

XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXX Jornadas de Investigación. XIX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. V Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional V Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2023.

Producción social de cuidados en contextos críticos con personas en situación de calle que usan sustancias psicoactivas: una lectura desde la perspectiva de la Salud Mental Comunitaria.

Iglesias, Viviana Marisa y Di Iorio, Jorgelina.

Cita:

Iglesias, Viviana Marisa y Di Iorio, Jorgelina (2023). *Producción social de cuidados en contextos críticos con personas en situación de calle que usan sustancias psicoactivas: una lectura desde la perspectiva de la Salud Mental Comunitaria*. XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXX Jornadas de Investigación. XIX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. V Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional V Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-009/626>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ebes/v40>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

PRODUCCIÓN SOCIAL DE CUIDADOS EN CONTEXTOS CRÍTICOS CON PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE QUE USAN SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: UNA LECTURA DESDE LA PERSPECTIVA DE LA SALUD MENTAL COMUNITARIA

Iglesias, Viviana Marisa; Di Iorio, Jorgelina
FLACSO - Universidad Nacional de Lanús. Remedios de Escalada, Argentina.

RESUMEN

El presente artículo se enmarca en una investigación para la tesis de Doctorado en Ciencias Sociales de FLACSO. El objetivo de este trabajo es presentar como se pretende comprender las prácticas que desarrollan equipos socio-sanitarios con base comunitaria en la producción de cuidados con personas que se encuentran en situación de calle que usan sustancias psicoactivas residentes de un barrio popular del sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Se presenta la construcción del problema de investigación y las coordenadas que permitirán comprender la producción de cuidados en contextos sociales de exclusión, desde una perspectiva interseccional. Explorar una experiencia vigente de trabajo en red y comunitaria, merece ser estudiado para caracterizar los elementos que componen cada propuesta de trabajo, así como los aportes para garantizar el acceso a la atención. Se busca aportar elementos para enriquecer la comprensión de la intersección entre consumos, cuidados y personas en situación de calle en contextos de vulneración de derechos, desde la perspectiva de la salud mental comunitaria.

Palabras clave

Situación de calle - Sustancias psicoactivas - Salud mental comunitaria - Cuidado contextos crítico

ABSTRACT

PRODUCTION OF CARE IN CRITICAL CONTEXT WITH HOMELESS PEOPLE WHO USE DRUGS: AN APPROACH FROM THE COMMUNITY MENTAL HEALTH PERSPECTIVE

This article is part of a research project for a PhD thesis in Social Sciences at FLACSO. The aim of this paper is to present how to understand the practices developed by community-based socio-health teams with homeless people who use drugs, resident in the south of the Buenos Aires City, Argentina. The article shows how the research questions were identified and the theoretical frame that allows to understand the production of care in critical contexts, from an intersectional perspective. From a networking logic, this study pretends to characterise the main aspect of their work, as well as the contributions to guarantee socio-health care. The ambition is to provide elements to enrich the

understanding of the relations among drug use, care and homeless people in contexts of rights violations, from the perspective of community mental health.

Keywords

Homelessness - Psychoactive substances - Community mental health - Care in critical contexts

Introducción

El presente artículo se enmarca en una investigación de tesis de Doctorado en Ciencias Sociales de FLACSO acerca de **la producción de cuidado que realizan equipos socio-sanitarios con base comunitaria con personas que están en situación de calle que usan sustancias psicoactivas (PSCUsp)**, residentes en un barrio popular de la zona sur de CABA, desde la perspectiva de la salud mental comunitaria. El interés de la investigación radica en aportar sistematicidad y solidez conceptual a las prácticas que los equipos desarrollan en un barrio inscripto en el imaginario social como “zona peligrosa” de la Ciudad de Buenos Aires. El marco de interpretación de dichas prácticas buscará visibilizar la forma que adquiere la interseccionalidad de las políticas públicas (sociales, de salud mental, de drogas y de derechos humanos) en la práctica territorial concreta, considerando los procesos subjetivos e intersubjetivos que allí se desarrollan. Se hará foco en la producción de cuidado que llevan adelante equipos profesionales y no profesionales, incorporando la dimensión afectiva. Se pretende realizar un aporte a la comprensión de las formas en que los equipos producen cuidado en contextos sociales de exclusión. Para cumplir con el objetivo de investigación, se identificarán y caracterizarán las prácticas de cuidado, acompañamiento y atención que realizan integrantes dichos equipos con PSCUsp, identificando los sentidos y las emociones que construyen sobre sus prácticas, sobre las personas en situación de calle y sobre los usos de sustancias psicoactivas.

La comprensión de las relaciones entre situación de calle, usos de drogas y cuidados, se enmarca en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (LNSM), que reconoce a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-

económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (art. 3)., explicitando en el art.4 que el uso problemático de drogas legales e ilegales debe ser abordado como parte integrante de las políticas de salud mental. Según la Ley Nacional de Situación de Calle y Familias sin Techo N° 27.654 se entiende por situación de calle efectiva, a quienes *“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”* (art. 4) La normativa las reconoce como sujetos de derecho y plantea la necesidad de que las políticas se orienten mediante una perspectiva comunitaria de abordaje integral, para lo que incluye, entre otros ministerios, al Ministerio de Salud y a la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación (Sedronar).

En relación a los sistemas de atención de la salud mental, la LNSM dispone la reformulación de los mismos mediante el desarrollo de redes integradas y articuladas de servicios con base en la comunidad. La vinculación entre las distintas áreas del Estado y la sociedad civil está al servicio de generar acciones integrales que den respuesta a los distintos modos de presentación del padecimiento mental. (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2019). Existe una tendencia a la psicologización de problemáticas sociales, tecnologías de poder que promueven el gobierno y el cuidado del sí mismo, que encubren formas liberales de comprensión de la problemática (Rose, 1990). En este sentido, comprender los usos de sustancias psicoactivas en situación de calle requiere de un abordaje que contemple la determinación social de la salud mental. Enfoques que remiten la carga de responsabilidad de resolución de una situación social al plano individual, ponen sobre el individuo la responsabilidad de resolver cuestiones estructurales, como puede ser la segregación urbana, la marginalización creciente de sectores poblacionales, la desocupación por un mercado laboral que no tiene la capacidad de alojar a todos, entre otros. (Castel et al., 2013: 76).

El contexto: caracterización de un barrio popular de la zona sur de CABA

Según el RENABAP[i], en la CABA se registran 50 Barrios Populares (Ley No 27.453. Régimen de Regularización Dominial Para La Integración Socio Urbana, 2018). Según las estadísticas oficiales del Instituto de la Vivienda del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, en el barrio donde se realizará la investigación prima el estado de hacinamiento, viven **6,42 personas por vivienda habitada**, casi el triple del promedio global en la Ciudad (CABA es de 2,63). El 32,3% de las viviendas tiene ningún cuarto o sólo uno. Además, el 70% de las viviendas son sobre pasillo o senda peatonal, el 69% tienen baja presión de agua y cortes de luz frecuentes. (Dirección General de Estadística y Censos, 2022; Instituto de Vivienda de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2019).

En relación a la asistencia en salud, el 81% de la población del barrio se atiende en el subsistema público (68% en Hospital Público, y 13% en Centro de Salud), cuando en CABA el promedio de personas que sólo usan el subsistema público de salud es el 18,6%, mientras que el 45% cuenta con obra social, y el 36,5% recurre al subsistema privado. Dadas las características del sistema sanitario en Argentina, esto se correlaciona con la situación laboral de la población, ya que, si bien el 66% de la población mayor de 18 años trabaja, el 65% lo hace en calidad de changa, cuentapropismo, servicio doméstico, o con patrón”, sin poder acceder al subsistema de la seguridad social (Dirección General de Estadística y Censos, 2022). Podemos decir entonces que los equipos de trabajo con quienes se desarrollará la presente investigación se encuentran con un trabajo cotidiano muy exigente, aun considerando exclusivamente la atención local de los vecinos del barrio. El barrio se caracteriza, según las organizaciones comunitarias, religiosas y públicas, por la alta circulación de PSCUsp, lo que se encuentra relacionado a circuitos de venta de sustancias ilegales. Este es uno de los motivos por los que se mantendrá el anonimato respecto a barrios y denominaciones específicas de los equipos de trabajo, por lo cual se realizarán descripciones generales que permitan caracterizar la muestra, pero sin permitir su identificación.

Los dispositivos de atención para personas en situación de calle

Los Centros de Salud y Atención Comunitaria (CeSACs) son el primer nivel de atención sanitaria en la CABA. Su función es implementar programas de atención y prevención según los principios de la Atención Primaria de la Salud[ii]. Éstos corresponden territorialmente a un Hospital General del Ministerio de Salud de GCBA, cuya área programática es una de las más grandes y vulnerables de la ciudad, teniendo a su cargo alta densidad poblacional, contando con los peores indicadores sociodemográficos y sociosanitarios de la ciudad (Marconi et al., 2015). En la presente investigación se profundizará particularmente en la participación de integrantes un CESAC con fuerte impronta comunitaria, que fue construido a partir de la lucha que llevaron adelante los vecinos del barrio en los años 90, quienes finalmente construyeron con su propio esfuerzo físico y económico las instalaciones donde comenzó a funcionar una sala de salud. Unos años más tarde se construyó un efector más amplio a 300 metros, que es donde actualmente funciona el CESAC (Pagliari, 2019).

Por su parte, los Centro Barriales Hogares de Cristo, nucleados bajo el lema “recibir la vida como viene”, se encuentran enmarcados en una propuesta que nació en las comunidades de los barrios populares- villas de CABA ante el avance del consumo de pasta base de cocaína. Se presenta como una respuesta pastoral católica en red que va tomando diversas formas según la comunidad en que se emplaza. Incorpora la dimensión espiritual en el trabajo territorial, y se basa en el concepto de desarrollo humano integral (tradición surgida de la tradición so-

cial católica). A partir de 2008 se encuentran organizadas como Federación Familia Grande Hogar de Cristo (FGHC), y al 2021 la red cuenta con 190 centros barriales en 19 provincias de Argentina. Tiene como fin “dar respuesta integral a situaciones de vulnerabilidad social y consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, poniendo en primer lugar a la persona y sus cualidades” (Mitchell et al., 2021: 11). En la zona delimitada se encuentran 3 dispositivos ubicados en el circuito de circulación de las PSCUsp. En tercer lugar, en el proceso de producción social de cuidados se incluye un Centro Comunitario de fuerte reconocimiento territorial, que surgió como olla popular en 1989 en contexto de hiperinflación, desocupación y pobreza como espacio de autoorganización social (Isla et al., 1999). En la actualidad funciona como Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAACs), al igual que los Hogares de Cristo, en convenio con SEDRONAR.[iii]

La situación de calle y el uso de sustancias psicoactivas.

La situación de calle es considerada una de las formas más extremas de exclusión social- entendida como la brecha entre las personas y el ejercicio de sus derechos de ciudadanía, un emergente de la cuestión social propia del sistema capitalista que adopta formas específicas características de la marginalidad urbana en contextos latinoamericanos (Di Iorio, 2019). Por el tipo de actividades que las personas que se encuentran en situación de calle realizan para garantizar su subsistencia, por la estigmatización, la negativización de sus existencias, y la criminalización de sus prácticas, se definen como poblaciones ocultas o de difícil acceso (Lambert & Wibwl, 1990) Esto desafía las posibilidades de acompañamiento y cuidado, y redundan en desigualdad y barreras en el acceso al sistema de salud y a protección de derechos básicos (Paiva, 2020). Se trata de un fenómeno de larga permanencia en los contextos urbanos que genera desigualdades durables, abordadas en un continuum de afiliación-desafiliación (Di Iorio, 2021)

Según Censo Popular 2019 de personas en situación de calle, se encontraron 7251 personas en situación de calle efectiva, de las cuales 5412 reportaron vivir a la intemperie (Informe Ejecutivo- Segundo Censo Popular de Personas En Situación de Calle, 2019). El uso de sustancias psicoactivas es definido por las propias personas en situación de calle, y también entre equipos que acompañan, como una de las múltiples causas para quedar en situación de calle, así como para permanecer viviendo en ella (Di Iorio, 2019) Sin embargo, no se registran estudios a nivel nacional ni local que den cuenta de los patrones de consumo (Di Iorio, 2021). Tampoco hay datos sistematizados en el barrio en el que se localiza este estudio, aunque los actores locales refieren esto como un problema. Comprender la producción de cuidado en contextos críticos como éste requiere abrir visibilidad sobre aquello que atraviesan los equipos que trabajan con personas en tales condiciones de vulneración social.

Algunos antecedentes sobre el tema

Entre las investigaciones que se enfocan en la intersección entre situación de calle y uso de sustancias psicoactivas en el espacio público, en su interacción con los sistemas de atención sociosanitarios encontramos a Abal & Gugelmin (2019), quienes analizan desde un enfoque etnográfico, las narrativas y las prácticas de trabajadores de la salud que trabajan con población en situación de calle en Cuiabá, Brasil, para comprender cómo incorporan el paradigma de reducción de daños a sus prácticas cotidianas vinculadas al cuidado de la salud. Encuentra que, más allá de que todas las personas que fueron entrevistas afirman orientar sus intervenciones desde el paradigma de reducción de daños, existen discordancias, tanto en los modos de concebir dicha perspectiva, así como también se verificó la presencia de elementos propios del modelo prohibicionista- abstencionista, coexistiendo ambas perspectivas. En investigaciones locales en el área metropolitana de Buenos Aires, se encontró que la relación de las personas usuarias de drogas y los servicios de salud, especialmente aquellos que viven en situaciones de exclusión social, donde la accesibilidad es muy dificultosa, está caracterizada por la discontinuidad. Se destacan las barreras culturales y la vigencia de modelos de intervención que no siempre son los más apropiados para sus pautas culturales, sus posibilidades y sus necesidades (Pawlowicz et al., 2013: 181). Por su parte, Franco y Merhy (2011, 2016), verifican que los equipos de trabajo en estos contextos se encuentran con un trabajo cotidiano muy exigente. En los dispositivos de primer nivel de atención llegan intensas demandas de cuidado y en forma muy tardía, a veces en estado de crisis. En los trabajadores aparecen sensaciones de tensión, y vivencian sus prácticas en una polaridad de potencia/ impotencia. Se verifica extenuación, tristeza, una incapacidad para acoger al otro todo el tiempo, y una sensación de pánico frente a las crisis de los usuarios). Esto se condice con otras investigaciones en contextos críticos, donde en la narrativa de trabajadoras de cuidado se producen efectos de hipersensibilización e hiperafectividad, como aspectos de una sobre-implicación, cuando las prácticas de cuidado se desarrollan en forma fragmentaria y aisladamente dentro de los propios dispositivos de cuidado y cuando no hay presencia de otros miembros del equipo que puedan acotar ese exceso de afectación y abordar así el malestar (Zaldúa et al., 2020).

Coordenadas conceptuales

Una categoría teórica central para la presente investigación es la noción de producción de cuidados. Merhy (2016) acuña el concepto trabajo vivo y micropolítica del cuidado, para el análisis de los sistemas de salud, caracterizándolo como un proceso agenciado por sujetos, tanto por quien cuida como por quien accede al sistema de salud en búsqueda de cuidados. El proceso de construcción de los cuidados se juega en el marco de tecnologías relacionales, inscriptas en el acontecimiento de los encuentros entre trabajadores y usuarios que acceden a los ser-

vicios. En el campo de la salud, de manera hegemónica, se estructuran escenarios de un devenir capitalista de la producción del cuidado, marcado por un modelo tecnoasistencial centrado en procedimientos y un alto consumo de insumos. Modificar estructuralmente los modos en que se produce el trabajo de cuidado requiere la producción de una nueva subjetividad del trabajador. Plantea como central la necesidad de salir de este modelo, para experimentar el cuidado como un espacio de libertad para el encuentro, donde sea la vida del otro la que tenga la fuerza central en las escenas (Merhy et al., 2012). Propone el reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado, donde la subjetividad del trabajador es una de las dimensiones implicadas en el modo de producir salud y cuidado, en un acto de producción recíproca y deseante. Es decir, que la dinámica micropolítica que se pone en juego entre los trabajadores y los usuarios incluye la dimensión sensible de cómo se percibe la vida, los vínculos, y la capacidad de afectarse en la entrada a la situación de cuidado. El encuentro entre los trabajadores y los usuarios, en la medida en que esté habilitada la capacidad de afectación, causan emociones como alegría o tristeza, aumentando o disminuyendo la potencia de los sujetos de actuar en el mundo. El autor también considera al deseo como una fuerza propulsora de la acción productiva del trabajo en salud, que es condición para la invención y la creatividad de la realidad social. Considera a la alegría como un analizador de las prácticas, y que la interrogación sobre lo que entristece y extenua abre la posibilidad de resituarse, y de generar nuevas posibilidades de trabajo en el campo de la salud mental (Merhy, 2021). De La Aldea (1999) conceptualiza el quehacer de quienes trabajan en salud mental en términos de subjetividad, como disposición opaca para los portadores, pero que se deduce a partir de sus enunciados y sus prácticas. Diferencia dos modos específicos de situarse frente a un problema. Por un lado, una subjetividad *heroica*, que parte de pensar por el otro a partir de lo que percibe como carencia, oscilando entre omnipotencia y la impotencia de la acción como dos caras de la misma moneda. Por otro lado, una subjetividad *sin supuestos*, que, a partir de lo existente, trabaja en lo que percibe como potencia de acción. Esa construcción de proceso de pensamiento se da en clave comunitaria, es decir, es investigar y construir en comunidad cuáles son los márgenes de lo posible en una situación.

Menéndez (2020), diferencia tres *modelos de atención en salud* centrales para pensar el proceso de salud/enfermedad/atención-prevención, que son el *Modelo médico hegemónico* (MMH), *el modelo alternativo* y *el modelo de autoatención*. En su búsqueda de comprender la relación entre el saber médico y el alcoholismo, define al MMH como el conjunto de representaciones, prácticas y teorías generadas por la medicina científica, estructurado en forma equivalente a la estructura de clases dominante: es jerárquico, asimétrico, clasista y racista. La expansión de este modelo es excluyente con las otras formas de atención en salud en términos ideológicos, legitimándose

a través del biologicismo identificándose con la ciencia o de la profesionalización legitimada por el Estado. Ahora bien, los límites del saber médico respecto del alcoholismo son estructurales, resultado de orientaciones teóricas y prácticas respecto de los comportamientos sociales que han tendido a medicalizar. El *modelo médico alternativo subordinado*, por su parte, incluye saberes tradicionales y populares que operan con algunos rasgos integrados al MMH, y otros en conflicto o incompatibilidad. En líneas generales, las personas pueden usar simultánea o secuencialmente propuestas de tratamiento de este modelo, pero la referencia suele continuar siendo el MMH, tendiendo a funcionar de un modo complementario y subordinado. El autor reconoce por otro lado el papel central del *modelo de autoatención*, que se da en dos niveles: la reproducción biosocial del microgrupo (actividades de limpieza, alimentación, vestimenta, aprendizaje), y la vinculada a tratamiento y prevención de padecimientos, enfermedades y trato con la muerte. Refiere que este modelo remite a grupos y relaciones de grupos en los que todo sujeto es siempre parte y lo diferencia del concepto de autocuidado manejado por la biomedicina que remite al individuo. Se incluye el concepto de *accesibilidad* como una noción que permite articular el diálogo entre lo macro social, lo territorial y lo subjetivo (Clemente, 2018;), así como también la idea de *accesibilidad como proceso relacional* entre el sistema de salud y los sujetos (Comes et al., 2007). Rossi et al (2007) define la *accesibilidad* como un proceso que abarca tanto el acceso inicial como la atención y el tratamiento- *accesibilidad ampliada*, cubriendo el proceso completo de atención en salud. También se trabajará la categoría de *dignidad en la atención*, que es la que permite analizar el vínculo entre población y servicios de salud a lo largo del tiempo, en relación a la *accesibilidad ampliada*. La *accesibilidad* así entendida se define como la relación entre los servicios y los sujetos en la que, ambos contienen la posibilidad o imposibilidad de encontrarse (a diferencia de definiciones de *accesibilidad* que remiten las barreras o los facilitadores como características exclusivas de los servicios). Así definida entonces, se hace necesario pensar en la población, en los servicios de salud y en la relación entre los servicios y la población, y requiere un análisis de la subjetividad de quienes lo utilizan.

El concepto de estigma, adquiere importancia en términos de barrera de acceso a los servicios (Acuña & Bolis, 2005). Desde una perspectiva psicosocial, Goffman (2006) refiere que la sociedad denominada normal construye una teoría del estigma, una ideología, para explicar la inferioridad de ciertos individuos o grupos y para dar cuenta del peligro que representan mediante la racionalización de cierta animosidad basada en las diferencias. También expresa que el individuo estigmatizado replica y sostiene las mismas creencias sobre su identidad que la población norma. La estigmatización asociada a problemas de salud mental especialmente cuando se trata de problemáticas de consumo genera una serie de condiciones que conducen muchas veces a la exclusión en salud. Tal como sostiene Di Iorio (2019,

2021), el doble estigma - vivir en la calle y usar sustancias psicoactivas, se convierte en una barrera de acceso simbólica a la atención socio-sanitaria. Comprender los abordajes de los consumos problemáticos, requiere conceptualizar las tensiones entre el *paradigma prohibicionista y el de reducción de riesgos* y daños (Pawlowicz et al., 2013) y a la noción de responsabilidad (Galante et al., 2010). Asimismo, en relación a los modelos vigentes en relación a la atención psicosocial de personas en situación de calle, la tensión entre la *lógica tutelar* y la *lógica restitutiva* (Di Iorio, 2018) como base sobre la cual se desarrollan alternativas de integración social que permiten diferenciar tipos de prácticas y dispositivos según la lógica prevalente.

Consideraciones finales

Responder a la pregunta sobre cómo se producen cuidados en contextos de exclusión social urbana, reconociendo las formas de construcción de sociabilidades en los márgenes, implica una complejización epistemológica que contribuye a la generación de una mirada que interpele en un sentido de derecho social no tutelar. Se busca abonar a una construcción de conocimientos desde una perspectiva de derechos de los sujetos, donde las propuestas, para ser realistas, viables y sostenibles, es necesario que también contemplen la dimensión afectiva, potente, productiva singular, pero con una comprensión estructural social de las problemáticas, comprendiendo el sufrimiento humano dentro del campo social de inclusión y ciudadanía (Merhy, 2021). Explorar una experiencia vigente de trabajo en red, con fuerte impronta comunitaria, que merece ser estudiado para reconocer sus potencialidades, para problematizar junto a los propios actores, ubicar puntos a mejorar, fortalecer y reformular, caracterizar los elementos que componen cada propuesta de trabajo, y cuál es el aporte del trabajo articulado brindará nuevos elementos para enriquecer la comprensión de la intersección entre consumos, cuidados y personas en situación de calle en contextos de vulneración de derechos.

NOTAS

[i] El Registro Nacional de Barrios Populares en Proceso de Integración Urbana (RENABAP) fue creado por decreto 358/2017 en el ámbito del Ministerio de Desarrollo Social. Reúne información sobre aquellos barrios que *“se encuentren integrados con un mínimo de OCHO (8) familias agrupadas o contiguas, en donde más de la mitad de la población no cuente con título de propiedad del suelo ni con acceso regular a al menos DOS (2) de los servicios básicos (red de agua corriente, red de energía eléctrica con medidor domiciliario y/o red cloacal)”*. (Decreto 2670/2015. Capítulo XI)

[ii] La Atención Primaria de la Salud (APS) es la estrategia desarrollada por la Organización Mundial de la Salud y plasmada en Alma Ata en 1978 con el objetivo de desarrollar acciones para cumplir con la meta de lograr “Salud para todos en el año 2000” Se priorizan las necesidades sociales, la desconcentración de los servicios y su optimización,

con criterios de favorecer la accesibilidad por cercanía geográfica y administrativa. Están conformados por equipos multidisciplinarios, realizan actividades asistenciales y comunitarias.

[iii] Resolución SEDRONAR N° 266/14 se crea el Programa de subsidios a las Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAACs)

BIBLIOGRAFÍA

- Abal, Y. S., & Gugelmin, S. Á. (2019). Aproximações etnográficas em territórios marginais. As cenas abertas de uso do crack em Cuiabá. *Civitas*, 19(1), 178-194. <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2019.1.30951>
- Acuña, C., & Bolis, M. (2005). La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América Latina: amenazas y perspectivas. PAHO/WHO. 29 Congreso de La Academia Internacional de Derecho y Salud Mental.
- Batista Franco, T., & Merhy, E. E. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*, 7(1), 9-20.
- Batista Franco, T., & Merhy, E. E. (2016). Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud. Lugar Editorial.
- Castel, R., Kessler, G., Merklen, D., & Murard, N. (2013). Individuación, Precariedad, Inseguridad ¿desinstitucionalización del presente? Paidós.
- Clemente, A. (2018). La accesibilidad como problema de las políticas sociales: un universo de encuentros y desvinculaciones (1ra ed). Espacio Editorial.
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vazquez, A., Sotelo, R., & Stolkner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones*. Universidad de Buenos Aires, XIV, 201-209.
- De La Aldea, E., & Lewkowicz, I. (1999). La subjetividad heroica: un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud.
- Di Iorio, J. (2018). ¿Cómo cuidar sin tutelar? Notas sobre un modelo de intervención en contextos de vulneraciones psicosociales basado en los vínculos. In *Situaciones de calle. Sobrevivencias y abandonos. Reflexiones desde la praxis*. Chile, Argentina, Costa Rica y México (pp. 25-48). Ril Editores.
- Di Iorio, J. (2019). Situación de calle- espacio público- uso de drogas: una aproximación al problema. Intercambios Asociación Civil. <https://intercambios.org.ar/assets/files/Situacion-decalle.pdf>
- Di Iorio, J. (2021) Producción social de cuidados con personas en situación de calle en el escenario de la pandemia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires *Salud Mental y Comunidad*, 10, 8 pp72-90 Disponible en https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/149354/CONICET_Digital_Nro.0aca379d-9ac9-4701-bdd7-a8e5d2caa87c_B.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Dirección General de Estadística y Censos. (2022). Anuario estadístico 2021 Ciudad de Buenos Aires. <https://www.estadisticaciudad.gov.ar/eyc/?p=132766>
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2019). Recomendaciones para la adecuación hasta la sustitución definitiva de las instituciones con internación monovalente.

- Epele, M. (2007). La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complotos y barreras de acceso al sistema de salud. *Cuadernos de Antropología Social*, 25, 151-168.
- Galante, A., Pawlowicz, M. P., Moreno, D., Rossi, D., & Touzé, G. (2010). Uso de drogas: ¿acto responsable?, ¿voluntario?, ¿controlado?. El discurso de los especialistas que trabajan en la atención a usuarios de drogas en Buenos Aires. *Norte de Salud Mental. Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria*, VIII(Nro 36), 24-34. www.ome-aen.org/norte.htm
- Goffman, E. (2006). *Estigma. La identidad deteriorada* (1ra ed 10 imp). Amorrortu.
- Informe Ejecutivo- Segundo Censo Popular de Personas en Situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (2019). <https://acij.org.ar/wp-content/uploads/2019/07/416580426-Informe-Ejecutivo-CPPSC-2019.pdf>
- Instituto de Vivienda de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (2019). *Censo Padre Rodolfo Ricciardelli 2018*. <https://vivienda.buenosaires.gob.ar/censo-1-11-14>
- Isla, A., Lacarrieu, M., & Selby, H. (1999). *Parando la Olla. Transformaciones familiares, representaciones y valores en los tiempos de Menem*. Grupo Editorial Norma.
- Ley Nacional de Salud Mental No 26.657. (2010).
- Ley Situación de Calle y Familias sin Techo No 27.654. (2021).
- Marconi, A., Knopoff, E., Caldumbide, C., Irurzun, A., & Chiarelli, J. (2015). Gestión de la información en el primer nivel de atención: implementación de un circuito en un centro de salud. *Revista Argentina de Salud Pública*, 6(25), 37-40.
- Menéndez, E. L. (2020). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica* (H.?, 7 Cuadernos del ISCo. Salud colectiva / Spinelli, Ed., 1ra ed ampliada). De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús.
- Merhy, E. E. (2021). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. In *Salud: cartografía del trabajo vivo*. De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús. <https://doi.org/10.18294/9789874937988>
- Merhy, E. E., Feuerwerker, L. C. M., & Silva, E. (2012). Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental. *Salud Colectiva*, 8, 25-34.
- Millet, A. (2018). Barreras en la accesibilidad de personas trans de la Ciudad de Buenos Aires a los tratamientos por uso problemático de sustancias. In Programa Becas de Investigación 2017- 2018. Hospital Nacional en Red Laura Bonaparte.
- Mitchell, A., Macció, J., Del Monte, P., Piccioni, G., & Alliger, S. (2021). Evaluación de impacto integral de los centros barriales del Hogar de Cristo.
- Pagliari, A. (2019). El rol del psicólogo en una experiencia de trabajo interdisciplinario en la Comunidad. In Programa de Práctica Profesional Área Social Comunitaria. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- Paiva, V. (2020). Derecho a la ciudad: personas en situación de calle y en riesgo de situación de calle en la Ciudad de Buenos Aires (2017-2019). *Sociologías*. Porto Alegre, 22(55), 328-352. <https://doi.org/10.1590/15174522-98546>
- Pawlowicz, M. P., Galante, A., Goltzman, P., Rossi, D., Cymerman, P., & Touze, G. (2013). Dispositivos de atención para usuarios de Drogas: Heterogeneidad y nudos problemáticos. In *Panorámicas de Salud Mental: a un año de la Sanción de la Ley Nacional* (pp. 169-188). Eudeba. <https://www.aacademica.org/maria.pia.pawlowicz/17>
- Rose, N. (1990). *El Gobierno del Alma. La formación del yo "privado."* Routledge. www.elseminario.com.ar].
- Rossi, D., Pawlowicz, M. P., & Zunino Singh, D. (2007). Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario: la perspectiva de los trabajadores de la salud. *Intercambios Asociación Civil*.
- Zaldúa, G., Lenta, M. M., & Longo, R. (2020). *Territorios de precarización, feminismos y políticas del cuidado*. Editorial Teseo. https://www.academia.edu/43111759/Territorios_de_precarizaci%C3%B3n_feminismos_y_pol%C3%ADticas_del_cuidado?email_work_card=abstract-read-more