbita del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat y la mayoría dependen de la actual Secretaría de Inclusión Social y Atención Inmediata¹ (la Secretaría se encuentra a cargo de la atención inmediata, como su nombre lo indica, a través del Programa Buenos Aires Presente (BAP) y de la emergencia habitacional, entre otras, ofreciendo alojamientos que conforman una red de

¹https://www.buenosaires.gob.ar/desarrollohumanoyhabitat/secretar%C3%ADa-de-inclusi%C3%B3n-social-y-atenci%C3%B3n-inmediata?gclid=CjwKCAjwpgCZBhAbEiwAa7pXeSXm57z-yeuMixnfVutxFcLCUBhUnbTbIpDdoIWDmuqWOa67e0t8CRoCbcUQAvD_BwE

Centros de Inclusión Social); de aquellos servicios también indispensables y/o complementarios como la salud en general y la salud mental en particular, que si bien dependen de otro organismo de gobierno se encuentran igualmente vinculados a la problemática.

El análisis se focalizará en la primera línea de acción de atención, ya que, según procesos de gestión, es la instancia donde se inicia la vinculación persona en calle con Gobierno. Si el proceso fuese lineal, la persona en situación de calle contacta al Programa Buenos Aires Presente (BAP) para ser asistido y derivado a cualquier otro programa o servicio del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, a menos que ocurra un episodio atípico de emergencia sanitaria (al que acuda SAME o la persona por sus propios medios se dirija a un hospital) o la persona ya se encontrare alojada en un Centro de Inclusión Social (CIS). La relevancia de esta instancia, tiene que ver con la modalidad en la que la asistencia a estas personas está diagramada en la Ciudad de Buenos Aires, el diagnóstico e informe psico-social y sanitario, es el antecedente y carta de presentación de estas personas que muchas no pueden valerse por sí mismas.

El ejemplo en forma de esquema teórico sería el siguiente: la persona en situación de calle contactará a BAP o el programa (BAP) detecta a la persona en situación de calle; acto seguido se ocupará de ofrecer recursos disponibles y/o guiar/ acompañar para acceso de otros programas de Gobierno, de acuerdo a perfil de esa persona o grupo familiar. Esto, igualmente, no es lineal, se reitera que se ejemplifica como si la realidad fuese ordenada. Las personas entran y salen de Centros de Inclusión Social, son contactadas innumerables veces por el BAP, frecuentan hospitales de forma esporádica, llevan una rutina nómada e irregular. Eso explica la interdependencia de estas áreas, la labor de cada una, es un datopreciado para la otra, idealmente un ida-vuelta fluido y aceitado, es un proceso que debiera asemejarse a un triage², entendido como “la llave de entrada a una asistencia eficiente y eficaz, y en consecuencia, una herramienta rápida y fácil de aplicar, que posee, además, un fuerte valor predictivo de gravedad, de evolución y de utilización de recursos” (la clasificación se realiza en muchos entornos, incluidos emergencias y desastres).³

Cuando hablamos de personas en situación de calle o del habitante de la calle, nos referimos a una población de claras características urbanas, que se encuentra desposeída de todo tipo de infraestructura básica: desde un techo hasta los recursos necesarios para satisfacer las

² “Es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder establecer adecuadamente y con seguridad el flujo de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos”.

³ (<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/triage-covid-19.pdf>).

necesidades primarias de cualquier ser humano, como el acceso a los sistemas de salud y de educación, indispensables para el desarrollo de la vida (Di Lorio 2019). Se trata de personas que viven en una emergencia habitacional extrema y que dependen de la asistencia pública y privada para subsistir dentro de la ciudad (Rosa 2012). Además de déficit de vivienda y de trabajo, poseen otro conjunto de vulnerabilidades que determinan dicha circunstancia, tales como: padecimientos físicos, de salud mental, consumo problemático de estupefacientes, exposición a violencias y/o víctimas de violencia, ser migrantes internos, migrantes de países limítrofes, etc (Boy y Pallares 2012, Seidmann 2009)

Uno de los retos de gestión pública que también afecta al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires como de la mayoría de los grandes Ciudades/Estados latinoamericanos, es dotar a los sistemas de gobierno de atributos pro-integralidad y por ende, tienen la ardua tarea de la puesta en práctica de la intersectorialidad de algunas intervenciones públicas para que las personas en situación de calle, en este caso, accedan a programas efectivos y eficaces que alivien los padecimientos derivados de los riesgos sociales que atraviesan (Repetto 2010).

La CABA, es pionera en Argentina en la implementación de políticas dedicadas a personas en situación de calle (lo que se relatará oportunamente) y, reforzando esta priorización o puesta en agenda del tema, desde el año 2017 la Dirección General de Estadística y Censos y Dirección General de Estadística y Censos del GCBA (DGEyC) – Ministerio de Hacienda- y la entonces Subsecretaría de Asistencia y Cuidado Inmediato (SSAyCI), actual Secretaría de Inclusión Social y Atención Inmediata del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat (MDHyH)- realizan un relevamiento anual de personas en situación de calle (REPSIC) que se publica oficialmente⁴.

La pregunta de investigación, se circunscribirá temporalmente desde noviembre 2020 a noviembre del año 2022. El período seleccionado se debe a que recién para ese momento, y habiéndose superado la Pandemia se ejecutaron medidas innovadoras (la utilización de un sistema informatizado es una de ellas) y, en consecuencia, se cuenta con un registro fehaciente y trazable de datos de algunas de las áreas involucradas. Con anterioridad a ello, el cotejo de información presentaba mayores dificultades de hallazgo y fidelidad.

⁴Relevamiento de personas en situación de calle (REPSIC) GCBA
https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?page_id=121567

Hipótesis

Para responder la pregunta de investigación, se propone la hipótesis que a continuación se detalla:

A mayor nivel de coordinación entre las distintas áreas de gobierno que asisten a las personas en situación de calle, mejor la capacidad estatal de gestión para la asistencia a las personas en situación de calle.

El sentido de una mayor coordinación, relacionado al concepto de capacidad nodal del Estado alude a “las calidades para generar e implementar un complejo integral de acciones sustentadas en una estrategia institucional y espacialmente coherente, articulada y sostenible” (Fernández y García Puente 2013)

La metodología utilizada para el cotejo de dicha hipótesis: trabajo de campo orientado por la perspectiva cualitativa y en el cual se utilizaron diversas herramientas de recolección de datos: entrevistas a mandos medios y/o funcionarios públicos de los programas sociales que atienden a las personas en situación de calle, observación participante en los organismos de los programas y revisión de fuentes secundarias (leyes, decretos, informes gubernamentales, entre otros).

A través de ello, se intentará reflejar los obstáculos, tensiones y desafíos intra-gobierno y cómo ello impacta, si es que ello impacta, en la capacidad de gestión para dar respuesta a las demandas de las personas en situación de calle.

Revisión de la literatura

Las Personas en Situación de calle

El concepto de "persona en situación de calle"(PSC), deja de lado la categoría específica "Sin Techo", ya que este último reduce el vivir en la calle a la carencia habitacional y estar en calle remite a un modo de vida (Boy 2012). Estar en situación de calle, personas de la calle, habitantes de calle, deambulantes, personas sin hogar, homeless, son algunos de los términos

de la literatura internacional para referir a esta problemática social compleja, que no se reduce a quienes literalmente utilizan el espacio público como lugar de pernocte, se trata de un fenómeno atravesado por dimensiones culturales, políticas, históricas, sociales y económicas. “Estar en situación de calle” es lo opuesto a inclusión social y sinónimo de marginalización, ruptura y/o fragilidad de vínculos sociales, laborales y familiares (Di Iorio 2018-2020).

Las personas llegan a esa situación de calle como consecuencia de un acontecimiento en el plano económico y/o social que desencadena una serie de rupturas que van llevando a las personas a alejarse de aquellos vínculos que los mantienen dentro de la sociedad. Para profundizar sobre ello, se trae a colación un estudio de junio 2021 que ha demostrado que la mayoría de las PSC son varones (68,95%) y más del 80% por ciento tiene síntomas de depresión. Lo recopilado hasta el 31 de mayo de 2021 y allí plasmado, refleja que el 50% de las personas encuestadas tiene entre 24 y 45 años. (Grandes 2021)

En cuanto a sus relaciones sociales, se observó que cerca de la mitad de los encuestados se encuentra viviendo en las calles sin compañía y sin contacto alguno con su familia. En relación a su salud física, el 70% desconoce su estado de salud general, mientras que el 25% padece de alguna limitación física, en su mayor parte de discapacidades motoras. (Grandes 2021)

En cuanto a su salud mental, se observó que más del 80% de las personas en situación de calle encuestadas mostraron tener síntomas claros de depresión, como hacerse daño a sí mismos o a otros y consumir drogas de manera frecuente, en su mayoría desde hace más de 10 años (Grandes 2021)

Entre los trastornos, claro que se incluye la drogadicción y el alcoholismo son situaciones que se prolongan en el tiempo y los procesos de rehabilitación son totalmente voluntarios, lo que evidentemente representa una situación compleja.

Eso se concluye, a partir de más de 200 entrevistas a personas en situación de calle en el ámbito porteño cubrió cerca del 60% de los barrios de la Capital Federal (San Telmo, Congreso, Núñez, Caballito, Belgrano, Parque Patricios, Balvanera, Flores y Constitución) con 200 encuestas estratificadas por género y edad.

En dicho escenario, debe considerarse la complejidad que implica que dentro de esta población hallamos a familias y a los que viven en ranchada (ranchada remite a una forma grupal de vivir en el espacio público, dado que morar grupalmente implica convivir con los mismos problemas, de hallar soluciones con pares, etc).

Como dato más reciente y numérico, se cuenta con el censo anual de personas en situación de calle realizado en abril de 2022 donde se relevaron 2.611 personas, 1.600 en CIS y 1.011 en la calle. Tanto la población en CIS como en la calle es predominantemente masculina, comprendida entre las edades de 19 a 59 años y nativa de la Ciudad o de la Provincia de Buenos Aires.⁵ Si bien se contabilizó a la totalidad de la población de manera observacional, sólo se pudo entrevistar y aplicar el cuestionario al 38,2% de la población relevada por observación en la calle. El objetivo principal del relevamiento planteado por la Dirección General de Estadística y Censos del GCBA (DGEyC) y la Subsecretaría de Asistencia y Cuidado Inmediato (SSAyCI) (hoy Secretaría de Inclusión y Atención Inmediata) es el conteo de la población y la caracterización demográfica básica de la misma, dado que es un operativo de carácter complementario al trabajo cualitativo que realiza Buenos Aires Presente (BAP) por su función.⁶

Las investigaciones existentes sobre PSC se enfocaron en lo sucedido en CABA y, alternando fuentes, resultaría que las cifras oficiales de PSC difieren sustancialmente respecto de las estadísticas que manejan las Organizaciones Sociales Civiles⁷: “si en el 2019 el Gobierno de la Ciudad contabilizó 1141 PSC, el Segundo Censo Popular (2019) identificó a 7251 PSC. Asimismo, de tomarse como referencia los Censos Populares del 2017 y del 2019, la población se incrementa un 23,5%” (CEIL-CONICET; FAUATS; Paraná: RIPPSON, 2021). De lado las discrepancias numéricas, se enfatiza sobre la cotidianeidad de quienes están en situación de calle organizada a partir del despliegue de un conjunto de secuencias preestablecidas, que delimitan hábitos y rutinas en el uso del espacio y servicios públicos (Rosa, 2017)

⁵ Relevamiento Censal de Personas en Situación de calle de la Ciudad de Buenos Aires, agosto 2022 Resultados y aspectos metodológicos- agosto 2022 https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2022/08/ir_2022_1678.pdf

⁶ DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS – SUBSECRETARÍA DE ASISTENCIA Y CUIDADO INMEDIATO -Marzo 2021- Devolución de la propuesta metodológica para el relevamiento de población en situación de calle (Documento interno)

⁷CEIL-CONICET ; FAUATS ; Paraná : RIPPSON, 2021- Políticas Sociales : estrategias para construir un nuevo horizonte de futuro / Washington Uranga ... [et al.] ; compilación de Washington Uranga ; coordinación general de Cristina Díaz ... [et al.] ; dirigido por Manuel Barrientos ; prólogo de Washington Uranga. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Desarrollo Social de la Nación ;.

El habitante de la calle aprende cómo “adaptar” sus estrategias y técnicas según lo esperado por las organizaciones que lo asisten (Goffman, 2004) y este “aprendizaje” se concibe como una estrategia para poder asirse de lugares y abastecerse de elementos necesarios (lugar donde pasar la noche, ropa, comida, ducha, compañía, etc.) para la reproducción de la vida cotidiana en esta situación. Tal es así, que en todas las grandes urbes como la Ciudad de Buenos Aires circulan de un servicio a otro, coordinando horarios y necesidades durante el día y la noche adecuándose al “circuito” de atención que crean las distintas Organizaciones de la Sociedad Civil y el Estado donde se pueden conseguir los recursos necesarios para llevar la vida a la intemperie (Rosa 2017).

Concepto de persona en situación de calle en Argentina

El concepto de “habitante de calle” ha sido uno de los temas más estudiados por los investigadores y si bien, no hay consenso, se asevera que es una condición que va más allá de la falta de un lugar de habitación que tenga unas condiciones mínimas, pues en el habitante de calle se reconoce la no satisfacción de una u otra forma de las necesidades básicas de subsistencia de una persona (Soto-Méndez 2018).

En Argentina, la primera ley en hablar de las personas en situación de calle fue la Ley 13.956 que data de febrero de 2009⁸ en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires, creando el Programa Asistencial de personas en situación de calle y estableciendo que: “personas en situación de calle son aquéllas que carecen de residencia, pernoctando diariamente a la intemperie y/o que se encuentran en una situación socio-familiar vulnerable, sin ingresos, ni trabajo y en situación de exclusión social.”

Posteriormente, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sanciona la Ley N° 3706 de Protección y Garantía Integral de los Derechos de las Personas en Situación de Calle y en Riesgo de Situación de Calle⁹ en el año 2010, estipulando que cuando hablamos de personas en situación de calle: “hablamos de hombres o mujeres o grupo familiar, sin distinción de género u origen

⁸<https://normas.gba.gob.ar/ar-b/ley/2009/13956/2911> y modificatorio <https://normas.gba.gob.ar/ar-b/decreto/2011/341/173660>

⁹ <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley3706.html>

que habiten en la calle o espacios públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en forma transitoria o permanente y/o que utilicen o no red de alojamiento nocturno”.

La norma más reciente dictada en diciembre 2021 titulada “Situación de calle y familias sin techo”, la Ley 27.654¹⁰, conceptualiza las PSC¹¹ en esa misma línea y diferenciando, también, a las que se encuentran en riesgo de situación de calle.

En la Ciudad de Buenos Aires el primer acercamiento al problema se realiza en el año 1997, el gobierno crea el primer programa asistencial destinado a este grupo poblacional (Biaggio y Verón 2010). Este se llamó programa integrador para personas o grupos familiares en situación de emergencia habitacional. El objetivo era detectar, abordar y orientar a personas solas o grupos familiares que se encontraran en situación de emergencia habitacional.

Luego, se crea el Programa Buenos Aires Presente (en adelante, “BAP”) mediante el Decreto N° 2018/99 de 1999, cuyo fin es orientar y asistir con ayuda inmediata a familias y personas en situación de vulnerabilidad social y/o de emergencia, en el marco de sus competencias y de manera integral. Con mayor especificidad la población objetivo del programa “son las personas solas mayores de 18 años y/o grupos familiares (mono o pluri-parentales), que se encuentran en situación de vulnerabilidad psico-social y/o con derechos vulnerados motivado por: a) situación de calle; b) emergencia habitacional; y c) situaciones de emergencia colectiva y/o desastre. Asimismo, también es contemplada población en general con necesidad de orientación, información y asesoramiento sobre servicios sociales.”¹²

Se desprende de las normas citadas, que la problemática no se reduce a quienes literalmente utilizan el espacio público como lugar de pernocte, sino que incluye tres subgrupos que se clasificarían de la siguiente manera (Di Iorio 2019):

¹⁰ <https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/justicia-derechos-humanos/situacion-de-calle-y-familias-sin-techo>

¹¹ “Personas en situación de calle son quienes, sin distinción de ninguna clase, sea por su condición social, género, edad, origen étnico, nacionalidad, situación migratoria, religión, estado de salud o cualquier otra, habiten en la calle o en espacios públicos en forma transitoria o permanente, utilicen o no servicios socioasistenciales o de alojamiento nocturno, públicos o privados.”

¹² **DECRETO 2018/1999** <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/24180>

a. Población en calle efectiva: hombres o mujeres adultos/as o grupo familiar, sin distinción de género u origen que habiten en la calle o espacios públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en forma transitoria o permanente y/o que utilicen o no la red de alojamiento nocturno (artículo 2 inciso a).

b. Población alojada en la red de alojamiento nocturno: hombres o mujeres adultos/ as o grupo familiar, sin distinción de género u origen que utilicen la red de alojamientos nocturnos transitorios, la cual incluye hogares conveniados con organizaciones de la sociedad civil, hogares gubernamentales y centros de inclusión gubernamentales o paradores (artículo 2 inciso a).

c. Población en riesgo de calle: hombres o mujeres adultos o grupo familiar, sin distinción de género u origen, que padezcan al menos una de las siguientes situaciones (artículo 2 inciso b):

1. Que se encuentren en instituciones de las cuales egresarán en un tiempo determinado y estén en situación de vulnerabilidad habitacional. Esto incluye cárceles, hospitales monovalentes (salud mental) con posibilidad de egreso, instituciones del Sistema de Protección Integral.

2. Que se encuentren debidamente notificados de resolución administrativa o sentencia judicial firme de desalojo.

3. Que habiten en estructuras temporales o asentamientos, sin acceso a servicios o en condiciones de hacinamiento

En el espectro internacional, también se ha buscado abordar la problemática de los “homeless” mediante una noción global, amplia y descriptiva; para un mejor análisis. Homelessness es un término que se compone de tres palabras: home-less-ness lo que significa sin casa ni identidad, ratificando que el debate en torno al concepto trasciende “un techo/casa” y ha virado su óptica hacia limitaciones sociales, físicas y a la exclusión desde lo territorial. Reproduciendo, lo relativo al entorno económico, social y ambiental. Pobreza y salud mental, de acuerdo a diferentes investigaciones, son las causas principales que determinan a esta población. (Sudarshan 2020).

La Capacidad estatal

Las capacidades estatales solo pueden ser analizadas y apreciadas a partir de la especificación de las funciones que un organismo debe cumplir o los objetivos que el mismo debe alcanzar. “No puede analizarse la capacidad estatal en abstracto, sino en relación con los fines e incluso metas que el organismo analizado debe cumplir” (Bertranou 2011, 32).

Las organizaciones públicas se consideran como actores institucionales por sus intervenciones en los procesos de formulación, implementación y evaluación de políticas. En materia de estructuras, se diferencian fuerzas operantes para explicar la conformación del aparato estatal en campos de políticas de fuerte significación en distintos períodos y cuyo análisis pone en evidencia incidencias diferenciales de las demandas de actores sociales y autonomía variables en las decisiones estatales.

La estructura gubernamental se ha complejizado, existen multiplicidad de formas jurídicas que adoptan las unidades dependientes o supervisadas por los ministerios creadas para la atención de ciertas temáticas o problemas con reglas particulares de funcionamiento.

La incorporación de nuevas funciones, líneas programáticas y unidades en cada ministerio tiene por resultado una desordenada adjudicación de responsabilidades frente a problemas muy diversos, con clientelas enormemente diferenciadas y dispersión geográfica de los receptores de sus acciones, resintiendo no sólo la efectividad conjunta, sino también la dinámica de las interacciones con los actores sociales. Sin capacidades suficientes para dar coherencia y coordinar la acción, las unidades organizacionales desarrollan perspectivas particulares de las que se convierten en impulsoras y defensoras, con intereses burocráticos o corporativos (Repetto 2010).

En un trabajo sobre la nueva Agencia Nacional de Seguridad Vial - ANSV (Bertranou, 2013), en donde se expone un fenómeno complejo como la inseguridad vial, cuyas son muy diversas (conducta humana, seguridad técnica de los vehículos, condiciones de la infraestructura pública) y las agencias que abordan directa o indirectamente la problemática (de manera muy parcial de todas maneras) son numerosas, no existe la menor posibilidad de una mejora sustancial de esta epidemia sin la acción conjunta e integrada de las mismas. Este proceso de integración programática y coordinación operativa es la medida más acertada de capacidad estatal, no ya de una agencia en especial, sino del entramado de agencias involucradas. Con

este ejemplo, se conjugan las dos variables en cuestión: coordinación y capacidad. “En esta tarea de articulación permanente de acciones resulta central la capacidad que demuestran los entes estatales para decidir un rumbo y tomar decisiones de manera autónoma, especialmente al momento de diseñar y asignar recursos para la ejecución de políticas públicas, las cuales deben orientarse exclusivamente a generar mejoras en la calidad de vida de las personas con prescindencia de las presiones que reciban para favorecer intereses sectoriales” (Completa 2017, 13). No obstante, si bien un Estado o agencia específica estatal puede contar con las capacidades necesarias y suficientes para obtener un determinado resultado —e incluso con el consenso de los diferentes actores externos involucrados— puede suceder que los responsables políticos de tomar las decisiones fundamentales para instrumentar las acciones requeridas decidan esperar para tomarlas o directamente decidan no hacerlo (Completa 2017, 14).

Cada vez existe mayor consenso en concebir la Capacidad estatal como una noción compuesta por múltiples dimensiones. No obstante, pueden considerarse tres líneas argumentales, la capacidad estatal fiscal; la noción burocrática/administrativa y aquella cuya mirada se funda en la coerción (O'Donnell et al 2015)

Las raíces de la noción de capacidad estatal sobre administración pública, se ha abocado a estudiar los procesos internos (contables, gerenciales, organizativos) que siguen las agencias gubernamentales con el fin de generar los resultados públicos para las que fueron creadas (Heinrich y Lynn 2000). Los estudios que identifican a la capacidad estatal como administrativa, la interpretan como la capacidad organizacional de proveer bienes públicos de manera eficaz y/o eficiente (O'Donnell et al 2015). A esta noción burocrática del estado, se apoya en el desempeño (su eficacia y efectividad) dentro del proceso de políticas públicas (el grado de éxito en el logro de los objetivos políticos que son su razón de ser). Si una burocracia es lo que hace, y las políticas públicas son secuencias de toma de posición sobre cuestiones problematizadas (cuyos efectos se reflejan en buena medida en dicha burocracia, creando nuevas agencias, dándoles funciones nuevas a unas existentes, o eliminando agencias del aparato estatal) el análisis de la estructura y funciones del aparato estatal en un momento determinado, puede acercarnos al conocimiento de las cuestiones que fueron contemporáneamente problematizadas por dicha comunidad (Oszlak 2006, 13-19).

Para entender el concepto de Capacidad, se habla de niveles de capacidad contenidos en lo que se denominan subtipos de esa Capacidad: administrativo y político. (Rosas Huerta 2008). Estos subtipos explican que “Estado no sólo es el aparato burocrático, sino también es una arena

política en la que se procesan intereses e ideologías tanto internas como externas al entramado organizacional estatal” (Repetto 2004, 10).

Por un lado, la capacidad administrativa comprende las habilidades técnico- burocráticas del aparato estatal requeridas para instrumentar sus objetivos oficiales donde resaltan dos dimensiones, los recursos humanos y la organización. En lo que concierne a la organización, se pone atención a los recursos para la realización de tareas previstas; a las responsabilidades, propósitos, forma y funciones de la organización; a la estructura, funciones y responsabilidades; al marco jurídico; a los sistemas de gestión para mejorar el desempeño de tareas y funciones específicas; a la relación, coordinación y colaboración intergubernamental, entre otros elementos. (Rosas Huerta 2008)

Por otro lado, la capacidad está asociada al modo en que se relacionan los actores políticos entre sí, pero también con aquellos actores que se involucran en la esfera pública. Resalta en este componente: la voluntad política entre los actores y sus formas de negociación y las dinámicas propias de los actores aceptan o resisten la distribución existente de poder. (Rosas Huerta 2008).

La capacidad estatal, también se presenta como una aptitud para formular objetivos y cumplir las tareas requeridas, “aptitud que se desprende del accionar conjunto de sus dotaciones humanas, en el marco de competencias legitimadas y en uso de recursos organizacionales y de acción interorganizacional” (Bertranou 2012: 6). Se manifiesta a través de su dimensión técnico administrativa y de su dimensión política, esto es, a través de la existencia de cuerpos de funcionarios que actúen de manera coordinada, haciendo un uso eficiente de instrumentos y tecnologías y estableciendo nexos con sectores no estatales con el objeto de ampliar la capacidad de acción de toda la sociedad. (Completa 2017)

“A partir de esa definición, se dan tres grandes componentes o factores explicativos de la capacidad estatal (Bertranau 2011):

Autorizaciones legales y legitimidad: comprende dos aspectos: en primer lugar, si la unidad gubernamental tiene autorización legal para realizar las acciones que pretende llevar a cabo y en segundo, si la unidad gubernamental tiene legitimidad político-institucional para llevar adelante estas acciones (conferida por actores del sistema político-institucional y por actores no gubernamentales).

Organización y medios de acción: comprende principalmente las dotaciones, atributos y posibilidades que posee una organización para la acción directa, lo que necesariamente remite al análisis de las personas que integran la organización, de los recursos, infraestructura, equipamiento, estructura, procesos organizacionales y activos financieros.

Capital de acción interorganizacional: comprende el capital social de acción interorganizacional con el que cuenta la unidad gubernamental. Este capital que surge de la acción conjunta entre diferentes organismos puede subdividirse en la acción interorganizacional gubernamental en la misma jurisdicción, la acción interorganizacional interjurisdiccional (por ejemplo, nación-provincia) y la acción interorganizacional público-privada” (Bertranou 2011)

La coordinación en el ámbito público

En el ámbito público, la coordinación es planteada como necesidad y como resultado de la intervención en los procesos de políticas públicas de otros actores. Su sentido es lograr la convergencia de acciones para la producción de valor público y el logro de los objetivos de política. La coordinación es invocada como solución cuando deben abordarse cuestiones complejas que requieren aportes diversos, aun cuando con notable frecuencia se manifiestan evidencias de sus enormes dificultades y de múltiples problemas creados por los intentos de alcanzarla. (Repetto y Fernández 2012).

En materia de política social el alcance de la coordinación es una cuestión crítica en tanto la misma es efectivamente materia de esfuerzos de coordinación (Repetto 2009). Se deberá indagar entonces el grado de coherencia que mantiene la política social coordinable o una porción de ella misma, respecto al conjunto de intervenciones estatales dado que serán diferentes los retos de gestión social si se trata de una decisión propiamente sectorial o de cuestiones que afectan a varios sectores del Estado.

En el campo de la gestión este desafío se expresa en cómo lograr que esas complejidades propias de lo social sean enfrentadas por administraciones públicas y que esto se traduzca en estrategias o sistemas de protección social capaces de articular y lograr que converjan acciones de varios sectores y niveles de gobierno, para orientarlos hacia esos grupos sociales más fuertemente marcados por la pobreza, la vulnerabilidad y la desprotección social, en entornos

de alta desigualdad. Por ejemplo, para el otorgamiento de un subsidio habitacional 69013 no sólo se requiere de la transferencia monetaria y el control de quien la recibe desde el lado de la demanda, sino también de condiciones y cumplimientos sanitarios, educativos y otros aspectos, que estarán más asociados a la oferta de servicios cuya responsabilidad no recae en la misma organización responsable del mencionado programa.

Propender un sistema integral de protección social requiere poner de relieve la necesidad de la colaboración de los diferentes sectores gubernamentales y de enfrenta administraciones públicas verticales, compartimentadas y basadas en procesos de planeamiento, gestión y ejecución

La coordinación se impone en forma imperativa, como algo imprescindible para la intersectorialidad, solo correspondería buscar una integración de los sectores cuando el problema es altamente complejo y, en la práctica, la estrategia de colaboración adoptada no se corresponde con los propósitos específicos de cambio social perseguidos (Solar y Cunill-Grau 2014, 22-23). En este caso, no se trata solo de articular acciones sectoriales, sino de desarrollar estrategias y respuestas conjuntas, construyendo algo nuevo de forma compartida (Brugu, 2010).

La necesidad de coordinación resulta de la diferenciación de actores por su inserción en esquemas de división del trabajo, ya sea al interior de organizaciones, entre conjuntos organizaciones o entre actores diversos en el plano social. Este término es equivoco, pero puede definirse como el proceso de creación o utilización de reglas de decisión con el que dos o más actores se ocupan de un entorno de trabajo compartido (Echebarría 2008). Comprende reglas, diseños y procedimientos de tareas dirigidos a lograr la complementariedad y/o la agregabilidad intencionadas de contribuciones y comportamientos de participantes en arreglos sociales multi-actorales.

Una coordinación efectiva requiere una clarificación de las funciones del Estado, rediseño de sus intervenciones y de la estructura de regulaciones, establecimiento de mecanismos de programación y seguimiento, sistemas de información y evaluación de resultados e impactos y, sobre todo, la consolidación de culturas organizacionales con clara noción de lo público. (Martínez Nogueira 2011)

¹³ <https://buenosaires.gob.ar/tramites/postulacion-al-subsidio-habitacional-690>

La coordinación se vincula al proceso de creación y utilización de reglas, diseños y procedimientos con el que los actores se ocupan de un entorno de trabajo compartido con el objetivo de lograr complementariedad de contribuciones y comportamientos en arreglos sociales multiactorales para alcanzar valor público y objetivos de política (Martínez Nogueira 2010).

En el ámbito público, la coordinación es permanentemente planteada como necesidad como también es resultado de la intervención en los procesos de políticas públicas de otros actores, como las organizaciones no gubernamentales, el sector privado o agencias de la cooperación internacional, etc. Su sentido es lograr la convergencia de acciones para la producción de valor público y el logro de los objetivos de política. La coordinación es invocada como solución cuando deben abordarse cuestiones complejas que requieren aportes diversos, aun cuando con notable frecuencia se manifiestan evidencias de sus enormes dificultades y de múltiples problemas creados por los intentos de alcanzarla. (Repetto y Fernández 2012).

Los esfuerzos por lograr una mayor coordinación confrontan enormes obstáculos, previsibles y reiterados tales como: los actores involucrados responden a lógicas e inercias institucionales y organizacionales con tendencias a la compartimentalización y a la autosuficiencia, con prácticas y rutinas asociadas a concepciones gobernadas por intereses corporativos y por orientaciones cognitivas y profesionales, con interpretaciones de la realidad sesgadas y estrategias de acomodación, supervivencia y preservación de posiciones en redes complejas de interdependencias. Además, debe darse en escenarios llenos de ambigüedades, incertidumbres, tensiones y disputas de poder (Boston 1992), convirtiéndola en un proceso técnico y político en el que se manifiestan diferenciaciones de intereses, determinaciones contextuales y una economía política específica a confrontar.

Por otra parte, la coherencia y la coordinación requieren una demanda social que las precipite y sostenga. Esta demanda suele ser más clara frente a cuestiones de elevada prioridad que requieren reacciones de conjuntos de actores públicos movilizados para dar respuesta a problemas emergentes de alta visibilidad social (Wright & Hayward 2000), siendo así la temática en cuestión. A su vez esta evidencia hace más necesario disponer de diseños y orientaciones que atiendan a la calidad institucional al interior del aparato estatal y dando cabida al involucramiento social en la gestión. (Bronzo y Repetto 2015)

Es necesario coordinar porque los actores, dada su inserción en esquemas de división del trabajo, son diferentes, tanto al interior de las organizaciones como entre ellas y las otras instituciones o actores involucrados. Desde el punto de vista del diseño de organizaciones, la creación de valor interpela a dos mecanismos fundamentales y complementarios (Repetto y Fernández 2012):

- Especialización. La división del trabajo permite aprovechar las ventajas comparativas de grupos e individuos.
- Integración. Los aportes especializados deben articularse para generar un producto o servicio final, valioso para el usuario.

Marco Teórico

La coordinación, es una función estatal que constituye un proceso técnico y político (Acuña y Repetto 2009). La coordinación, de acuerdo a esta teoría, es la acción conjunta de dos o más actores (sectores gubernamentales) y los recursos de dichos actores en un campo concreto de gestión pública e inmersos en un sistema de reglas de juego, formales e informales, a través de las cuales los actores involucrados encuentran fuertes incentivos para cooperar (Repetto 2005).

La coordinación tiene por objeto la consistencia en el plano “horizontal”, y en cuanto a proceso técnico, puede ser entendido como un proceso de articulación operativo que cuente con dispositivos y estructuras que la habiliten a implementar (en forma conjunta, eficiente y eficaz) las políticas, programas o proyectos que se traducen en servicios a los ciudadanos (Repetto y Fernández 2012). Es un proceso flexible y de ajustes permanentes por medio del cual se busca lubricar la maquinaria del Estado que se caracteriza por ser rígida, jerárquica y poco adaptable (Cabrero et al 2009).

La coordinación, como proceso de creación y utilización de reglas, diseños y procedimientos por parte de los actores en el trabajo compartido, tiene el objetivo de lograr complementariedad de contribuciones y comportamientos para alcanzar valor público y objetivos de política (Martínez Nogueira 2010). Así, muchos problemas que podrían definirse como “sociales” presentan múltiples dimensiones y responden a causas muy variadas e interrelacionadas. Frente a la complejidad que reviste la “cuestión social”, se esboza una perspectiva integral de

protección social con enfoque de derechos que, en conexión con las políticas de acceso a los diferentes servicios básicos y universales, incluya y articule, al menos, políticas que busquen garantizar la asistencia social y sistemas de cuidado para públicos especialmente vulnerables (Grau et al 2015). Una de las condiciones básicas de la construcción de un sistema integral de protección social es la existencia de procesos más densos de gobierno, coordinación y gestión de los sectores gubernamentales.

En materia operativa una gestión apropiada de la protección social no podrá avanzar con éxito si descansa únicamente sobre la lógica sectorial de la organización y gestión de la administración pública, que, por definición, solo permite intervenciones parciales sobre la complejidad social en general y de los individuos, familias y territorios en particular.

Las políticas públicas (salud, educación, vivienda, trabajo, renta y asistencia social, entre las más obvias) y los respectivos sectores y niveles gubernamentales requieren trabajar coordinando acciones y estructuras, como forma de materializar la integralidad necesaria para lidiar con la complejidad no solo de la pobreza y de la desigualdad, sino también del bienestar objetivo y subjetivo de grupos poblacionales específicos (en lo que atañe aquí a personas en situación de calle).

El circuito de asistencia a las personas en situación de calle es un sistema complejo que atraviesa diferentes áreas de gobierno y sectores que debieran presentar una estrategia común, ya que las necesidades/demandas de la población (las afecciones de salud mental, la salud, el alojamiento, el acceso a otras redes/programas) ameritan abordajes de varios enfoques (multidimensional) y varias disciplinas (interdisciplinario) muchas veces en simultáneo. Este fenómeno de intersectorialidad se da en el ámbito de esas estructuras, mecanismos y procesos existentes y en el ámbito operativo de las políticas, donde los cambios ocurren en los procesos de trabajo.

Las capacidades del Estado, surge como un tema dominante a raíz de los procesos de reforma administrativa que se implementaron a partir de mediados de los años 90.

La capacidad de gestión/estatal aparece como una manifestación de la coordinación en el marco de una cuestión socialmente problematizada (demandas, necesidades) o sistema complejo (una representación de un recorte de la realidad, una totalidad organizada, el cual los elementos no son separables y, por tanto, no pueden ser estudiados aisladamente) (Colella 2011)

A grandes rasgos, es posible identificar dos tipos de capacidades estatales: la administrativa y la política, concibiendo al Estado en su doble carácter de relación social y de aparato institucional (Abal et al. 2012, 47- 48). Desde estas perspectivas, los roles estatales y los ‘contenidos’ de política pública no son neutros en términos de resultados, de hecho, en función de la naturaleza de los bienes, servicios o regulaciones a producir, ciertas formas de coordinación social e integración de recursos son más beneficiosas que otras (la coordinación interorganizacional llamada así por algunos autores, o coordinación intersectorial pro-integralidad) más allá de la capacidad concreta del Estado en el ejercicio del rol que le compete (Bertranou 2015).

La capacidad estatal, también puede plantearse como un atributo de organizaciones públicas y un atributo relacional en el sentido en que las dotaciones de capacidad requeridas para el cumplimiento de ciertos fines, dependen de la propensión a la cooperación y al cumplimiento voluntario de normas por parte de los ciudadanos. A mayor cooperación de éstos, menos dotaciones (o distintas) son requeridas (Bertranou 2015).

En función de ello, se sostendrá que la capacidad estatal es la aptitud para formular objetivos y cumplir las tareas requeridas, es decir, para administrar y gestionar. Se dirá entonces que es la “aptitud que se desprende del accionar conjunto de sus dotaciones humanas, en el marco de competencias legitimadas y en uso de recursos organizacionales y de acción interorganizacional” (Bertranou 2012, 6).

Por otro lado, “La noción de Capacidad Estatal es diferente, a la de capacidades de gobierno (Lazzetta 2009). Estas últimas estarán más vinculadas a las acciones concretas llevadas adelante en forma temporal por un gobierno en particular mientras que las Capacidades Estatales darán cuenta de la construcción institucional del aparato estatal sostenido en el tiempo” (Lattuada y Nogueira 2011, 32).

El marco de la presente investigación, pretende centrarse en atributos concretos: en las estructuras, instituciones y procedimientos del Estado que tendrán impacto en las políticas elaboradas por éste. La coordinación de los diversos componentes de la protección social, es esencial para fortalecer las capacidades institucionales para dicha protección social. De esta forma, las metas no se medirán en términos absolutos (Lattuada y Nogueira 2011, 33).

La capacidad (y eficacia) de los Estados linkeada a la coordinación de sus intervenciones nos remite al concepto de capacidad nodal del Estado, el cual alude a “las calidades para generar e implementar un complejo integral de acciones sustentadas en una estrategia institucional y espacialmente coherente, articulada y sostenible. Dicha estrategia se funda en una estructura estatal con autonomía, calidad organizacional y cohesividad interna desde la que se elabora en forma endógena instrumentos conceptuales y de financiamiento que operan combinadamente tanto en el disciplinamiento como en el desarrollo de interacciones sinérgicas en un espacio nacional, a partir de una implicación activa de las instancias estatales regionales”. Si bien este concepto está integrado por dos capacidades: la llamada institucional (más cercana a la burocrático-organizacional) y la llamada espacial (integración territorial de las distintas instancias jurisdiccionales) reúne las aristas de los músculos que se sostienen en la hipótesis del presente trabajo en relación al problema social planteado: a la asistencia las personas en situación de calle.

La coordinación, precisamente, es uno de los atributos del ejercicio de las capacidades estatales que podrían plantearse como la expresión del cómo gestionar las políticas públicas (Repetto 2004). De hecho, la búsqueda de programas o espacios de coordinación intersectorial de las políticas sociales, es la búsqueda de transformar la forma sectorial y fragmentada en que tradicionalmente el Estado se ha organizado. Coordinar las políticas pretende integrar las distintas decisiones y acciones de gobierno en una visión de conjunto: “coordinar con un sentido estratégico, para avanzar en determinada dirección, para promover determinados resultados de la acción pública en su conjunto, y no solo de cada una de sus parcelas sectoriales o institucionales” (Garnier 2000)

Contrastación empírica de la hipótesis

La Capacidad y la Coordinación entre las Unidades de Gestión del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires que asisten a las personas en situación de calle

Las unidades de gestión en estudio se encuentran ligadas por algún grado de interdependencia con motivo de ese trabajo compartido o problemática en común, por lo que se establecerá que los niveles de coordinación se relacionan con el tipo de interdependencia que se genera. Los diferentes grados y niveles de interdependencia, demandaran diferentes necesidades de

coordinación (Echebarría 1998), remitiendo a la noción de intersectorialidad, a los inconvenientes que se generan cuando se busca integrar diversos sectores para implementar soluciones a los problemas sociales.

Para contrastar empíricamente la hipótesis propuesta, se expondrá como la variable coordinación alcanza diferentes niveles de profundidad y tipos de orientación; un proceso de coordinación puede comenzar por compartir información, por colaborar o por el desarrollo conjunto de proyectos y programas. Los grados de coordinación, estrechamente relacionados entre sí, definen niveles específicos en una escala incremental y que son alcanzados de manera variada, según el caso: desde la comunicación entre actores, consultas, negociaciones y consensos hasta las estrategias nacionales consensuadas (Peters 1998). Esta mirada, coincide con la teoría que se viene desarrollando y prevé ejes aplicables a la realidad fáctica de la temática.

Al momento de operacionalizar esta variable de coordinación, se adaptó el modelo de tabla que presenta estos diferentes niveles, incorporándose como elemento de autoría propio y novedoso los indicadores enumerados en la cuarta columna que se consideraron acordes para cada acción y resultado especificados en cada nivel, contemplando igualmente que estos grados/niveles pueden lograrse y analizarse en forma autónoma horizontalmente. Los indicadores se pensaron desde su implicancia en el ámbito organizacional y el operacional.

En la siguiente tabla adaptada se presenta una escala con niveles que están integrados entre sí, forman parte de un mismo proceso e igualmente, pueden lograrse en forma autónoma.

Se aclara, que los distintos niveles de escala están relacionados con la complejidad de las acciones y los resultados, sus condiciones y mecanismos para operar las relaciones intersectoriales e intergubernamentales y la delegación de autoridad o poder para definir y lograr objetivos estratégicos a medida que se avanza hacia enfoques más integrales a través de la coordinación (Molina y Licha 2005).

Nivel de Coordinación	Tipo de acción	Resultados	Indicadores
I Básico	Comunicación entre actores y entes. Consulta a actores y entes	Delimitación y clarificación de roles y funciones	*Existencia de normativa que explicita misión y función de cada UDG que intervenga en la asistencia a PSC *Existencia de reglamentación/Protocolos de actuación sobre PSC *Existencia de normativa/Protocolos de actuación que establezca interacción entre UDG
II Intermedio básico	Negociaciones para evitar divergencias entre actores y entes	Negociación.	*Mandos medios con capacidad de decisión: reconocimiento de mandos medios horizontales con capacidad de decisión
III Intermedio avanzado	Construcción de consensos a nivel interorganizacional/ Arbitraje del gobierno central para resolver diferencias interorganizacionales	Concertación entre actores y sectores	*Convocatoria de mesas de trabajo/cooperación *Periodicidad de reuniones de mesas de trabajo/cooperación *Resoluciones/decisiones implementadas o emitidas entre noviembre 2022 y noviembre 2022
IV Avanzado	Establecimiento de parámetros organizacionales/Definición de prioridades gubernamentales/Estrategia general de gobierno	Alineación estratégica	Se explorará sobre los sistemas de consulta de información compartidos entre las UDG y/o propios de cada UDG. Sistemas de registro/ consulta de información: *Informatizados *propios de cada UDG para Gestión *compartidos y colaborativos entre las UDG *actualizados *completos

Fuente: elaboración propia en base a Repetto (2010); adaptado de OECD, PUMA (1996), citado en Peters (1998:7)

Para corroborar cada nivel, se replicaron tantas tablas como niveles de coordinación estipulados (IV), a los que se analizaron de la siguiente manera:

Cada nivel, horizontalmente, representan un 100% en porcentajes y, por lo tanto, cada indicador representa un porcentaje que, acumulado, logre ese 100%. (Peters 1998). La distribución del porcentual 100% en los distintos indicadores tiene que ver con el peso relativo que se le asigna a dicho indicador para el cumplimiento de cada acción y la expectativa del resultado previsto para cada acción en línea con el modelo.

Considerando que cada nivel de coordinación contempló a varias unidades de gestión, estas se especificaron en una columna vertical. Se entrevistaron (x) cantidad de personas por área y por nivel, y se promedió el número total de respuestas para cada indicador.

Cada nivel/tabla igualmente se analizará como un global, sin mayor rigor puesto que la perspectiva de esta investigación es de tipo cualitativa y la recolección de datos y respuestas además de las entrevistas, incluyen consultas a otras fuentes.

Nivel de coordinación básico-formal

UDG	Posee Normativa que refiera a PSC (40%)	Posee protocolo/reglamento actuación propio respecto a PSC (35%)	Posee protocolo de actuación o procesos contemplando otras UDG. (25%)
	SI/NO	SI/NO	SI/NO
GO Buenos Aires Presente (BAP)			
GO Red Centros de Inclusión Social			
DG Hospitales			
DG Sistema de Atención Médica y Emergencias S.A.M.E			
DG Salud Mental			

La administración Pública, como organización a cargo de desarrollar acciones concretas es el ámbito en donde el poder del Estado se hace visible a partir de una organización que tiene un basamento jurídico estatuido (Cao et al 2007).

Para establecer si se detecta este nivel básico de coordinación entre las Unidades de Gestión (UDG), se proponen como indicadores la existencia de reglas formarles que hacen al marco normativo de estas unidades, puesto que la acción de cada una de ellas y para con las demás, está habilitada en la medida de la norma. Allí debiera definirse cuáles son los objetivos de cada unidad de gestión, sus facultades, sus recursos y las respuestas a las preguntas que surgen al trabajar con temas que atraviesan a más de una unidad de gestión.

1-La existencia de normativa que explicita competencia, misión y función de cada UDG que intervenga en la asistencia a PSC

La normativa en la administración pública o el derecho administrativo, se ocupa del “ejercicio de la función administrativa” es comprensiva, no sólo del quién ejerce la función, sino también del cómo y con qué fundamento, con qué medios y fundamentalmente hasta dónde, con qué limitaciones se la ejerce.” (Gordillo 2013). Normativa, implica desde Ley, Decreto, Resolución hasta Disposición.

La relevancia de la delimitación de la competencia (ámbito de actuación de cada unidad de gestión), las misiones y funciones y (UDG), son fundamentales para la asignación de roles de trabajo y para la atribución de responsabilidades. Así, en los objetivos de las UDG se establecen los márgenes de la decisión y, en consecuencia, la interacción con otras UDG, dependiendo de las problemáticas a solucionar.

Se utilizará el término norma como concepto general de regla.

2-La existencia de Reglamentación y/o protocolos de actuación propio de cada UDG para asistir PSC

La reglamentación y/o protocolo, son “los actos de la administración se dividen en internos y externos según que establezcan o no una relación jurídica con el particular. El reglamento es un acto unilateral de la administración que contiene normas jurídicas generales, también puede ser interno o externo, según que tenga por finalidad dar instrucciones a los agentes administrativos acerca de cómo deben ejercer su función, o se dirija directamente a los administrados creándoles derechos e imponiéndoles obligaciones” (Gordillo 2012). Se consideran estos actos como más específicos, de mayor profundidad y desarrollo de casuística en las modalidades y formas de asistencia.

3-La existencia de normativa y/o protocolos de actuación que establezca interacción entre UDG

El tercer indicador, apunta a requisitos de derivaciones, de ingresos y circuitos entre las UDG, es decir, al proceder en la medida de la interdependencia del funcionamiento de cada una.

Contar con un marco legal con su respectiva reglamentación, se considerará a estos efectos, el mínimo esperado para Coordinar.

En virtud de ello, para concluir si se alcanza este nivel, se asignan porcentajes a los indicadores y se hará un promedio de lo arrojado para cada una de las UDG comprometidas. La distribución de porcentajes en escala de 0 a 100%, se asocia al grado de importancia para cada indicador.

Las variables dicotómicas que se utilizarán serán “sí o no”. Ello, se comprobará mediante investigación exhaustiva en portales y páginas oficiales, boletín oficial y encuestas en las áreas jurídicas de cada una de las UDG, por si no hubiese una publicación de los documentos.

Nivel de Coordinación Intermedio básico

Este nivel de coordinación, según este esquema, depende del reconocimiento de líderes medios o mandos medios (individualizados y aceptados) y/o un rol de mando medio designado para la toma de decisiones y resolución de conflictos en el proceso de asistencia a Personas en situación de calle.

El valor de este indicador, radica en la presencia de eslabones en los distintos procesos, que haga las veces de mediador e interlocutor válido para supuestos de la diaria que, de alguna manera, deben ser dirimidos. Casos de excepción o criterios no validados que requieran de un referente común o por UDG.

La comprobación empírica de este Indicador, se llevará a cabo mediante una breve encuesta a supervisores, cargos similares (auxiliares), coordinadores, y operadores en base y en territorio de las distintas unidades de gestión, cuyo desempeño demande la respuesta de un nivel medio de decisión para el desempeño fluido de su tarea diaria en relación a las demás áreas en cuestión.

UDG	¿Tiene interacción con alguna de estas UDG en la asistencia a PSC? Sí, y más de 1 (30%). Cuál?, macar X				En general, ante las situaciones o dificultades que se presentan fruto de esa iteracción, acude a (30%) :			Se remite a esa persona porque (40%):		
	GO Red Centros de Inclusión Social	DG Hospitales	SAME	DG Salud Mental	Un Superior	Mando medio (30%)	Resuelvo por mi mismo	Es la designada para eso (20%)	Se le informó que recurra a esa persona	Resuelve (20%)
GO Buenos Aires Presente (BAP)										
GO Red Centros de Inclusión Social										
DG Hospitales										
DG Sistema de Atención Médica y Emergencias S.A.M.E										
DG Salud Mental										

El mando medio reconocido, en base a este esquema, se presume como un ente capaz de analizar y dirimir estratégicamente una línea de acción. Es un rol que se presume que se ha previsto para ordenar.

Nivel Intermedio avanzado

En esta instancia, se evaluará la escala de acuerdos generados y/o propiciados en torno a la asistencia de personas en situación de calle. Al analizar los espacios para concertación, se observa la real dedicación e importancia que se le brinda a la asistencia de esta población. La agenda de gobernanza, es la que marca el rumbo de la gestión.

UDG	Convocatoria/presencia de UDG en mesas de cooperación (mas de dos UDG 30%)	Frecuencia fija o relativamente estable 40%	Resultados conocidos/decisiones emitidas 30%
GO Buenos Aires Presente (BAP)			
GO Red Centros de Inclusión Social			
DG Hospitales			
DG S.A.M.E			
DG Salud Mental			

La periodicidad en reuniones que conglomeran a las unidades de gestión que asisten a las personas en situación de calle y los resultados/consensos/diferencias que surgen de esa agenda o hayan surgido de la gestión y que culminan en resoluciones o directivas formales o de hecho que impacten sobre la labor de las áreas, permitirá inferir sobre la escala de este nivel.

En virtud de ello, se indagará sobre las reuniones que tuvieron lugar dentro de las fechas señaladas (noviembre 2020 y noviembre 2022) entre las áreas, su frecuencia y resultado de las mismas so lo hubiera. Se entrevistarán a funcionarios de todos los rangos (operadores, supervisores, coordinadores, gerente) con un cuestionario que arroje la información que en el cuadro que a modo de ejemplo se adjunta. Las variables dicotómicas que se utilizarán para las preguntas serán “si o no” y se promediará el resultado de las respuestas para calcular si se cumple cada uno de estos indicadores.

Nivel de Coordinación avanzado

UDG	Utiliza algun sistema para registro de asistencia a PSC si/no (20%)	Posee un sistema Informático de soporte si/no (20%)	Comparte dicho sistema con alguna de estas UDG? Si/no (20%)	Los datos estan actualizados si/no (20%)	Los datos son suficientes si/no (20%)
GO Buenos Aires Presente					
GO Red Centros de Inclusión Social					
DG Hospitales					
DG Salud Mental					
DG SAME					

La forma de registrar, compartir y viabilizar datos entre las UDG hace a la transparencia, orden y estandarización de los procesos y toma de decisiones de gestión. La información y la

accesibilidad a la misma es la herramienta de excelencia para una organización eficiente. Los indicadores receptados, anhelan reflejar eso.

La gestión de la información, de los servicios de información, el uso coherente de las tecnologías digitales son claves para optimizar beneficios en la población y como pieza fundamental en la relación (horizontal) entre la pluralidad de actores públicos y privados, y tienden a “mejorar la toma de decisiones, la gestión y el desarrollo de lo público y lo colectivo, con una marcada intención de integración y de interdependencia” (Naser 2021)

Mejorar el uso estratégico de la tecnología y los datos en la administración, es un esfuerzo para lograr “ganancias rápidas” y mejorar la calidad del servicio (Naser 2021)

La llamada estructura de gobernanza consiste en aquellos mecanismos, procesos e instituciones a través de los cuales los actores articulan sus intereses, ejercen sus derechos, cumplen con sus obligaciones, median sus diferencias y supervisan el funcionamiento [...]. [La] gobernanza es la herramienta que deberá utilizarse para lograr las definiciones estratégicas, los indicadores de éxito y los órganos necesarios para crear el andamiaje y remover las barreras que se vayan presentando” (Naser 2021).

Esta encuesta se realizará a funcionarios de distintos roles en cada una de las unidades de gestión. Los agentes encuestados, podrán o no ser, además, los responsables de seguimiento y carga de datos. Cada unidad de gestión se apreciará por separado, por lo que se promediará cantidad funcionarios y respuestas para cada indicador.

Respuesta a la pregunta de investigación y hallazgos

Se llevaron a cabo más de 20 entrevistas anónimas (grupales e individuales, para minimizar el sesgo) a distintos funcionarios de cada una de las reparticiones referidas como unidades de gestión (BAP, CIS, SALUD MENTAL SAME y HOSPITALES), dichos cuestionarios (4) se acompañan como Anexo I. Los funcionarios entrevistados ocupan distintas posiciones y rangos en las distintas áreas, pero se seleccionaron con un criterio uniforme: operadores de territorio (el brazo ejecutor de estas políticas), mandos medios en las respectivas bases y algunas jefaturas de mayor rango para el aporte de una mirada alejada de la operación. Por otro lado, a

medida que se avanzaba en la temática, la posibilidad de experimentar in situ como observadora, ratificó algunas conclusiones ya obtenidas.

Como primer y principal hallazgo, los funcionarios (sin importar el rol) coincidieron que la coordinación es una condición imprescindible para mejorar o ampliar la capacidad de asistir a las personas en situación de calle. De una u otra manera y en sus términos, aludieron a la necesidad de una perspectiva integrada e integral que garantice una asistencia social más apropiada y un sistema público que acompañe las primeras líneas de acción de cuidado. Ello lo atribuyen a que los casos que cada unidad de gestión recibe en su esfera de acción pocas veces es puro: una persona en calle, un enfermo, una persona con trastorno de salud mental (en la práctica, esas tres condiciones se dan en simultáneo) y la falta de articulación observada en los distintos niveles propuestos dificulta el abordaje de estos casos, resultando en diagnósticos parciales, en atención lenta y hasta en derivaciones erróneas.

Surge, además, que la propensión a cooperar, cuando se trata de sectores más consolidados — como educación, por ejemplo—, con sólidas estructuras institucionales, presupuestarias y de personal, así como redes territoriales con capilaridad de equipamientos y contextos técnicos más consolidados, la percepción de interdependencia con otros sectores tiende a ser muy reducida. Esto significa, que incluso cuando dependen de las habilidades de otras áreas, las políticas más consolidadas tienden a evitar procesos complejos e inciertos de coordinación intersectorial. En cambio, en el campo de la asistencia social, los funcionarios exponen que en adición a la naturaleza de problemas que enfrentan, tienen menos control sobre los recursos necesarios para aplicar, de forma coherente, sus servicios de red por la baja autonomía de actuación.

Queda en evidencia, que la capacidad como musculo ejecutor si no se fortalece, muchos de los esfuerzos sin orientación clara quedan diluidos. Siguiendo el orden con el que se explicó cada uno de los niveles en el apartado precedente, a continuación, se desarrollarán hallazgos por nivel.

Para lo que convoca, efectivamente existe normativa¹⁴ que establece las competencias de cada unidad de gestión, con sus estructuras orgánicas, misiones y funciones, excepto, para el

¹⁴ Resolución N° 1428/MEFGC/18 -RESOLUCIÓN 1686 2018 MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS y modificatoria Decreto 2021-264-GCABA-AJG/DECRETO N.º 118/17 Dirección General Hospitales y Dirección General de Atención Médica de Emergencia (SAME) y la Ley 1883, atinente a SAME

programa de Abordaje a personas en situación calle con trastorno mental severo (ASIC), dependiente de la Dirección de Salud Mental. Este programa, no posee respaldo normativo ni publicado ni conocido o detectado, aunque funciona y realiza abordaje territorial a personas en situación de calle con trastornos de salud mental severos. Se compone de un equipo de 20 profesionales-entre ellos psicólogos y/psiquiatras, liderado por una Coordinadora.

El Decreto¹⁵ de creación del Programa Buenos Aires Presente, aunque desarrolla la obligatoriedad de cumplimiento de asistencia a esta población, no posee una reglamentación que acompañe su actuar.

En lo que concierne de la salud pública¹⁶ (SAME y Hospitales en general) la normativa que regula su funcionamiento, tampoco se detiene en la vulnerabilidad de esta población; no se diferencia ni referencia en el actuar ni en la asistencia de las personas en situación de calle, en relación al “resto” de la población. Ciertamente, todos los Hospitales cuentan con trabajadores sociales y un servicio social, ese trato semejante a cualquier otra persona hace a que esta población no se la aborde con la especialidad que lo requiere en la mayoría de los casos.

Por otro lado, el único protocolo aprobado que contempla expresamente a las Personas en Situación de Calle, es el Protocolo de ingreso a la red de Centros de Inclusión Social del GCBA para personas en situación de calle, implementado en el año 2020¹⁷. Este protocolo es una herramienta de uso interno primordialmente, ya que describe actividades, organización y administración para cada dispositivo.

De las entrevistas, además, se concluye que el 90% del total de mandos operativos desconocen el alcance y contenido de las leyes que los rigen (tanto en lo que respecta a estructura como materia de fondo), en contraposición con los roles jerárquicos quienes demostraron absoluta certeza de cada una de las normas que efectivamente existen. Los mandos operativos se conducen por acuerdos internos y consensos de origen en usos y costumbres, por lo que su despliegue en territorio se encuentra limitado y acotado a discrecionalidades que fácilmente culminan en asistencias sub-óptimas o en excesos, (manifestado por los mismos entrevistados).

¹⁵ Decreto N° 2018/99 de 1999

¹⁶ Ley 153/99

¹⁷ Disposición 07/2020 DGAI

Esta falta de conocimiento impacta en la relación con las demás áreas, debido a esta falta de información en el accionar de otros sectores también.

En este primer nivel de coordinación básico, se advierte que las unidades de gestión cuentan con el respaldo normativo acotado a la especificidad de contenido de su campo, sin un reglamento que acompañe y sin ningún otro puente o nexo reglado que brinde herramientas de complementariedad o cooperación con las demás áreas que intervienen en un mismo proceso. Lo que refleja herramientas para autonomía de desempeño más no de interacción y articulación y entonces menos capacidad de impacto.¹⁸

En el nivel intermedio básico, no existe la figura de un mando medio o un intermediario facilitador o de veedores estratégicos, tácticos e integrales comunes a las áreas que interactúan o uno por área para las complejidades de la diaria. Tal es así, que en un 70% respondieron que ante conflictos con demás áreas resuelven a criterio por sí mismos y un 30% que acuden a la vía jerárquica, como última opción o única.

Sumado a lo anterior, los entrevistados aluden a las dificultades que se presentan en la interacción: falta de comunicación entre áreas e información sobre responsabilidades compartidas, escases de recursos, ausencia de dinámicas de equipo, tiempos de respuestas y burocracia de cada área, discrecionalidad en atención, entre las principales y repetidas respuestas.

Para un nivel intermedio avanzado de coordinación se propuso como indicador una instancia de trabajo conjunto, mesas de encuentro con cierta frecuencia y decisiones/resoluciones a las que se hayan arribado fruto de esas reuniones. A ello se respondió en un 80% de los roles operativos que no se participó ni podrían mencionar decisiones o cambios durante el período estudiado relacionado a la coordinación para la asistencia a personas en situación de calle.

El suceso que efectivamente aparejó transformaciones, según los dichos de los entrevistados, fue la Pandemia: desde el 2020, los Centros de Inclusión Social funcionan como alojamiento puertas abiertas 24 hs (previo a ellos se los llamaba paradores nocturnos) y se han incrementado

¹⁸ La leyes sustantivas de fondo: Ley N° 3706 de Protección y Garantía Integral de los Derechos de las Personas en Situación de Calle y en Riesgo de Situación de Calle y la nacional N° 27.654, Ley de salud mental N° 448 GCBA, Decreto 635/004 y Ley Nacional de Salud Mental 26657 y reglamentación Decreto Reglamentario 603 / 2013; Ley básica de Salud pública de la Ciudad de Buenos Aires 153/99; ley 1883/05 SAME y/ o las orgánicas de creación de las UDG abarcan la misión y función propia de la materia y a lo sumo, algún esquema de organización intra-ministerial, mas no intersectorial-intergubernamental.

la cantidad de Centros de Inclusión propios, es decir, de gestión pura del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. A noviembre 2022 el Gobierno de la Ciudad administraba 8 Centros, Osvaldo Cruz, Uspallata, Tacuari, Costanera, La Boca, Felix Lora, Hogar 26 de Julio y Julieta Lanteri. Con ellos se da, un aumento en cantidad de vacantes y, por tanto, en cantidad de personas con alojamiento y asistencia directa de GCBA. Este cambio, fue un hecho en el marco de protocolos de emergencias en el ámbito de la salud, pero el impactó en la labor de Buenos Aires Presente y los Centros de Inclusión se consolidó y se instaló.

El Programa Buenos Aires Presente y SAME, en época de Pandemia, se limitaron casi exclusivamente a emergencias, y a hacer los traslados durante ese período y, aparentemente, esa dinámica se mantuvo hasta mediados de 2022 y SAME deja de ser un aliado estratégico para todas las áreas.

Para ese momento, mediados de 2022 el programa ASIC (Asistencia de Personas en calle con trastorno mental severo) en el seno de la Dirección General de Salud Mental, vuelve a reconstruirse, luego de una pausa de casi dos años. Lo que significó la falta de acompañamiento a personas en calle con esa problemática durante casi dos años.

El 80% de los roles jerárquicos, por su lado, afirma que en el período abarcado se han generado mayor cantidad de encuentros intersectoriales con motivo de la asistencia a personas en situación de calle; puntualmente a partir de mediados 2022. Solo entre algunas áreas (dentro de cada Ministerio) y sin frecuencia regular ni decisiones de impacto trasversal. Sobre medidas emitidas o decisiones tampoco se hacen eco de ninguna.

En el último nivel, el nivel de coordinación avanzado, el total de 90% de los entrevistados, aseveraron que sus intervenciones tienen respaldo informatizado, de carga mixta (manual y automática), con datos actualizados y cuyos datos resultan suficientes para su labor en relación a su área. No se propicia un sistema de registro compartido, de intercambio y de retroalimentación y la información es propia de cada área.

Expuesto lo precedente y en consistencia con el marco de análisis brindado, la coordinación de políticas públicas no se reduce a una cuestión binaria, no se reduce a un hay o no hay, se habla de una escalera de coordinación, que sitúa a la coordinación negativa como primer escalón y a la coordinación de estrategias de gobierno como último y favorable escalón para construir los abordajes integrales (Peters 1998) a los cuales se apunta.

Los resultados de las entrevistas en función de los niveles estudiados, sitúan a la coordinación del sistema de asistencia a personas en situación de calle en este circuito de primeras líneas de asistencia en el escalón de coordinación negativa: “ausencia de coordinación y al trabajo especializado y diferenciado, sin yuxtaposiciones. Las organizaciones trabajan en forma independiente entre sí y evitan cualquier tipo de intersección. Invierten muy poco tiempo, recursos materiales, recursos humanos y capital político para relacionarse con otros actores” (Repetto y Fernández 2012, 51).

Merece ser destacado, asimismo, que las personas entrevistadas hicieron hincapié en el gran paréntesis que provocó la Pandemia, recalcando que durante ese lapso sí se generó una “flexibilización” de tareas de todas las áreas, agilizando y amplificando la asistencia, pero también desordenando.

Las Unidades de Gestión seleccionadas para el sector Salud, son de gran dimensión y volumen, constituyen una muestra efectiva de unidades operativas más pequeñas, ya que los entrevistados fueron categóricos sobre los criterios que determinan su accionar, criterios médicos que no desconocen lo social, mas no se detienen en ellos y, remarcaron que la superestructura de los Hospitales obstaculiza mismo la coordinación interna y aparejando ello, una gestión limitada, a veces hasta improvisada por el tiempo en las bajadas de información, por ejemplo. Excepto en circunstancias que institucionalmente se establezca, como lo fue la pandemia o durante climas hostiles de extremo frío o calor, debido a la responsabilidad penal que cabe por abandono de persona, la población en situación de calle no es un eje temático diferenciado.

Asimismo, se traen a colación algunos fragmentos de trabajos previos donde se indaga la temática de marras, ya que resulta pertinente destacar la continuidad de aspectos a la fecha, que representan fallas u oportunidades de mejora con antecedentes que respaldan los recabado. Tal es así, que algunas de esos antecedentes datan del 2012 y el más reciente del año 2021.

Sobre “los programas sociales” en la Ciudad de Buenos Aires, ya se ha manifestado y se comparte, que no existe una amplia comprensión de las dimensiones del fenómeno y de las necesidades reales de la población (Rosa, 2012) de manera inter-sectorial.

En cuanto a la política social, el Ministerio de Desarrollo Social de la ciudad autónoma de Buenos Aires es aún, el principal encargado de los programas dirigidos a las poblaciones más

vulnerables dentro de la ciudad. El circuito asistencial existente, plantea dificultades producto de la falta de coordinación en el accionar interno de los propios servicios estatales y entre las diferentes dependencias, y solo se trabaja en conjunto con otras dependencias o instituciones por necesidad o por la urgencia (Rosa, 2012-Rosa, 2013). Esta apreciación fue una de las más reiteradas y resultó la opinión común de los entrevistados; estos alegaron que se da la convergencia de actores sintonizados y sincronizados en caso de emergencias/incidentes enmarcados en el Plan Director de Emergencia (Decreto 695/09). La misma norma, sus anexos y los protocolos que cada una de las UDG aquí nombradas aprobaron, son el claro ejemplo de un óptimo nivel básico de Coordinación. Se prevé de manera integral una respuesta a situaciones de amenaza a la seguridad, la vida de las personas y el ambiente. Se pueden encontrar fácilmente en El Plan Director, el tipo de acción, los resultados e indicadores analizados en el presente. Pues basta con leer su regulación, escuchar a los protagonistas y presenciar una situación de emergencia, para concluir que dadas las instancias (una línea telefónica en común, alertas compartidas, interlocutores y nexos designados para operar en esas circunstancias, etc) la coordinación es posible y ocurre para intervenir en la medida de la necesidad.

Para la labor diaria y cotidianeidad de estas unidades de gestión (BAP, CIS, SAME, HOSPITALES, SALUD MENTAL) no se detecta un marco de referencia claro ni compartido que haga las veces de punto de encuentro en la enorme casuística que conlleva la asistencia a personas en calle, lo que provoca y se ha cotejado algunas de las siguientes complicaciones: la salud mental y física, es una condición ineludible para que las PSC puedan ser asistidas por (BAP) o mismo que se validen criterios comunes para que en caso de que esa condición esté en duda, sea dirimida por un área sanitaria que reciba estas derivaciones-dada la especialidad, lo que depende-según criterio médico y protocolos muy genéricos- de SAME, Hospitales o Salud Mental.

Allá por el 2012 y coincidente con el presente estudiado, se emite un informe que analiza el sector de salud en la Ciudad ratificando: “el Sistema Público de Salud de la Ciudad de Buenos Aires aún no desarrolló estrategias integrales de cuidado desde sus equipos de salud ni tampoco se llevaron adelante dispositivos para la protección y promoción de la salud que puedan abordar la problemática de situación de calle en todas sus dimensiones en el propio espacio público. Además, se evidencian barreras de acceso a los servicios de salud pública (Hospitales, CAPS, otros) para esta población y existe una evidente desarticulación / fragmentación en la capacidad

de respuesta de los Programas Sociales con preeminencia de “asistencialismo focalizado” existentes en el propio Estado de la Ciudad de Buenos Aires.” (Médicos del Mundo, 2012).

Ese documento, establecía la inexistencia de dispositivos efectivos y eficaces de referencia-contrarreferencia con el Sistema Público de Salud, la falta de articulación e integralidad de Buenos Aires Presente (BAP) con otros Programas de la Ciudad, inclusive los que dependen de su misma Dirección de Atención Inmediata y del propio Ministerio de Desarrollo Social de la Ciudad. El BAP identificado como derivador de emergencias de casos hacia el sector salud, no posee capacidad ni de seguimiento ni de acompañamiento en la ruta asistencia/terapéutica de las personas. (Médicos del Mundo 2012)

Vivir sin techo impacta significativamente en la salud, ocasionando tasas más elevadas de traumatismos, enfermedades respiratorias, cardiovasculares y del sistema nervioso y depresión. No obstante, a pesar de las altas prevalencias de estos padecimientos, dos terceras partes de PSC no realizan controles anuales de salud y la mayoría acude a la guardia cuando se vuelve gravísima su condición (Morande 2018). Lo que colapsa el sistema de salud.

Sumado a ello, cada uno de los actores de salud entrevistados ha manifestado los inconvenientes que se presentan una estructura de la dimensión de la hospitalaria en la Ciudad de Buenos Aires. Si bien se han diseñado áreas exclusivamente pensadas para coordinación y estrategia, las mismas se encuentran completamente desapegadas y ajenas de la práctica. La distancia entre lo operacional y lo decisorio es un fenómeno que se repite.

Si se categoriza a las PSC en CABA en tres, cada categoría se asocia a distintos padecimientos y utilización de servicios sanitarios: aquellos que pernoctan en la calle de forma transitoria o temporaria en promedio presentan condiciones menos graves, pero “buscan” o “demandan ayuda” con más frecuencia es “la menor cantidad de gente,” Las dos poblaciones más crónicas, las desamarradas de vínculos sociales o las dependientes de sustancias y/o viven con trastornos mentales – ocasionados y/o agravados por vivir sin techo – a menudo no llegan a acudir por apoyo, a pesar de sufrir estados de salud más comprometidos. Ello se debe, a una respuesta inadecuada del Estado (Morande 2018).

Las ambulancias “prefieren no levantar” a las personas en situación de calle y los médicos “no aceptan a atenderlas” en el estado higiénico y mental que puede ocasionar una situación de calle (Morande 2018).

Los prejuicios de médicos y enfermeros que se niegan a atender a las PSC han sido y son una barrera para su ingreso en el sistema de salud (Bachiller 2021). En palabras hoy de operadores, las ambulancias no acuden y los Hospitales públicos en sus diferentes niveles de atención desde guardia hasta internaciones no disponen de recursos diferenciados para canalizar las demandas del circuito asistencial de personas en situación de calle siendo que sus condiciones físicas y psicológicas indican déficits vinculados con los determinantes sociales de la salud tales como inestabilidad habitacional, no acceso a condiciones de higiene, déficits nutricionales, inestabilidad laboral, menores redes de apoyo social, mayor prevalencia de usos problemáticos de drogas, depresión, estrés postraumático, etc (Bachiller 2021). En este período, además, se advierten desafíos que, desde la salud comunitaria, se tiene frente a los impactos psicosociales que produjo la pandemia, en particular con las poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad (Di Lorio 2021).

Respecto a los dispositivos de alojamiento denominados “Centro de Inclusión Social” se remarcan las barreras de acceso a los mismos (Médicos del Mundo, 2012), con idéntico motivo a lo anterior. “El ingreso se da en vinculación con la asistencia a otros servicios tanto pertenecientes al GCBA como a las Organizaciones de la Sociedad Civil y hay una cuestión de requisitos médicos” (Rosa 2017).

Las vacantes en los Centros de Inclusión se renuevan a diario ya que responde a una modalidad de baja exigencia brindando alojamiento nocturno y prestaciones básicas (vestimenta, comida e higienización) para la satisfacción de las necesidades inmediatas (Pallares, Griselda 2017). Esto, contrariando a la opinión de Pallares, facilita la movilidad de las personas en calle que muchas veces no están preparadas para una rutina en los términos de cualquier Ciudadano socialmente activo e integrado. Esa apertura, igualmente, trae aparejado en un contexto como el del período estudiado (2020-2022), escasez de vacantes en Centros de Inclusión Social “que se ofrecen tanto desde el ámbito privado como público para la cantidad de personas que se encuentran en situación de calle y se advierte retraso en las derivaciones a hogares de tercera u hogares para personas con algún problema físico, el tratamiento y control de enfermedades. (Rosa 2012)”

CONCLUSIÓN

Las capacidades terminan ejecutándose desde organismos y se construyen y/o (re)(de) construyen y se ponen en acto cuando se despliegan las políticas públicas (Anchorena et al 2022). Siguiendo este razonamiento, los organismos en estudio, Gerencia Buenos Aires Presente, Gerencia Red de Centros de Inclusión Social, Dirección General de Hospitales, SAME y Dirección General de Salud Mental, efectivamente son capaces de desplegar acción en función de sus competencias. No obstante, el diagnóstico sobre la capacidad, adquiere sentido en el plano del “para qué” es necesaria y si es pertinente o no, para la resolución de problemas públicos y para el logro de determinados resultados sistémicos en post de una mejor asistencia (Anchorena et al 2022).

Las agencias (organismos/unidades de gestión) operan entre sí en contextos institucionales y la construcción de capacidades estatales se realiza desde cada una de estas agencias en relación a las demás (Rey 2011), ya que muchas decisiones se toman en conjunto y no bajo el control exclusivo de un organismo. Una dimensión de la capacidad asociada a las características y procesos que se desarrollan al interior de cada organización estatal es la coordinación. En consecuencia, cada unidad de gestión tiene una capacidad limitada porque su accionar está sujeta al accionar de otro o viceversa. Bajo esta lógica, el circuito de asistencia de Buenos Aires Presente, los centros de Inclusión Social, SAME, Hospitales y los Servicios de Salud Mental ostenta una interdependencia funcional.

En lo que respecta a la coordinación de políticas, ya se dejó asentado que dicho objetivo se torna muy dificultoso sin la existencia de “mecanismos operativos aptos para el acceso a la información, la sincronización de acciones, la armonización de expectativas y el manejo de los costos que generan las interdependencias entre funcionarios, equipos y sectores, áreas o reparticiones del mismo o de diferentes niveles gubernamentales (Rezk 2005,11) ” y de lo recolectado, se concluye que el nivel de coordinación es bajo y, por lo tanto, la capacidad de gestión respecto a las necesidades de las personas de situación de calle se ve disminuida.

Declarado por los actores con roles en cada una de las unidades de gestión, cada sector ejecuta su especialidad y “cumple” en el marco de sus misiones y competencias estrictas; esto es y de una manera muy simplista y sintética: Buenos Aires Presente acude al llamado de personas en situación de calle, los hospitales atienden si hay criterio médico, SAME acude en caso de emergencia ostensible y Salud Mental, si constata que la persona padece un trastorno mental

severo aborda el caso. Los entrevistados reconocen un accionar restringido a los estrictamente regulado y lo fundamentan entre otras cosas a la falta de recursos materiales y humanos que limita la posibilidad de un mayor desempeño articulado con otras áreas. Tampoco cuentan con protocolos y/o reglamentos ni con mandos medios con competencias suficientes en la asignación de responsables en la asistencia ante vacíos asistenciales. Por su parte, las mesas de trabajo o espacios de intercambio no son suficientes y las bases informáticas de cada área o unidad de gestión no operan en forma colaborativa lo que no ayuda para que la capacidad de acción sea sostenida, sustentable y con una debida trazabilidad.

Lo que queda demostrado en este recorrido asistencial, es que los problemas sociales son multidimensionales y de muy baja estructuración, no susceptibles de tratamientos segmentados o sectoriales (pues el accionar del estado se entrelaza y condiciona) y que, a raíz de ello, o se generan múltiples instancias de negociación y reinterpretación de los contenidos, o se opta por resolver desestimando mejores alternativas o prácticas, en post de evitar esas instancias.

La coordinación requiere rumbo, orientación, reglas operativas, incentivos y compromisos, pero principalmente es resultado de un proceso incremental interactivo. Se habló de niveles de coordinación o de una escalera, precisamente porque una forma de analizarlo, es como valor agregado en etapas (Martinez Nogueira 2010).

Se concluye en la necesidad de revisar las estrategias proyectos y líneas de acción pensadas en mayor medida desde el ciudadano receptor que desde el aparato de producción estatal, la construcción de visiones y “doctrinas” operacionales compartidas y la existencia de ámbitos y modalidades de trabajo con interacción de los operadores.

ANEXO I

-Gerencia Operativa Buenos Aires Presente (BAP) objetivos: “diseñar e implementar las herramientas administrativas y operativas para optimizar la respuesta asistencial inmediata de personas y familias que se encuentran en situación de riesgo social. Orientar y asistir con ayuda inmediata a familias y personas en situación de vulnerabilidad social, en el marco de sus competencias y de manera integral. Planificar, ejecutar, supervisar y orientar los recursos en su ámbito específico ante la emergencia social” (**Decreto 2021-264-GCABA-AJG**);

-Gerencia de red de centros de Centros de Inclusión Social, objetivos: “ejecutar, coordinar y supervisar las actividades de optimización de la capacidad de respuesta y el funcionamiento de los dispositivos de atención para las personas sin hogar en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Gestionar y administrar dispositivos de alojamiento, paradores y refugios para familias y personas en situación de calle o problemas habitacionales. Articular actividades con organizaciones de la sociedad civil para mejorar la atención de la población asistida” (**Decreto 2021-264-GCABA-AJG**).

-Dirección General Hospitales: Garantizar el derecho a la salud integral y gratuita mediante la regulación y ordenamiento de los Hospitales Generales de agudos y especializados, como así también de las diferentes redes dependientes de estos efectores para la adecuada atención de la comunidad tanto de la CABA, como de aquellos que procedan fuera de los límites de la misma. Realizar una adecuada promoción y protección de la salud a partir de una adecuada acción preventiva (**Decreto N.º 118/17**).

-Dirección General de Salud Mental: Es competencia atender las acciones tendientes a sostener la adecuada aplicación de las políticas de salud propuestas por la Subsecretaría de Atención Hospitalaria y el Ministerio de Salud del GCBA dentro del campo de la salud mental. Asimismo, le compete promover acciones de prevención, promoción, asistencia y rehabilitación, acorde a la especificidad, incidencia y prevalencia de la demanda y con énfasis en aquellos pacientes más severos y vulnerables. Administra y coordina las casas de medio camino y hogares dependientes y supervisa los conveniados. Coordina y supervisa los dispositivos, hospitales, centros de salud mental, emprendimientos, atención domiciliaria, programas y talleres de rehabilitación y atiende a la coordinación y trabajo en red de los dispositivos de salud mental dependientes de otras áreas del ministerio. (**Decreto N.º 118/17**)

-Dirección General de Atención Médica de Emergencia (SAME) El Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, mediante los subsectores de salud definidos en la Ley N° 153 #, brinda a todos los habitantes de la ciudad la prestación de servicios de salud en situaciones de urgencia y/o emergencia extrahospitalarias o prehospitalarias entendida como un servicio operacional y de coordinación para los problemas médicos urgentes y que comprende todos los sistemas de atención médica y transporte que se presta a enfermos o accidentados fuera del hospital y que constituye una instancia previa al tratamiento de urgencias hospitalarias (**LEY H - N° 1.883**)



Universidad de
San Andrés

Bibliografía/fuentes:

1. Acuña, Carlos H-Repetto, Fabián 2006 –“LA INSTITUCIONALIDAD DE LAS POLITICAS Y LOS PROGRAMAS DE REDUCCION DE LA POBREZA EN AMERICA LATINA”-BID
2. A. Naser (coord.), “Gobernanza digital e interoperabilidad gubernamental: una guía para su implementación”, Documentos de Proyectos (LC/TS.2021/80), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2021.
3. Azcorra, Adriana; Buchter, Irene; Catoira, Patricia y González, Ivana “Una mirada sobre transformaciones y singularidades del aparato estatal”- Año 9 Número 2 Volumen 10-septiembre 2009- ISSN Digital 1852-0774
4. Bachiller, S. (2021). Covid-19 y personas en situación de calle en CABA: viejos y nuevos desafíos para las políticas públicas. *Ciudadanías. Revista De Políticas Sociales Urbanas*, (8). Recuperado a partir de <https://www.revistas.untref.edu.ar/index.php/ciudadanias/article/view/1119>
5. Bertranou, Julián “Capacidad estatal: Revisión del concepto y algunos ejes de análisis y debate State Capacity: Concept revision and some issues for analysis and discussion” *Revista Estado y Políticas Públicas* N° 4. Año 2015. ISSN 2310-550X pp 37-59
6. Boy, Martín 2012 “Conflictos, solidaridades y miradas en torno a la situación de calle. Ciudad de Buenos Aires, 2012”-. Source: *Estudios Sociológicos*, enero-abril, 2014, Vol. 32, No. 94 (enero-abril, 2014), pp. 45
7. Morande, Brandon S 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”
8. Bronzo, Carla y Repetto, Fabián 2015 “Coordinación de políticas sociales: desafíos para la gestión pública” (eds.) Estudio n° 18 Serie: Análisis Área: Protección Social http://sia.eurosocial-ii.eu/files/docs/1453800699-estudio_18.pdf
9. Collella, Guillermo G “Complejidad y Políticas Públicas: Modelo Telarala”; octubre 2011(file:///C:/Users/27332005168/Downloads/DialnetComplejidadYPoliticPublicasModeloTelarana-3777080_3.pdf)
10. Completa, Enzo, 2017- CAPACIDAD ESTATAL: ¿QUÉ TIPO DE CAPACIDADES Y PARA QUÉ TIPO DE ESTADO? Pág. 116-Revista POSTData: Revista de Reflexión y Análisis Político, vol. 22, núm. 1, abril-septiembre, 2017, pp. 111-140 Grupo Interuniversitario Postdata Buenos Aires, Argentina

11. CEIL-CONICET; FAUATS ; Paraná : RIPPSO, 2021- Políticas Sociales : estrategias para construir un nuevo horizonte de futuro / Washington Uranga ... [et al.] ; compilación de Washington Uranga ; coordinación general de Cristina Díaz ... [et al.] ; dirigido por Manuel Barrientos ; prólogo de Washington Uranga. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Desarrollo Social de la Nación
12. Decreto N° 690/2006 “Programa Atención para Familias en Situación de Calle en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”
13. Di Iorio, Jorgelina, 2018-2020 “VIVIR EN SITUACIÓN DE CALLE EN CONTEXTOS URBANOS: SUBJETIVIDADES EN RESISTENCIA” Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology(IJP)2019, Vol., 53, No. 2, pp. 167-179
14. Di Lorio, Jorgelina 2019 “Vivir en situación de calle en contextos urbanos: subjetividades y resistencias” Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas, Argentina, UBA, Argentina/Revista Interamericana de Psicología-2019, Vol 53, No 2, pp. 167-179.
15. Di Iorio, Jorgelina; Seidmann, Susana; Rigueiral, Gustavo y Abal, Yamila-2020 “Circuitos Socio-Asistenciales para Población en Situación de Calle en la Ciudad de Buenos Aires: Representaciones Sociales y Prácticas- PSYKHE Copyright 2020 by Psykhe 2020, 29(1), 1-13 ISSN 0717-0297 <https://doi.org/10.7764/psykhe.29.1.1226> www.psykhe.cl”
16. Di Lorio, Jorgelina, 2021 - Producción social de cuidados con personas en situación de calle en el escenario de la pandemia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Revista SALUD MENTAL Y COMUNIDAD -año 8, N°10 -agosto de 2021)
17. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. Lancet. 2014 Oct 25;384(9953):1529-40. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61132-6. PMID: 25390578; PMCID: PMC4520328
18. Flacso Argentina Revista Estado y Políticas Públicas Registro de propiedad: ISSN: 2310-550X Año: 2014 Ciudad y país: Buenos Aires – Argentina
19. <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley3706.html>
20. Gordillo, Agustín Alberto, 2013- Tratado de derecho administrativo y obras selectas: teoría general del derecho administrativo. - 1a ed. - Buenos Aires: Fundación de Derecho Administrativo.

21. Grandes, Martín 2021 “Hacia un abordaje integral de la gente en riesgo de calle y una propuesta de política pública.” Proyecto de investigación del Centro de Estudios de la Estructura Económica – CENES-UBA
22. Jo C. Phelan, PhD, and Bruce G. Link, PhD 1999- Who Are "the Homeless"? Reconsidering the Stability and Composition of the Homeless Population September 1999, Vol. 89, No. 9
23. Lancet. 2014 October 25; 384(9953): 1529–1540. doi:10.1016/S0140-6736(14)61132-6.
24. Leiras, M. (2013). “Las contradicciones aparentes del federalismo argentino y sus consecuencias políticas y sociales”. *Cuánto importan las instituciones* Leiras, M. (2013).
25. Martínez Nogueira, Roberto, 2013 * La presidencia y las organizaciones estatales como constructoras de institucionalidad en la Argentina
26. Martínez Nogueira, Roberto, 2010 La Coherencia y la Coordinación de las Políticas Públicas. Aspectos Conceptuales y Experiencias
27. Martínez Nogueira 2011- “La Coherencia y la Coordinación de las Políticas Públicas- Aspectos conceptuales y experiencias” Este trabajo es el documento final elaborado conforme a los términos de referencia del contrato de locación de obra celebrado con la Jefatura de Gabinete en el marco del Préstamo BIRF 7449-AR-11 Proyecto de Modernización del Estado
28. Nuria Cunill-Grau Fabián Repetto Carla Bronzo: Coordinación intersectorial pro integralidad de las instituciones de protección social http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/talleres/6-COORDINACION/4-Coordinacion_Intersectorial_pro-integralidad_CEPAL.pdf
29. O’Donell, Guillermo; Cárdenas, Mauricio; Mann, Michael; Ziblatt, Daniel; Oszlak, Oscar; Geddes, Bárbara; Evans, Peter y E. Rauch, James; Hendriz, Cullen; Fearon, D. James y Laitin, David D; Weaver, R. Kent y Rockman, Bert A 2015 Capacidades Estatales, Diez Textos Fundamentales/Ed. CAF Banco de Desarrollo de América Latina-p. 18 <http://scioteca.caf.com/handle/123456789/715>
30. Página oficial Gobierno Ciudad de Buenos Aires <https://www.buenosaires.gob.ar/>
31. Pigna, María Angélica; Nieto, Cecilia; Leonhardt, Leticia María; Barbará, Yamile, 2021 “Innovaciones y desafíos del Plan Abre: institucionalidad, capacidades estatales y sostenibilidad”- PAPELES del Centro de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la UNL Universidad Nacional del Litoral, Argentina ISSN:

1853-2845 ISSN-e: 2591-2852 Periodicidad: Semestral vol. 12, núm. 23, 2021
papelesdelcentro@fcjs.unl.edu.ar Recepción: 30 Agosto 2021 Aprobación: 15 Octubre
2021 URL: <https://doi.org/10.14409/p.v12i23.10793>

32. Repetto, Fabián 2010 –“Protección social en América Latina: la búsqueda de una integralidad con enfoque de derechos” Revista del CLAD Reforma y Democracia, núm. 47, junio, 2010, pp. 89-139 Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo Caracas, Venezuela
33. Repetto, Fabián- “Experiencias Comparadas de coordinación de Política Sociales en América Latina: Aprendizajes para el caso argentino”.
http://www.asociacionag.org.ar/pdfcap/6/REPETTO_FABIAN_EXPERIENCIAS.pdf
Repetto, F. y Fernández, J.P. (2012). Coordinación de políticas, programas y proyectos sociales. Buenos Aires: CIPPEC y UNICEF
34. Rey, Maximiliano (2011) “Capacidad Estatal, instituciones y liderazgo político en la Argentina de la post-convertibilidad” Año 1 - Nro. 2 - Revista “Debate Público. Reflexión de Trabajo Social” - Artículos centrales
35. Rosa, Paula Cecilia -2012 Pobreza urbana y desigualdad: la asistencia habitacional a personas en situación de calle en la ciudad de Buenos Aires
<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/gt/20120409043609/gthi2-15.pdf>
36. Rosas Huerta, Angélica 2008, Una ruta metodológica para evaluar la capacidad institucional /
https://www.researchgate.net/publication/38104672_Una_ruta_metodologica_para_evaluar_la_capacidad_institucional/fulltext/0f318e9b3829de221637a8a5/Una-ruta-metodologica-para-evaluar-la-capacidad-institucional.pdf?origin=publication_detail
37. Rosa, Paula Cecilia 2012, Pobreza urbana y desigualdad: la asistencia habitacional a personas en situación de calle en la ciudad de Buenos Aires/
<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/gt/20120409043609/gthi2-15.pdf>
38. Rosa, Paula Cecilia 2013, Percepciones de los coordinadores de programas sociales destinados a los habitantes de la calle en la Ciudad de Buenos Aires/ Año 3 - Nro. 5 - Revista “Debate Público. Reflexión de Trabajo Social” - Artículos seleccionado.
39. Rosa, Paula CECILIA 2017- Habitar la calle: el accionar de las organizaciones de la sociedad civil en la Ciudad de Buenos Aires / Paula Cecilia Rosa; fotografías de Nicolás Ortiz de Elguea ; ilustrado por Julieta Rosa. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

[http://www.ceurconicet.gov.ar/archivos/publicaciones/HABITAR LA CALLE -
libro primera edicion REV 04.pdf](http://www.ceurconicet.gov.ar/archivos/publicaciones/HABITAR_LA_CALLE_-_libro_primera_edicion_REV_04.pdf)

40. “Salud en la Calle” 2010-Medicos del Mundo
<http://www.mdm.org.ar/informes/29/Informe-2012-Programa-Salud-en-la-Calle.pdf>
41. Soto-Méndez, Carolina 2018 “LA RELACIÓN ENTRE AUTONOMÍA Y VULNERABILIDAD EN HABITANTES DE CALLE: UN RETO PARA LA BIOÉTICA” Acta Bioethica; 25 (1): 95-102.
42. Subsecretaría de Fortalecimiento Institucional, Secretaría de Gestión y Empleo Público, Jefatura de Gabinete de Ministros (2022). La gestión de los procesos en las organizaciones públicas: enfoque en la coordinación e integralidad estatal. Colección Fortalecimiento Institucional: Construyendo capacidades para un Estado presente. Buenos Aires: Subsecretaría de Fortalecimiento Institucional. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/jefatura/gestion-y-empleo-publico/fortalecimiento-institucional/recursos-de-la-ssfi/colección>
43. Sudarshan, Joshi 2020-IDENTITY OF STREET HOMELESS PEOPLE: A GENERAL REVIEW <https://doi.org/10.3126/rnjds.v3i2.34482>
44. Tillet, Agustín y Paiva, Verónica (2019). Las organizaciones y la atención a las personas en situación de calle durante el período 2017-2019 en la ciudad de Buenos Aires. XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
45. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/triage-covid-19.pdf>
46. <https://www.conclusion.com.ar/politica/economia/la-mayoria-de-las-personas-en-situacion-de-calle-en-caba-son-varones-y-tienen-depresion/06/2021>
47. <https://www.iprofesional.com/actualidad/362665-personas-en-situacion-de-calle-por-que-no-van-a-los-paradores>
48. <https://www.tiempoar.com.ar/informacion-general/el-85-de-las-personas-en-situacion-de-calle-no-quiere-dormir-en-los-paradores-por-temor-a-situaciones-de-violencia>