

#QuedateEnTuCambuche: COVID-19 y la habitanza en calle en Bogotá D.C.

Olga Vargas Rubio
Profesional Especializada - Subdirección
de Gestión y Evaluación de Políticas en
Salud Pública

Resumen

Este artículo describe la acción y el efecto de vivir en el espacio público en la capital de Colombia, en el marco de la emergencia sanitaria por SARS-CoV-2 (COVID-19), desde la multicausalidad del fenómeno de la habitanza en calle, a partir de la identificación de poblaciones y dinámicas en situaciones de calle.

Muestra el ajuste y activación de las rutas de atención, como plan de respuesta, cuyo fin es disminuir el riesgo de transmisión del virus en personas que habitan en el mobiliario público urbano de Bogotá.

Señala el inicio de la aplicación del enfoque sociosanitario en dichas rutas, con ajustes razonables en la implementación de estrategias y productos ejecutados por las diferentes entidades distritales.

Palabras clave: situación en calle, habitante de calle, ruta de atención, COVID-19, cambuche.

1. Introducción

En el marco de la emergencia sanitaria por SARS-CoV-2 COVID-19 (1,2) declarada a nivel mundial, surgieron inquietudes por parte de la ciudadanía bogotana, antes de control, la academia y personas habitantes de calle, sobre las acciones institucionales para prevenir y disminuir el riesgo de contagio de las personas que habitan en el espacio público.

Muchas de estas expresiones indican la deficiente capacidad de estas personas para enfrentar los riesgos de contagio por vivir en la calle, calificando su higiene desde la esfera moral (3) y situando la vulneración del derecho a la salud en la carencia de aislamiento preventivo y recursos materiales de bioseguridad, a partir de la ausencia de arraigo domiciliario y familiar, en relación con la convivencia permanente con su grupo parental en una residencia fija y estable.

Estas consideraciones interpelan a las entidades distritales sobre la existencia de rutas de atención dirigidas a personas que viven en la calle; algunas de ellas presumen la discriminación en la asignación oportuna y eficiente de unidades de cuidado intensivo (UCI), si la capacidad instalada supera la proyección de ocupación (4), contravirtiendo las declaraciones del gobierno local (5).

En analogía al aislamiento social, preventivo y obligatorio de no salir a la calle, #QuedateEnTuCambuche⁴ es una adaptación para la no circulación por la ciudad como forma de prevenir el contagio por COVID-19 en personas en situación de calle. Esta expresión no fue pensada para nombrar una estrategia, hizo parte de la argumentación de los equipos de abordaje territorial.

Elementos básicos del fenómeno de habitanza en calle

Antes de continuar, se hace necesario mencionar algunas consideraciones que ha realizado la SDS tras retomar las tipologías que establece

4 El cambuche es una forma de vivienda, temporal o permanente, generalmente invisible al común de las personas. Amplió su arquitectura y número de habitantes en tiempos de pandemia, a través de redes de intercambio de subsistencia y apoyo emocional, al compartir una techumbre con los desalojados de hoteles o paga diarios, las mascotas que transitaban por el barrio, carreteros que hicieron estación en la ruta de reciclaje y personas en soledad o abandono; situación similar se registró en Buenos Aires, ante la implementación del aislamiento social obligatorio, donde quedarse en la casa no es una opción por desprotección social y la exclusión extrema (46).

la política del fenómeno de habitanza en calle en Colombia (6), sobre las diversas personas que se encuentran en situación de calle y tienen hábitos no lineales por vivir en el espacio público o estar en riesgo de habitar la calle.

De allí la necesidad de precisar que las personas habitantes de calle son aquellas que usan el mobiliario público como lugar de vivienda, de forma permanente o transitoria, y desarrollan allí todas las dimensiones de su vida íntima y social, reconociendo que estas personas no siempre rompen sus vínculos familiares.

A su vez, existen otras personas que se encuentran en riesgo de habitar la calle por su alta permanencia en el espacio público debido a la pobreza extrema, monetaria y marginalidad (7). Buscan en la calle la sobrevivencia, la recreación, el ocio, escapar del abandono o violencias individuales y sociales. Desarrollan su vida íntima y social en casa fija y estable o habitación de hotel, inquilinato, residencia o paga diario, a la cual retornan en la noche dependiendo de la generación de ingresos diarios; eventualmente, duermen en el espacio público.

Tanto las personas habitantes de calle o en riesgo de habitar la calle registran múltiples afectaciones de seguridad personal al ser víctimas del conflicto armado, tal como los reinsertados, reincorporados, migrantes irregulares, personas en abandono social por discapacidad, identidad étnica o violencias de género, orientación sexual y adultez.

Declarada la emergencia sanitaria, se incrementó el número de personas en situación de calle que producen ingresos a través de la recuperación de residuos sólidos (reciclaje), ventas informales (chaceros, cachivacheros o oroter⁵, pucher⁶), actividades de servicios

varios, artísticas, sexuales pagadas, mendicidad propia o ajena, delincuenciales, entre otras.

También realizan actividades que se conjugan con dinámicas de vida callejera, que establecen vínculos y prácticas de calle, representaciones de libertad y solidaridad grupal, así como divergentes lecturas situacionales sobre consumo de sustancias psicoactivas (SPA) (8), actividades problemáticas de convivencia o delictivas.

Proceso de ajuste sectorial e intersectorial de las rutas de prevención y atención

Las situaciones y condiciones de personas en situación de calle en la emergencia sanitaria conllevaron a realizar ajustes de la oferta pública distrital para disminuir el riesgo y velocidad de transmisión de contagio de COVID-19, a partir del análisis situacional por territorios de habitanza en calle, apoyado en metodologías aplicadas al cuidado de la salud (9) y técnicas cualitativas de corte etnográfico, implementadas en el periodo de enero a septiembre del 2020.

Conviene señalar que, desde 2019, la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS), el Instituto Distrital para la Niñez y la Juventud (IDIPRON) y Capital Salud EPSS, en el componente de atención integral en salud (CAIS), liderado por la Secretaría Distrital de Salud (SDS), ha avanzado en la armonización de los objetivos de las políticas nacionales (10) y distritales (11) en tres ejes de interacción e intervención en salud, como muestra la Figura 1: 1) prevención, 2) atención para el restablecimiento de derechos y la inclusión social y 3) articulación sectorial e intersectorial, orientados desde la interacción con y para las personas habitantes de calle o en riesgo de habitar la calle, y las comunidades que conviven directamente con el fenómeno social.

5 Persona que comercializa en espacio público objetos en buen o mal estado.

6 Persona que comercializa en el espacio público pequeñas cantidades de comidas para preparar; por lo general, la presentación de la comida al cliente se realiza en tapas de algún envase, pequeños baldes o bolsas plásticas transparentes.

Figura 1. Política del fenómeno de habitanza en calle, en Bogotá, D.C. Ejes y rutas para la implementación.



Este contexto, en el marco de la emergencia sanitaria, orienta el rumbo de la actualización del plan de acción de la política de habitanza en calle en Bogotá, encauzando el ajuste de las rutas a fin de dignificar a las personas y resignificar el fenómeno social, en perspectiva de una mayor articulación de procesos sectoriales e intersectoriales con enfoques diferenciales y sociosanitarios, así como la prevención del fenómeno social, armonizando objetivos y líneas estratégicas del modelo distrital de atención (12), que originalmente fueron concebidas por componentes independientes de la política en la vigencia 2018.

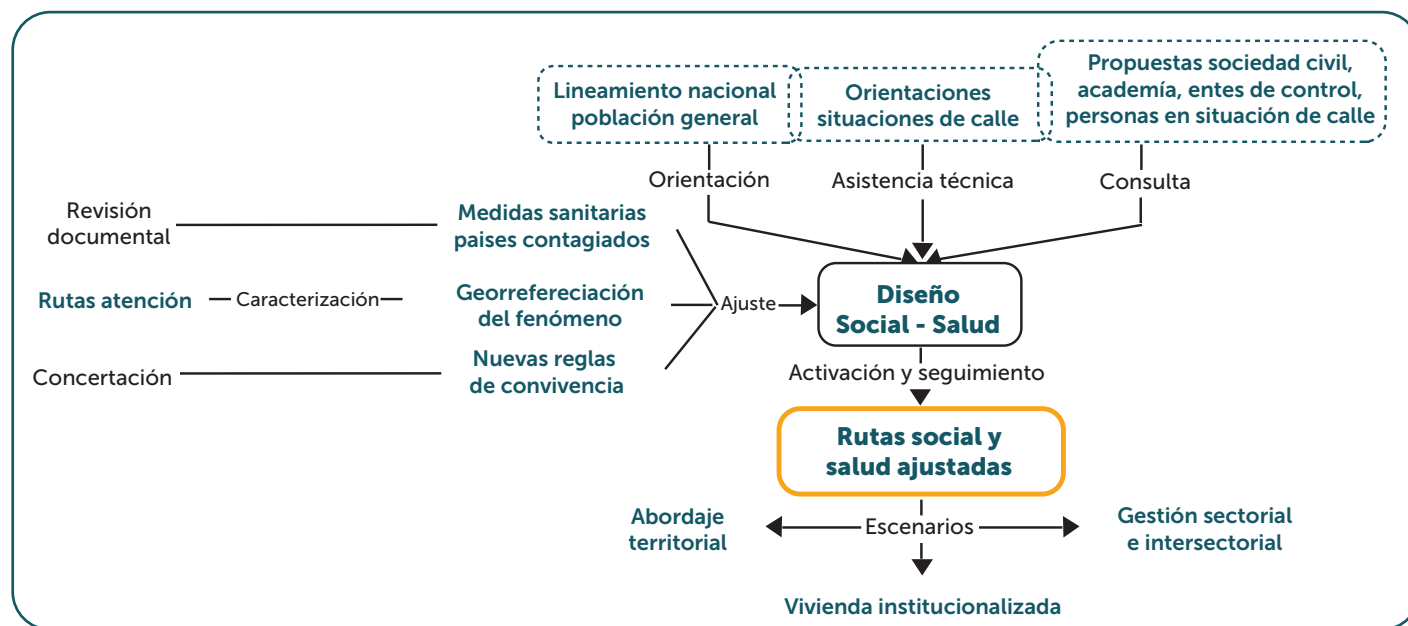
La activación de las rutas de atención a las personas positivas asintomáticas de COVID-19 que se encontraban viviendo en cambuches expuso la carencia de un servicio social transitorio diferente al alojamiento actual, que permita el restablecimiento de la salud y que disminuya el reingreso a servicios hospitalarios e incluso el fallecimiento por COVID-19 o por otros eventos en salud, dado que las representaciones sociales sobre personas habitantes de calle limitan el acceso a servicios temporales de alojamiento para aislamiento ofertados a la población en general.

2. Materiales y métodos

Se utilizó como recurso metodológico el estudio prospectivo longitudinal que describió cualitativamente las circunstancias y las situaciones cronológicas en el primer momento de la pandemia por COVID-19 que propiciaron el ajuste de las rutas institucionales de prevención y atención para las personas en situación de calle de la ciudad capital. Esta técnica permitió identificar cronológicamente las características, significados e implicaciones claves del fenómeno de habitanza en calle en los ajustes progresivos de dichas rutas, a partir del análisis etnográfico y situacional para preservar la vida en medio de la emergencia sanitaria.

La metodología para el ajuste de las rutas (figura 2) se diseñó interinstitucionalmente y con avances acumulativos, utilizando análisis situacionales apoyados en información y registro de hechos identificados mediante revisión documental, observación participante, testimonios de personas en situación de calle y colaboradores de instituciones públicas y privadas, grupos focales y debates con expertos, entes de control y ciudadanía en general, datos estadísticos de los sistemas de información de la SDS, lineamientos del Ministerio de Salud, entre otras.

Figura 2. Metodología para el ajuste a rutas de prevención y atención a personas habitantes de calle.



La selección simultánea de información partió de las conclusiones de los grupos focales desarrollados, en enero y febrero del 2020, por la SDS con los equipos psicosociales de los centros de escucha para el habitante de calle y referentes de la política de las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud (SISS), utilizando un raciocinio inductivo para analizar la información de atenciones individuales y colectivas a personas en situación de calle, producto de la gestión de la salud pública en la ciudad (13), a fin de identificar y proponer posibles ajustes de rutas sociales y sanitarias, tomando en cuenta las experiencias en territorio de habitación en calle sobre perfiles de morbilidad, manejo de ansiedad y diferentes tipos de síndrome de abstinencia, percepciones ante el contagio, posibles respuestas de autocuidado que se pudieran presentar en caso de aislamiento social debido a la pandemia anunciada.

Se realizó la identificación de múltiples variables que surgen en diferentes tiempos, producto de la revisión documental, prensa, blogs

y redes sociales, que describieron medidas de mitigación del contagio, comportamientos de aporofobia, xenofobia, exclusión social y otras formas de intolerancia en la atención a poblaciones sinhogarismo, *housing first*, sin techos, personas sin hogar o situación de calle. Esta revisión documental se mantuvo a lo largo del tiempo para conocer los efectos de cuarentenas estrictas y aislamientos de personas habitantes de calle.

Al mismo tiempo, se realizaron reuniones, encuentros, consultas y debates de análisis sobre experiencias de medidas sociosanitarias entre SDIS, IDIPRON, SDS y otras entidades públicas con múltiples actores, como expertos, sociedad civil organizada y entes de control, para escuchar propuestas o resolver inquietudes sobre oferta de bienes y servicios en los procesos de ajustes continuos de las rutas, de acuerdo con la afectación y velocidad del contagio en la ciudad (14,15). Con base en estas rutas, las entidades públicas y privadas orientaron a las personas que se encontraban

en el espacio público a reducir la circulación por la ciudad o quedarse en el cambuche como forma de autoaislamiento.

En marzo, SDIS, IDIPRON y SDS coordinaron el primer ajuste intersectorial de rutas de atención y prevención, de acuerdo con la oferta habilitada en territorios georreferenciados y caracterizados, utilizando la información del último censo de la población habitante de calle en Bogotá (16) y la ubicación de concentraciones, corredores y flotantes del fenómeno de habitanza en calle en el 2019 (17).

Además, se elaboraron, socializaron y publicaron protocolos de bioseguridad y cuidado de participantes y colaboradores de la SDIS e IDIPRON (18,19), los cuales incluyen las nuevas reglas de convivencia en los servicios sociales del Distrito, en particular en vivienda institucionalizada (en adelante vivienda), que parten de saberes experienciales de instituciones, públicas y privadas, incluyendo las orientaciones del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) para el manejo del COVID-19 de esta población (20-22), de acuerdo con las fases de prevención, contención y mitigación, así como las medidas sanitarias emitidas por el Puesto de Mando Unificado (PMU) Distrital.

En cuanto al trabajo de calle, el abordaje se realizó a través de recorridos liderados por SDIS e IDIPRON, monitoreando el desplazamiento, concentración y reagrupamiento de personas en situación de calle; también acompañaron los dispositivos comunitarios en la entrega de alimentos, insumos de bioseguridad y orientaciones sobre identificación temprana del riesgo, novedad de casos individuales y colectivos que requerían intervención de entidades distritales en equipamiento urbano y ocupación de predios. De allí que la activación de rutas y seguimientos de casos de personas en situación de calle se realizó por medio de la gestión sectorial e intersectorial en salud, en las

19 localidades urbanas, según las directrices de sus autoridades locales en la sala situacional COVID-19 o el PMU, priorizando intervenciones a demanda en el espacio público y servicios sociales.

Asimismo, todas las atenciones en calle o servicios institucionalizados se acompañaron del fortalecimiento de capacidades y habilidades de servidores públicos, voluntarios de organizaciones sociales y personas en situación de calle a través de asistencias técnicas (virtual/presencial) y actividades de información, educación y comunicación (IEC), en temas de bioseguridad, aseguramiento en salud, autocuidado y aseo personal, eventos crónicos no transmisibles, identificación y diferenciación de síntomas por COVID-19, gripales y afectaciones respiratorias por contaminación del aire, enfatizando que las emergencias hospitalarias mantienen la atención de la población en general⁷.

Se inició la identificación de instalaciones distritales para el diseño, adecuación y puesta en funcionamiento de un nuevo servicio transitorio con enfoque sociosanitario para personas habitantes de calle infectadas de COVID-19 asintomáticas, a cargo del sector social con acompañamiento de salud. En los servicios de vivienda se designaron áreas de aislamiento preventivo, de acuerdo con la distribución arquitectónica de cada lugar. Además, se diseñaron medidas cotidianas para disminuir los posibles contagios y medidas de cerco epidemiológico.

Igualmente, se orientó la búsqueda activa y acompañamiento solidario a personas con VIH, problemas de salud mental, gestantes, personas víctimas de violencias, extraviadas y

⁷ Independientemente de la situación de afiliación frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), si la persona requiere de servicios de urgencias debe acudir a la Unidad de Servicios de Salud (USS) que hacen parte de las Redes Integradas de Servicios de Salud del Distrito Capital más cercano de donde se encuentre, entidad que debe garantizar este servicio de manera inmediata siguiendo lo señalado en la Resolución 3047 del 2008 del Ministerio de Salud y Protección Social.

redes familiares, durante el aislamiento social y en la apertura a la nueva realidad (23). En referencia a la toma de pruebas COVID-19 a personas habitantes de calle sin documento de identidad en físico y contacto telefónico, se coordinó el acompañamiento solidario para la entrega de resultados a través del número de contacto personal de colaboradores de los sectores social y de salud, voluntarios de redes de apoyo y familiares. Este proceso implicó la permanencia de la persona habitante de calle en el cambuche identificado.

3. Resultados

Lecciones comportamentales aprendidas en el 2009, por el virus pandémico AH1N1/09, pautaron la preparación institucional ante la emergencia sanitaria. La SDS en el mes de marzo preguntó a personas habitantes de calle, como José Gutiérrez, sobre la experiencia del uso de mascarillas, a lo cual recibió respuestas similares:

El tapabocas se hace con lo que se pueda, una manga o un trapo. ¡Todo sirve!, siempre que tape bien la nariz y la boca... y toca alejarse un poco del parcero y de la gente... La pipa no se presta y si se presta se limpia más.

La diferencia con la pandemia por COVID-19 fue el cierre temporal de servicios día y la disminución de cupos noche, de acuerdo con el distanciamiento por distribución arquitectónica de cada servicio social en la ciudad de Bogotá. Este anuncio se activó por actividades IEC en territorios de habitación en calle, a través del voz a voz y el rumor en los parches⁸.

⁸ El parche es un grupo de personas habitantes de calle y/o personas con alta permanencia en calle, que se reconocen como pares, cuya característica de relacionamiento está basada en lazos de amistad, parentesco, solidaridad, aliadas, entre otras. En este conjunto se construye un lenguaje verbal y no verbal a partir de elementos de la vida callejera

Esta situación de aforo exigió ajustar las rutas de trabajo en calle de SDIS e IDIPRON, sin desdibujar las competencias de cada entidad, como las estrategias Caminando Relajado y Operación Amistad de IDIPRON. Los recorridos incluyeron actividades de fortalecimiento de la atención primaria en salud con incipiente enfoque sociosanitario, orientadas en asistencia técnica de la SDS e incorporando los lineamientos de MinSalud: sensibilización sobre autocuidado, lavado de manos, entrega de implementos de bioseguridad, desinfección de cambuches con aspersión de alcohol e identificaciones de condiciones de salud de sus ocupantes. Además, en las unidades operativas locales de la SDIS e IDIPRON que se encontraban vacías, se incrementaron las jornadas de autocuidado para aseo personal e identificación de condiciones de salud.

Las fundaciones Procrear, Madre Janer y la Medalla Milagrosa, por ejemplo, mantuvieron su trabajo presencial y colaborativo con personas en situación de calle y pobreza vergonzante, como sujeto social (24,25), incorporando en sus rutas de atención las orientaciones técnicas de bioseguridad, identificación de condiciones de salud, reporte de riesgo y traslado de posibles personas infectadas.

De manera simultánea, en Bogotá se aislaron 1770 personas en vivienda. Un total aproximado de 2500 personas, contando Bogotá, participantes y colaboradores de la SDIS e IDIPRON en vivienda a cargo del Distrito Capital en municipios de Cundinamarca y Tolima.

En dichas viviendas, al inicio del aislamiento, se concertó con las personas habitantes de calle la regla de convivencia «nadie entra y si sale no regresa al servicio», cuya excepción

que sirven de cohesión social para preservar la integridad física, satisfacer necesidades fisiológicas, generar ingresos económicos y como punto de encuentro para la diversión y el ocio. El parche suele tener uno o varios lugares de frecuente permanencia que son ocupados por lapsos de tiempo de acuerdo con sus dinámicas.

fue el retorno desde el servicio de salud en vehículo institucional y permanecer en aislamiento preventivo de 7 a 14 días continuos en área designada.

También se abordó el síndrome de abstinencia en cada servicio social, donde se adaptaron metodologías, recursos por momento de curso de vida y perfil de participantes, asignando tareas permanentes, descritas a SDS en entrevistas presenciales, así: «profe (dice Julio Díaz...) mire las artesanías que se han hecho... si uno está intenso, el piso reluce todos los días, ¿para qué más desinfección?... Así se nos olvida que nos pica el pulmón».

Por otra parte, la ciudad en confinamiento mostró múltiples facetas, en dispositivos y redes comunitarias para el cuidado solidario de las personas que se veían a través de las ventanas. Así como pretenciones de declarar a las personas habitantes de calle como interdictas e inimpútables (26), exigiendo servicios sociales de reclusión forzada a partir de representaciones estigmatizantes (27), con fundamento en la noción de *orden y control social*, narrativas de ira y miedo a disturbios sociales, difícil convivencia, aporofobia y xenofobia contra los no nacionales.

Por ejemplo, las personas habitantes de calle que se encontraban en los cambuches no cumplieron criterios de acceso al servicio Prass Corferias (28), por presumirse ser consumidor problemático SPA por vivir en calle. Ante la apertura de albergues temporales en polideportivos en entornos barriales se generó rechazo por las comunidades cercanas, aduciendo inseguridad, temor al contagio y desconfianza de personas albergadas. Caso similar ocurrió en el municipio Carmen de Apicalá (Tolima), donde las autoridades sugirieron a IDIPRON el traslado de niños y niñas por posible contagio en el servicio.

También, las noticias de medios de comunicación exacerbaron los ánimos, por la alta concentración de indígenas emberá en el parque Tercer Milenio (29) y migrantes irregulares venezolanos en vía pública de Usaqué (30), estos últimos exigían autorización para ruta humanitaria de retorno hacia su país de procedencia. Además presentaron 25 casos de supuestas personas habitantes de calle (31), las cuales eran personas de varios grupos étnicos con alta vulnerabilidad social por su alta permanencia en calle.

En referencia al contagio por COVID-19, se acompañó a 307 personas en habitanza en calle entre marzo 1 a septiembre 30 del 2020, de las cuales 103 personas eran pobres no aseguradas y en abandono social, algunas de ellas, procedentes de los departamentos de Atlántico, Antioquia, Cundinamarca, Córdoba, Huila, Quindío, Risaralda, entre otros. Por esta razón se inició la depuración de la información en las cifras preliminares del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), con el listado censal de personas habitantes de calle⁹ de la ciudad de Bogotá (tabla 1).

El primer caso positivo por COVID-19 de persona habitante de calle se registró el 30 de marzo en la localidad de Los Mártires; un hombre que solicitó atención por sus propios medios, presuntamente procedente de la localidad de Engativá, una de las localidades con mayor concentración de habitanza en calle en los dos primeros meses de la emergencia sanitaria.

⁹ Es la herramienta que permite focalizar a la población especial y contiene los datos de identificación mínimos necesarios para realizar el proceso de afiliación ante la entidad promotora de salud (EPS). Esta información es suministrada por cada una de las entidades responsables, las que deben elaborar la información completa de acuerdo con las normas que rigen esta materia. Resolución 974 del 2016. Ministerio de Salud y Protección Social. En Bogotá la entidad responsable de elaborar el listado censal para personas habitantes de calle es la Secretaría Distrital de Integración Social.

Tabla 1. Personas habitantes de calle positivas para COVID-19 según género y localidad de reporte

Localidad	Hombre	Mujer	Localidad	Hombre	Mujer
Usaquén	1	1	Suba	0	0
Chapinero	1	0	Barrios Unidos	0	1
Santa Fe	12	1	Teusaquillo	1	1
San Cristóbal	9	0	Los Mártires	120	8
Usme	1	0	Antonio Nariño	5	4
Tunjuelito	1	0	La Candelaria	3	0
Bosa	4	2	Puente Aranda	2	1
Kennedy	2	1	Rafael Uribe Uribe	5	0
Fontibón	1	2	Ciudad Bolívar	1	3
Engativá	8	2	Sumapaz	0	0

Fuente: Secretaría Distrital de Salud - Sivigila, Bogotá, D.C. 1 marzo-30 septiembre del 2020.

Entre marzo y abril, al iniciar el aislamiento, las personas en situación de calle (figura 3), de acuerdo con el reporte de la SDIS-IDIPRON, se concentraron en Engativá, Fontibón, Kennedy; en corredores interlocales: Santa Fe-Candelaria-Mártires y Antonio Nariño-San Cristóbal-Rafael Uribe Uribe, con un fuerte tránsito por Puente Aranda, Teusaquillo y Chapinero.

Durante el periodo de contención, las personas con alta permanencia en calle, sin hábitos de vivir en ella, iniciaron su sobrevivencia en algunos corredores viales, parques y lugares del mobiliario urbano, cercanos a sectores dormitorio y de comercio.

Se incrementó el número de personas por cambuche, con lo cual se mezclaron parches, familias migrantes irregulares y personas solas con diferentes vulnerabilidades y recursos. Allí se identificaron personas desalojadas de paga diarios, como migrantes irregulares, personas

que trabajaban en actividades sexuales pagadas, vendedores ambulantes, recicladores, cachivacheros, chaceros, corteros y personas mayores mendigantes, violentadas, en soledad, entre otras. En estos lugares, algún vecino solidario de vez en vez les rajo mercado, suministró agua, regaló el sofá o una frazada e hizo una llamada para avisar a un familiar sobre el estado de salud de la persona en situación de calle.

En abril, los equipos territoriales SDIS-IDIPRON-SDS intensificaron la activación de rutas sociales y de salud para personas en situación de calle (figura 3), producto de llamadas que reportaron casos de posible COVID-19, donde solicitaban ayuda humanitaria para dichas personas o su retiro por posibles actos vandálicos en las protestas de los trapos rojos¹⁰ (32) y acciones delictivas, pues el hambre sacó a muchas personas de los cambuches.

¹⁰ Símbolo de auxilio solicitando ayuda humanitaria en la pandemia.

En mayo aumentó la densificación de los cambuches permanentes en los corredores inter-locales de Suba y Barrios Unidos, con mediana intensidad en Bosa, Usme y Chapinero (figura 3). También se presentó el primer brote de gran magnitud en la ciudad (tabla 2), en el servicio

Bakatá de la SDIS, 124 habitantes de calle y varios colaboradores de la entidad, razón por la cual se reorganizó el servicio en turnos de 14 días con alternancia presencial y virtual de los colaboradores del sector social.

Figura 3. Población en situación de calle en Bogotá, localización de cambuches durante la emergencia sanitaria por COVID-19.

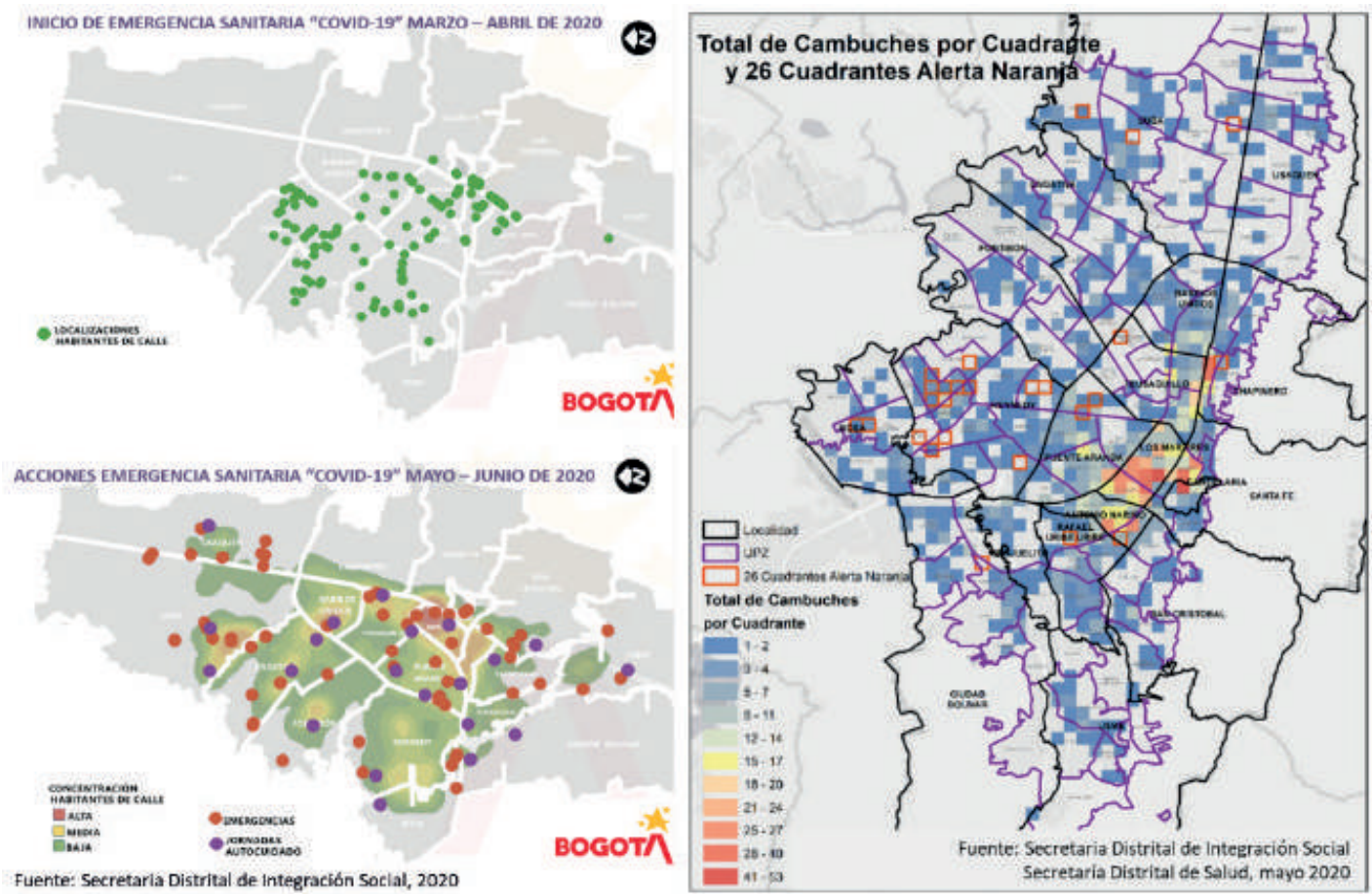


Tabla 2. Personas habitantes de calle - Positivo COVID19 por mes de contagio y género

Mes	Hombre	Mujer
Marzo	1	0
Abril	5	3

Mes	Hombre	Mujer
Mayo	117	7
Junio	21	7
Julio	14	4
Agosto	13	5
Septiembre	6	1
Total	177	27

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Sivigila, Bogotá, D.C., marzo 1 a septiembre 30 del 2020.

En este mismo mes se incrementaron las intervenciones adicionales en territorio de habitación en calle, para responder la alerta naranja en Unidades de Planeación Zonal (UPZ) priorizadas por cuadrantes, en la estrategia Prass. La SDS orientó la atención con base en el ajuste del aislamiento social SDIS-IDIPRON y realizó seguimiento en los casos de brote de COVID-19 a través de Equipos de Respuesta Inmediata (ERI), para toma de pruebas y entrega de resultados con enfoque diferencial. Simultáneamente, se reforzó la verificación de las condiciones de bioseguridad en servicios públicos y privados, a través de visitas de Inspección, Vigilancia y Control Higiénico Sanitario (IVC) y del grupo de Atención Médica Domiciliaria (AMED) a personas aisladas en vivienda.

Además, se informó a las empresas administradoras del plan de beneficios (EAPB) sobre la condición de salud y ubicación de sus afiliados, gestionó con ellas la atención en salud a través de servicios de telemedicina, que incluyó psiquiatría y gestión en línea para entrega de medicamentos. Igualmente se realizó la actualización del listado censal de personas habitantes de calle y se solicitó la portabilidad de aquellas que se encontraban con afiliación fuera de la ciudad. Finalmente, se acompañó con la SDIS los casos de hospitalización y fallecimiento por COVID-19 y otros eventos, apoyando la

gestión de la ruta para subsidios funerarios y la reubicación de abandonos sociales en servicios de salud.

Por otra parte, realizó seguimiento a los brotes en salas situacionales locales por COVID-19, lo cual permitió dar respuesta a las comunidades vecinas y a las necesidades del servicio, traslado de personas recuperadas a nueva vivienda y aislamiento preventivo, desinfección profunda de instalaciones finalizado el brote, ajuste de protocolos valorando estilos de vida de colaboradores y habitantes de calle, apertura de nuevos servicios sociales.

Entre el 1 de marzo al 30 de septiembre se presentaron 204 casos positivos (tabla 3), de ellos 27 mujeres. Por curso de vida, el 5 % eran jóvenes, el 66 % fueron personas adultas y el 29 % personas mayores, por esta razón, la SDIS abrió un servicio diferencial para persona mayor, con criterios de asignación de nuevos cupos definidos a partir del diagnóstico médico.

En la base de seguimiento a personas fallecidas por COVID-19 (Sivigila-INS RUAF), se identificaron 9 defunciones, entre ellas de una mujer. Todas las defunciones se registraron en servicio hospitalario, ninguna en calle o servicio social.

Tabla 3. Personas habitantes de calle, positivos por COVID-19 por género y curso de vida

Género	Curso De Vida		
	18-28	29-59	60 + Más
Hombres	5	114	58
Mujeres	5	20	2
Total	10	134	60

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Sivigila, Bogotá, D.C., marzo 1 a septiembre 30 del 2020.

En agosto se tomó la decisión de iniciar por demanda inducida la toma de pruebas de COVID-19 a personas habitantes de calle en puntos Prass, suministrando para el registro la dirección SDIS y el número telefónico personal de colaboradores de SDIS-IDIPRON-SDS que acompañaron la solicitud de las personas en habitación en calle.

El reinicio de la circulación por Bogotá estimuló la tolerancia social a la aparición y permanencia de cambuches en diferentes espacios de la ciudad, motivada por condiciones de la nueva realidad (15), que permitió retomar actividades presenciales en diferentes sectores de la economía, incorporando a otros actores al reciclaje, actividad que no fue suspendida por considerarse esencial en Bogotá y en todo el país.

Por tanto, en las asistencias técnicas con esta población recicladora, se enfatizó sobre la vida, el bienestar y la salud a través de prácticas de manipulación biosegura de residuos sólidos y la estrategia de promotores del cuidado (33). De acuerdo con Miguel Gaona, persona habitante de calle recuperadora de residuos sólidos: «la gente siempre hace basura, nunca para; encerrados van a sacar hasta el nido de la perra, y eso es platica, hay que recogerla».

Finalmente, en materia de servicios para las personas habitantes de calle mayores de 29 años, se logró materializar en ocho meses el servicio público del Centro Transitorio Balkanes, como respuesta a la emergencia sanitaria. Este servicio se diseñó como un entorno protector que pretende fortalecer la adherencia a los tratamientos médicos e iniciar la implementación de los procesos de desarrollo personal, el cuidado de sí mismo, la promoción, seguimiento y cuidado de la salud, el desarrollo de capacidades y el fortalecimiento de redes de apoyo para el mejoramiento de la calidad de vida de sus participantes. Su oferta está dirigida a personas con enfermedades transmisibles, entre ellos COVID-19, y quienes requieren cuidados en un periodo extrahospitalario para restablecer condiciones de salud.

Este servicio es un referente nacional frente a la atención social y sanitaria transitoria, para 100 personas habitantes de calle que pueden continuar proceso de inclusión social en otro servicio o retornar a su vida callejera. Inició operación en febrero del 2021, con un equipo de 50 profesionales que brindan atención integral intermedia de acompañamiento posoperatorio, postratamiento y aislamiento de asintomáticos de COVID-19.

4. Discusión

El aislamiento social, preventivo y obligatorio de no salir a la calle para quienes viven en el espacio público no aplica. No obstante, quedarse en el cambuche, como forma de prevenir la circulación y el contagio por COVID-19 en la ciudad, facilita el plan de respuesta a través de la identificación de las personas en situación de calle.

Entonces, el cambuche trasciende de una simple estructura para pasar la noche a un nicho social¹¹ que subyace como estructura de oportunidades, donde diariamente se concentran recursos que tienen circulación en el consumo de subsistencia, en ocasiones obtenido en la oportunidad o suministrado por redes de apoyo o entidades del Estado.

Este contexto circunstancial y multi-dimensional no fue molesto para los vecinos voyeristas que miraban por la ventana, en vivo y en directo, en la acera del frente, la cotidianidad cinematográfica del fin de los tiempos. Sin embargo, la tolerancia social finaliza con la apertura a la nueva realidad, acompañada de histerias sociales producto del pánico moral (34) para restablecer el orden en el espacio público, presionando la circulación de los integrantes de los cambuches, desde el raciocinio sobre la carencia de medios para la sobrevivencia, definiendo como amenaza a las personas en situación de calle debido a su alta dependencia social y la poca capacidad para prevenir, resistir y sobreponerse al contagio de COVID-19 (35).

No obstante, una cosa no lleva a la otra, la falta de medios materiales no implica la falta de capacidad para salvaguardar la vida propia

o ajena. Al contrario, en la calle se está frente a la probabilidad de un daño, a una amenaza, un desastre o una situación de emergencia, que implica el desarrollo de un sistema de advertencias, de cuidado de la vida, de activación de la solidaridad y el apoyo mutuo (36), desde el sentido de la inmediatez en la sobrevivencia individual que ha dado el vivir en la calle y la búsqueda de respuestas al ejercicio pleno de sus derechos civiles, sociales, económicos, culturales y políticos.

En este sentido, la pandemia mostró que las medidas y recursos estatales para prevenir el riesgo de contagio en personas en situación de calle no son suficientes frente a la vulnerabilidad producida por las desigualdades sociales y las inequidades en salud (35), ya que, en la mayoría de los casos, las intervenciones públicas y privadas atienden directamente las necesidades básicas de las personas desarraigadas, con resultados coyunturales desde una incipiente atención integral.

Por otra parte, los dispositivos comunitarios (37) aportan heterogéneas lecturas territoriales, disparidad en oportunidades de cuidado, riesgos y vulnerabilidades de las personas en situación de calle, reconceptualizando el fenómeno en la ciudad y las formas de accionar en red, pues ser admitido en los circuitos de redes sociales de calle es producto del reconocimiento mutuo en tiempos y espacios de sobrevivencia, además del desarrollo de una serie de habilidades para permanecer en un medio tan adverso.

Entonces, el ajuste de las rutas, públicas y privadas debe partir de las lecturas de las calles y los cuerpos, del sentido común (38) puesto en los correlatos de saberes y las relaciones de poder en dichos territorios; por ello, exige reforzar la actualización del trabajo colaborativo que incorpore elementos de historias comunes, producto de las experiencias del contagio VIH/SIDA o el H1N1, las formas no discursivas de

¹¹ Dado que el cambuche puede considerarse como un «no lugar», un espacio del anonimato, un axioma fragmentado, sin construcción de identidad y sin territorio (47) en la codificación de la cuadrícula urbanística de la ciudad, no es poseedor de una ubicación formal, condición mínima que permite acceder a una nomenclatura y servicios básicos elementales para la higiene personal (45).

los lenguajes corporales para expresar salud o enfermedad y las geografías territorializadas en calle (17), invisibles en la cartografía político-administrativa.

En este mismo sentido, Zapata (39) explica que la piel es una zona de contagio donde el entorno corporal marca la lógica de distanciamiento, entre el espacio íntimo y el espacio social. Así, la piel es el sitio que instaura el origen de la subjetividad y las relaciones de poder; esa piel que en la habitanza en calle no ha sido tocada con afecto fraterno por otro humano, en algunos casos por largos, muy largos tiempos. Desde esa soledad individual, la infección no se propagó como proyectaron las probabilidades.

Siendo así, en medio de la crisis sanitaria, esta zona de contagio se carga de emociones y percepciones ante la incertidumbre, el temor a infectarse y la culpa de infectar a otros, que refuerza la intolerancia social y que afecta a las personas habitantes de calle y a los colaboradores (40) de los servicios sociales y sanitarios que les atienden y acompañan.

Los actos de discriminación y agresiones se fundamentan en ideas sobre la transmisibilidad de la infección, las valoraciones de riesgo y vulnerabilidad en salud de las personas que habitan la calle (27), direccionados por formadores de opinión que refuerzan representaciones negativas del fenómeno social, utilizando comentarios de defensores, opositores e investigadores sobre la marginalidad, sistemas de control o exclusión, producto del débil o distorsionado conocimiento sobre estilos y saberes de vida callejera, la oferta de bienes y servicios institucionales, públicos y privados, haciendo énfasis en enfermedad mental, consumos problemáticos y actos delincuenciales.

En fin, surge nuevamente la ineluctable referencia al enfoque poblacional diferencial y

de género para la habitanza en calle¹², a partir del reconocimiento de «prácticas sanitarias derivadas de las distintas articulaciones entre sociedad (organizada) y el Estado que define, en cada coyuntura, las respuestas sociales a las necesidades y a los problemas que afectan la salud» (41), cuyos servicios incorporen los enfoques sociosanitario y de determinantes sociales y ambientales en salud, para fortalecer las capacidades individuales de autocuidado, pieza clave en la adherencia a tratamientos en salud e inclusión social.

Por consiguiente, la armonización de las rutas intersectoriales de prevención y atención para el seguimiento oportuno de los diferentes eventos en salud, a través de los componentes de inclusión social y sanitario, permiten la recuperación de la salud en servicios intra y extrahospitalario, teniendo en cuenta que la carga de enfermedad de las personas que habitan la calle no es la misma que afecta a la sociedad en general.

Igualmente, se relaciona el exceso de carga de enfermedad de estas personas con la ampliación de la brecha social en la ciudad y el país (42), al identificarse nuevas poblaciones que inician a habitar la calle, producto de factores estructurantes de la pobreza extrema que ha dejado la pandemia, la cual debe concebirse como sindemia (43), entendida como la convergencia y sinergia de condiciones generadoras que potencian las afectaciones de las condiciones de vida de las personas que habitan en los territorios (44).

12 La habitanza en calle es producto de condiciones estructurales de desigualdad material y simbólica, referido a la acción y efecto de habitar en el espacio público, caracterizado por el desarrollo de hábitos de vida en calle por parte de personas que generan dinámicas de vida complejas y no lineales que estructuran una forma para obrar, pensar y sentir asociada a una posición social que determina un estilo de vida y de interacción con el espacio público, con la sociedad y con las demás personas que han desarrollado los mismos hábitos (10).

Conclusiones

En el marco de la pandemia se diseñó e inició la implementación del ajuste de las rutas de prevención y atención, desde la intersectorialidad para garantizar intervenciones e interacciones que potencien la atención integral y la sostenibilidad de la inclusión social de las personas en situación de calle. En este sentido, en el mediano plazo, el modelo distrital de la política debe incorporar el ajuste de rutas producto de la emergencia sanitaria, que incluya la incorporación de los enfoques sociosanitario, diferencial y género, orientando la intervención de las entidades distritales, públicas y privadas, desde dos horizontes: la prevención y la atención; cuya respuesta se realiza a través de tres rutas: social, salud y otros actores.

También se puede potenciar la reconceptualización del fenómeno social y la caracterización de las personas y sus territorios, como principio organizador de prácticas y estrategias que reconocen, con la misma importancia, las nociones de salud y enfermedad, rutas y recursos autogestionados que utilizan las personas en situación de calle, por momentos de curso de vida, situaciones y condiciones. Allí el cambuche juega un papel relacional y funcional en las redes de intercambio de subsistencia y apoyo emocional, en particular para las personas habitantes de calle.

Por otra parte, se presenta el subregistro de personas habitantes de calle contagiadas, recuperadas y fallecidas por COVID-19 debido a que el listado censal distrital de esta población relaciona a las personas que se han autorreconocido como habitante de calle y que cumplen criterios definidos por la normatividad vigente, es decir que aquellas personas que habitan en calle y no están en el listado pueden no estar afiliados en el sistema general de seguridad social en salud o aparecer como población general. Aunado a la ausencia

de la variable diferencial en las bases nacionales y distritales o la omisión de su marcación por parte del personal de atención sanitaria.

Por último, las proyecciones sobre la velocidad del contagio y letalidad en personas que habitan en el espacio público no se produjeron a pesar del discernimiento sobre la carencia de medidas de bioseguridad e indisciplina social. La discriminación a personas y actos radicales de destrucción de cambuches e incluso los supuestos hechos de violencia física contra personas habitantes de calle reforzó el distanciamiento de la población general con las personas que habitan la calle, situación que potencialmente limitó el contagio en este periodo, escenario que se proyecta cambiará con la apertura a las actividades de la nueva realidad y el anuncio de nuevas variantes COVID de mayor transmisibilidad.

Agradecimientos

Agradezco a mis compañeros, amigos y amigas de las entidades sociales y de salud; a mis parceros de las secretarías de Integración Social, Salud, IDIPRON, Subredes, organizaciones sociales de base, colegas todos y todas, pues sin este parche comprometido de sol a sol, esta labor no sería tan excitante y resolutive. Gracias totales por creer que el mundo puede ser mejor y trabajar por ello.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Actualización epidemiológica nuevo coronavirus (COVID-19). Ginebra; 2020.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Allocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020 [Internet]. Ginebra; 2020. Disponible en: <https://bit.ly/35Rwh84>

3. Almeida N, Silva J. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Universidad Federal de Bahia Cuadernos médico sociales. 2000;75: 5-30. Disponible en: <https://bit.ly/3MqxZ17>
4. Secretaría Distrital de Salud. Lineamiento operativo para la asignación de camas de cuidado intensivos e intermedios en la emergencia sanitaria COVID-19. Bogotá: Dirección de urgencias y emergencias en salud; 2020.
5. Gómez A. ¿Cómo se asignan las unidades de cuidados intensivos en Bogotá?. Bogotá; 2020 [citado 2020 sept 7]. Disponible en: <https://bit.ly/3pNQxOW>.
6. Ley 1641 por la cual se establecen los lineamientos para la formulación de la política pública social para habitantes de la calle y se dictan otras disposiciones. Ley 1641/2013 de 12 de junio. Departamento Administrativo de la Función Pública. Disponible en: <https://bit.ly/3sQpfcl>
7. Alfonso Ó, Barrera RA, Bernal PI, Camargo DC, Garzón LC. El ciclo mortal de los habitantes de calle en Bogotá. Teorías, olvidos, políticas y desenlaces fatales. *ecoinc*. 28 de mayo de 2019;21(41):99-131. Disponible en: <https://bit.ly/36ZCiQz>
8. Quiroga L, Vanegas Y. Sentidos emergentes del consumo de sustancias psicoactivas en la entidad Idiprón y la propuesta de un tratamiento de base comunitaria. *Funlam Journal of Students' Research*; 2019;3:44-53.
9. Amezcua, M. Investigación aplicada en cuidados de salud. *Index Enferm*; 2010;19(4): 237-39. Disponible en: <https://bit.ly/3hPgn0B>
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Pública Social para Habitantes de la Calle 2020-2030. Bogotá, D.C.; 2020.
11. Decreto 560. Por medio del cual se adopta la Política Pública Distrital para el Fenómeno de Habitabilidad en Calle y se derogan los Decretos Distritales números 136 de 2005 y 170 de 2007. Alcaldía Mayor de Bogotá; 2015. Disponible en: <https://bit.ly/3vMoxz6>
12. SDIS. Modelo de atención integral de la habitación en calle (MSAIHC). Bogotá, D.C.; 2018.
13. Resolución 518. Se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC. Ministerio de Salud y Protección Social; 2015. Disponible en: <https://bit.ly/3vNOzSI>
14. Decreto 417. Declara un Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio Nacional. Presidencia de la República de Colombia; 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3ITNTik>
15. Decreto 087. Se declara la calamidad pública con ocasión de la situación epidemiológica causada por el Coronavirus (COVID-19) en Bogotá, D. C. Alcaldía Mayor de Bogotá; 2020.
16. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo de Habitantes de Calle - CHC-2017 - Bogotá, D. C.; 2017.
17. Secretaría Distrital de Integración Social. Análisis de las dinámicas territoriales de los habitantes de calle en Bogotá: parches, cambuches y flotantes. [Online]. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá; 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3vM3lcw>.
18. Secretaría Distrital de Integración Social-Idiprón. Lineamientos para la adopción de medidas preventivas y de contención frente a COVID-19 en los servicios sociales dirigidos a personas habitantes de calle. Bogotá; Ministerio de Salud y Protección Social; 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3hSfHal>
19. Secretaría Distrital de Integración Social. Proyecto 1108: prevención y atención integral del fenómeno de habitabilidad en calle. Instrucciones frente al aislamiento preventivo. Bogotá; Alcaldía Mayor de Bogotá; 2020.
20. Ministerio de Salud y Protección Social. Prevención, contención y mitigación del COVID-19 en habitantes de la calle [Infografía]. Marzo. Bogotá; 2020.
21. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento para la prevención, detección y manejo de casos de COVID-19 para población migrante en Colombia. Bogotá, D.C; 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3HT4UrF>

22. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para la prevención, detección y manejo de casos de coronavirus (COVID-19) para población en situación de calle en Colombia. Bogotá, D.C.; 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3hSfHal>
23. Decreto 193. Medidas transitorias de policía para garantizar el orden público en el Distrito Capital y mitigar el impacto social y económico causado por la pandemia de coronavirus SARS-Cov-2 (COVID-19) en el periodo transitorio de nueva realidad. Alcaldía Mayor de Bogotá; 2020.
24. Tovar R. Mujer, subjetividad y socialización política: análisis crítico de los discursos sobre las mujeres beneficiarias del Idiprón [tesis de maestría]. Bogotá: Repositorio CINDE, Universidad Pedagógica Nacional; 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3IWT0yc>
25. González J. La configuración del habitante de calle como sujeto social. [tesis de maestría]. Bogotá: Repositorio CINDE, Universidad Pedagógica Nacional; 2018. Disponible en: <https://bit.ly/3CnAM6w>
26. Secretaría Distrital de Integración Social. Habitabilidad en calle: una visión de la otra realidad [videoconferencia]. Facebook. [Online]; 2020 [citado 2021 enero 9]. Disponible en: <https://bit.ly/3hPhUDT>
27. Malaver C. Absurdo, algunos piden encerrar a habitantes de la calle por COVID-19. El Tiempo. 8 de junio 2020; Bogotá. Disponible en: <https://bit.ly/3sQLklh>
28. Secretaría Distrital de Salud. Lineamiento para la operación de la Fase III de la expansión hospitalaria casos no COVID en Corferias [Circular]. Alcaldía Mayor de Bogotá; 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3pMJl01>
29. Agencia Anadolu. Lucha diaria de las comunidades indígenas en su hogar durante la cuarentena por COVID-19 en Bogotá. [Online]; 2020 [citado 2020 noviembre 20]. Disponible en: <https://bit.ly/3pLZokj>
30. Migración Colombia. Nuevas restricciones en corredores humanitarios por parte de Venezuela. Bogotá; Ministerio de Relaciones Exteriores; 2020 [citado 2020 enero 9]. Disponible en: <https://bit.ly/3Krua9W>
31. Confirman brote de COVID-19 entre habitantes de calle de Bogotá. Revista Semana. 22 de mayo 2020, Nación. Disponible en: <https://bit.ly/3pNS9lu>
32. La historia de los trapos rojos, un llamado para dar la mano. El Tiempo. 6 de abril 2020; Bogotá. Disponible en: <https://bit.ly/3tBXdko>
33. Secretaría Distrital de Salud. Curso Promotores del cuidado I. [Online]. [Citado 2020 Dic 15]. Disponible en: <https://bit.ly/3twJviA>
34. Cohen S. ¿De qué lado estamos? La política no declarada de la teoría del pánico moral. Cuestiones criminales. 2019;2(4):172-184.
35. Araújo R. Vulnerabilidad y riesgo en salud: ¿dos conceptos concomitantes? Novedades en población / Cedem. 2015;11(210):89-96.
36. Junquera R. Antropología y desastres naturales: aportes y sugerencias factibles desde la investigación antropológica. Espacio y Desarrollo. 2002;14:86-110.
37. Santiago N. Notas sobre el uso del concepto de dispositivo para el análisis de programas sociales. Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad. 2012; XIX(54):43-74.
38. De Sousa Santos B. Crítica de la razón indolente. Contra el desprecio de la experiencia. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwerd S. A.; 2003.
39. Zapata M. Nuestra piel: zona de contagio. En: Evangelidou S, Martínez-Hernández Á, editores. Reflexiones Antropológicas ante la Pandemia. Tarragona: Publicaciones URV; 2020; p.75-76.
40. Díaz-Victoria A. Elementos para comprender la discriminación y agresiones en contra de personal sanitario durante la pandemia de COVID-19. Rev. Univ. Ind. Santander. 2020 sep; 52(3):319-325. Disponible en: <https://doi.org/10.18273/revsal.v52n3-2020012>.
41. Linares N. Aplicación de los enfoques de salud de la población y los determinantes sociales

en Cuba. Rev. cuba. salud pública. 2015 ene-mar; 41(1): (s. p.)

42. Barajas E. Hacer frente a la pandemia: desigualdad multidimensional y personas en situación de calle. Revista Panameña de Ciencias Sociales. 2021 Junio; p. 111-122.

43. Venegas F, Valenzuela J, Parada J, Reyes, V, Contreras, R. Sindemia por COVID-19 multimorbilidad y determinantes sociales en Chile. Cuadernos de medicina social. 2021; 61(2): 29-41.

44. Murguía A. Epidemiología, ciencias sociales y sindemia. Espacio Abierto. 2021;30(2): 10-23.

45. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia

una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2013; 31 (Supl. 1):13-27. Disponible en: <https://bit.ly/3vMupZb>

46. Rosa P. La ciudad de los habitantes de la calle. Asistencia y propuestas en el escenario de la pandemia Covid-19 en la Ciudad de Buenos Aires. En: Delgado, G, López, D, editores. Las ciudades ante el COVID-19: nuevas direcciones para la investigación urbana y las políticas públicas. México: Plataforma de Conocimientos para la Transformación Urbana; 2020. p. 184-193.

47. Augé M. Los no lugares, espacios del anonimato. Una Antropología de la sobremodernidad. Barcelona: Gedisa Editorial; 1998.

