

PROTEGER LA VIDA DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE EN CHILE

LA EXPERIENCIA DE LAS RUTAS MÉDICAS EN LA PANDEMIA

Simón Gazi, Abde Sepúlveda

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO, CHILE

Karina, Soto Abarca

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA, CHILE

Recibido: 15 de marzo de 2022

Aceptado: 07 de junio de 2022

RESUMEN

El alcance y la modalidad de atención de salud a la población en situación de calle fue desafiada en todos los países para acudir al llamado mundial de proteger la vida de los más excluidos durante la pandemia del Covid-19. Así es como el Gobierno de Chile en conjunto con los municipios y las organizaciones de la sociedad civil diseñaron e implementaron una estrategia que incorporó importantes mejoras de atención de salud en calle, tales como el fortalecimiento de las *Rutas Médicas*. Este esfuerzo rompe los paradigmas de la atención médica tradicional. Los buenos resultados del acercamiento del personal de salud a las calles entre 2020 y 2021 generaron conocimiento en el sistema y dieron a conocer en profundidad una realidad epidemiológica diversa para una población que, no pudiendo ‘quedarse en casa’, soportó la pandemia como pocas veces se ha visto.

Palabras clave: situación de calle – pandemia – ruta médica – atención en calle

ABSTRACT

The scope and modality of services health care for the homeless people were challenged in all countries to respond to the global call to protect the lives of the most excluded during the COVID-19 pandemic. Thus, the Chilean government, together with municipalities and civil society organizations, designed and implemented a strategy that incorporated important improvements in street health care, such as the strengthening of the *Outreach Medical Routes*. This effort breaks the paradigms of traditional medical care. The good

results of the approach of health personnel to the streets between 2020 and 2021, generated knowledge in the system and provided in-depth knowledge of a diverse epidemiological reality for a population that, not being able to 'stay at home', endured the pandemic as rarely seen before.

Keywords: homelessness – pandemic – outreach medical route – homeless care

INTRODUCCIÓN

A partir del año 2020, la protección de la vida para las poblaciones más excluidas ha cobrado especial relevancia durante de la emergencia sanitaria por el Covid-19. El llamado mundial para resguardarse cumpliendo con la medida de la cuarentena reposa en el supuesto de que todas las personas cuentan con una vivienda y servicios básicos adecuados, invisibilizando a un grupo de la población que ni siquiera dispone de la primera línea de defensa contra el virus: la vivienda.

El Covid-19 ha promovido la adopción de medidas urgentes de los Estados para mitigar las consecuencias de la vida en calle, los cuales, en atención a sus obligaciones en el ámbito de los derechos humanos, y sin siquiera una crisis sanitaria imperante, deben trabajar por el derecho a la vivienda y la salud, entre otros, como base de la dignidad humana.

La persistencia en la vulneración del derecho a la salud se ha evidenciado en las barreras asociadas a su severa exclusión, entre ellas: discriminación, prejuicios, desconocimiento y/o desconfianza hacia el sistema, escasez de servicios para la salud mental, dificultades para acceder a la identificación oficial, incapacidad de financiamiento de exámenes y cirugías, falta de seguro médico y transporte, precario acceso a medicamentos y nula oferta de servicios post-hospitalarios. La ausencia de vivienda dificulta, además, la adherencia a tratamientos, la adopción de medidas de autocuidado básico y la realización de visitas de seguimiento por parte del personal de salud, lo que conlleva a graves consecuencias especialmente para quienes padecen enfermedades crónicas, problemas de salud mental, movilidad reducida, consumo problemático de sustancias, problemas óseos, entre otras dolencias. En Chile, estas condiciones están presentes en la dinámica cotidiana de esta población. Así lo muestran los resultados de la evaluación participativa que realizó el Ministerio de Desarrollo Social y Familia el año 2019:

en el ámbito de la salud, predominan las malas experiencias asociadas a la discriminación y a las largas esperas tanto para ser atendidos como para atención de especialistas. Además, las largas esperas para la atención, la falta de espacios para rehabilitación de adicciones, recuperación de operaciones o accidentes, nulo acceso a programas de salud mental y escasa atención en terreno, sobre todo para los adultos mayores en calle (Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF), 2019 p. 9).

Los trastornos de la salud constituyen causa y consecuencia de la situación de calle, pues el deterioro físico y mental de las personas se agudiza conforme transcurre el tiempo en la intemperie. Estos problemas se entienden como permanentes, en tanto no se termine el fenómeno de la situación de calle y en vista de que las condiciones climáticas estacionales se repiten cada año, estos servicios de apoyo deben instalarse año tras año. Cuanto más tiempo permanezca una persona en calle, mayor será el riesgo de quedar sumido en un estado de riesgo y de alta vulnerabilidad ante condiciones ambientales como la violencia callejera, los problemas de drogas y alcohol, las enfermedades infecciosas, la agudización de los problemas de salud mental y la muerte prematura. Sumado a lo anterior, la pandemia ha amplificado enormemente la probabilidad de enfermarse para quienes viven en la calle e incluso de morir, extendiendo este inmenso riesgo a toda la comunidad cercana con los consecuentes costos para el conjunto de la sociedad (Hogar de Cristo, 2020).

Es así, como en el Segundo Catastro para Personas en Situación de Calle en Chile, del año 2011, el 43% de los entrevistados declaraba haber estado enfermo el último año; de ellas, un 31% sostuvo que no se atendió por esa enfermedad en algún centro de salud, siendo postergadas sus estrategias de cuidado hasta la presencia de patologías agravadas (MDSF, 2011). Por su parte, el informe *Homelessness: A Silent Killer* establece que las personas en situación de calle tienen más probabilidades de morir jóvenes, con una edad media de muerte de 47 años e incluso menor en el caso de las mujeres que puede ser de 43 años. Esto en comparación con 77 años para la población general (Thomas, 2012).

La superación de la situación de calle debe abordarse desde una perspectiva multidimensional, de modo que la política social cuente con un componente sociosanitario permanente que acerque al sistema de salud, previniendo así los deterioros y los fallecimientos. En este contexto, los equipos técnicos a cargo del diseño e implementación de las políticas gubernamentales en Chile han debido revisar la oferta de

servicios, incluyendo mejores prácticas para ofrecer atenciones de alto estándar pertinentes con el nuevo escenario.

El presente artículo aborda en términos generales la situación de salud de las personas en situación de calle identificadas por el Estado chileno, y describe la modalidad de servicio de uno de sus dispositivos de salud denominado “Rutas Médicas”, junto con análisis de los resultados de su ejecución en el período 2020-2021, en el marco del programa Plan Protege Calle, del Ministerio de Desarrollo Social y Familia. El estudio recoge antecedentes de fuentes primarias y secundarias que el equipo de la Oficina Nacional de Calle consideró para promover estrategias efectivas que protejan la vida de esta población, como fortalecer los dispositivos de salud que han operado con gran éxito en los territorios desde el inicio de la pandemia de Covid-19.

DESARROLLO

A partir de mediados del siglo XX surgen variados modelos en el mundo, servicios de salud exclusivos para personas en situación de calle, tales como clínicas en albergues, clínicas independientes, misiones religiosas de rescate, acciones de voluntariado, programas público-privados y la instalación de centros diurnos que estuvieron fuertemente ligados a las demandas de justicia social y atención sanitaria entre las décadas de 1960 y 1970 en Estados Unidos, como también a la recesión económica y cambios en el perfil de la población en calle (Institute of Medicine [US] Committee on Health Care for Homeless People, 1988).

Uno de los servicios de asistencia sanitaria más reconocidos para personas en situación de calle de la época fue el de la Fundación Robert Wood Johnson (RWJ) y el Pew Memorial Trust en 1985, cuyo programa nacional de atención médica a esta problemática dio paso, posteriormente, a la aprobación de la Ley McKinney-Vento en 1987 que fue la primera respuesta legislativa federal al sinhogarismo. Desde aquel entonces, el *Health Care for the Homeless (HCH)* se expandió por más ciudades de Estados Unidos y hoy presenta una amplia cobertura en dicho país (Zlotnick, Zerger y Wolfe, 2013). Y dentro de las modalidades adoptadas por estos programas, se encuentra el uso de recorridos

médicos que ampliaron la atención de salud a las personas que pernoctaban en la vía pública o en rucos.¹

Particularmente, en medio de la pandemia de Covid-19, estos recorridos llevados a cabo por equipos de salud han sido una herramienta clave para incorporar una dimensión sociosanitaria en la atención a las personas en situación de calle. En el caso chileno, el fortalecimiento de este servicio comprometió mayores recursos, alcance, resultados e impacto conforme a las directrices de las autoridades sanitarias nacionales y recomendaciones de organismos multilaterales, como la nota orientativa de la ONU publicada el año 2020 acerca de “Proteger a las personas en situación de sinhogarismo” (UN Office of the High Commissioner for Human Rights [OHCHR], 2020) y el llamado de su Relatora Especial sobre Vivienda Adecuada, Leilani Farha:

Pido a los países que adopten medidas extraordinarias para asegurar el derecho a una vivienda para todo el mundo para protegernos ante la pandemia... moratorias en desahucios por atrasos en alquileres e hipotecas; aplazamientos en los pagos de hipoteca para los afectados por el virus; extensión de las moratorias por el invierno para los desalojos forzosos de asentamientos informales; y un mayor acceso a saneamiento y a espacios de refugio de emergencia para las personas sin hogar.

En Chile, la Oficina Nacional de Calle (ONC), del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, es la encargada de instalar el sistema integrado de servicios para las personas en situación de calle. Para ello diseña y opera distintos programas y estrategias en la materia. Bajo el contexto de emergencia sanitaria, en 2020, la ONC diseñó e implementó una estrategia nacional de acción y coordinación intersectorial denominada “Plan Protege Calle”, para proteger la salud y la vida de la población en calle a lo largo del país.

La población en situación de calle en Chile se estima oficialmente en, al menos, 19.310 personas, tratándose de población prioritaria de atención sanitaria producto de la alta exposición a riesgos como el acceso restringido a servicios higiénicos y las enfermedades crónicas que padecen, de las cuales 16.224 (84%) son hombres mientras que 3.086 (16%) corresponde a mujeres (MDSF, 2022). Este reciente informe del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, da cuenta también que 6.721 (34,8%) personas tienen enfermedades crónicas, y 3.306 (17%) son adultos mayores de 60 años o más, aunque el

¹ Ruco: habitación improvisada con materiales ligeros para el refugio.

nivel de deterioro de las personas en situación de calle es tal, que en el país se consideran adultos mayores desde los 50 años llegando a 8.347 (43,2%).

Es por esto, que los distintos servicios para personas en situación de calle comprometieron la atención diaria de, al menos, 12.952 personas cuyo detalle se muestra a continuación.

Tabla N° 1. Resumen de servicios estatales para personas en situación de calle (2020-2021)

Servicios para personas en situación de calle	2020		2021	
	Cupos diarios	Inversión (USD*)	Cupos diarios	Inversión (USD*)
1. Albergues	3.302	\$ 9.358.865	3.120	\$ 11.691.736
2. Rutas sociales	4.630	\$ 3.574.723	4.605	\$ 4.415.329
3. Rutas médicas	225	\$ 435.979	240	\$ 642.718
4. Centros para la Superación	1.584	\$ 4.545.649	1.654	\$ 4.764.997
5. Programa Vivienda Primero	353	\$ 2.072.463	503	\$ 4.214.569
6. Programa de Atención Psicosocial y Sociolaboral	2.176	\$ 3.373.741	2.664	\$ 3.985.619
4. Programa Red Calle Niños	166	\$ 1.401.517	166	\$ 1.433.051
Total	12.436	\$24.762.937	12.952	\$ 31.148.019

* Se consideró un tipo de cambio al 15 de marzo de 2022 de 808,41 CLP por USD. Fuente: Oficina Nacional de Calle, Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile.

La estrategia nacional Plan Protege Calle fortaleció dos modalidades de servicio: (1) alojamientos y (2) atención en calle, y es en esta última donde se encuentra la Ruta Médica, que, si bien está contemplada en la oferta ministerial para esta población desde hace ocho años, nunca había tenido un rol tan fundamental a la hora de garantizar un piso mínimo de servicios. Por lo demás, las rutas de atención en calle son los dispositivos que brindan mayor atención a personas en situación de calle en comparación al servicio de alojamiento, por cuanto el Ministerio de Desarrollo Social y Familia procura anualmente adicionar recursos para extender su funcionamiento en las distintas regiones.

Esto ocurre pues en Chile no existe una ley de faltas, por lo que las personas pueden pernoctar en la vía pública si así lo desean, mientras no esté en peligro inminente su vida. Para esto siempre se ofrece traslado a albergues; sin embargo, muchas personas

prefieren mantenerse en sus 'rucos' por lo que la labor de la atención ambulatoria es fundamental.²

La Ruta Médica es implementada por servicios públicos de salud, organizaciones de la sociedad civil o facultades de medicina, que suscriben un convenio de transferencia de recursos con el Ministerio de Desarrollo Social y Familia donde se establecen metas de atención y las obligaciones de cada una de las partes. En términos operativos, la Ruta Médica consiste en un equipo móvil –ambulancia, por lo general– conformado por 1 enfermero, 1 técnico en enfermería, 1 conductor, y en algunas rutas se suma 1 kinesiólogo y/o 1 médico. Estos equipos trabajan en turnos de 8 horas al día bajo un formato de 7, 5 o 3 días por semana teniendo un alcance comunal o multi-comunal durante la época invernal. Una vez desplegadas en el territorio, las personas reciben atención de salud, información acerca de la pandemia, curación básica de heridas, control de signos vitales, aplicación de test rápidos de antígeno, iniciación de tratamientos, pesquisa de síntomas, control de uso de medicamentos y/o derivación a la red de salud en caso de estar contagiados por Covid-19 o por agravamiento, entre otro tipo de atenciones.

Además de las labores propias de salud, el equipo clínico asume un rol pedagógico y de concientización a esta población que muchas veces desconfía y se resiste a acudir a la red de salud. En el recorrido hacia los diferentes puntos se ha constatado el compromiso social de los profesionales, quienes al momento de la atención estrechan vínculos con muchas de las personas, sosteniendo un diálogo cercano que posibilita conocer un poco más acerca de la situación emocional y humana de cada uno. Esta dinámica de atención permite también recabar datos para monitorear sus estados de salud, por lo que el equipo pone especial énfasis en quienes presentan mayores dificultades para prevenir agravamientos.

En este sentido, entre los resultados que recogió el informe de sistematización del Plan Protege Calle a partir de entrevistas y análisis de cobertura, “las personas destacan que parte importante del acceso a la oferta del programa como la ruta médica y albergues fue gracias a la insistencia de los funcionarios públicos, organizaciones y de Carabineros que visitaron, reiteradamente, a las personas en situación de calle” (Gallegos, 2020). También

² La ley de faltas existe en algunos países de Latinoamérica. En Uruguay, por ejemplo, desde el año 2013 una norma de 'Faltas y conservación y cuidado de los espacios públicos' (Ley N° 19.120) estableció modificaciones al Código Penal con vistas a penalizar algunas conductas en la vía pública, como el vivir en la calle.

fue valorado positivamente el acceso a los dispositivos de salud y la preocupación que hubo hacia esta población y su estado de salud, de acuerdo con el mismo documento.

Desde el inicio de la pandemia, el Ministerio de Desarrollo Social y Familia ha desplegado 24 Rutas Médicas en territorio chileno, junto con otras 233 Rutas Sociales, a cargo de personal psicosocial y las policías. En base a estadísticas del mismo Ministerio, durante 2020-2021 y al 10 de febrero de 2022, las Rutas Médicas, particularmente, entregaron cerca de 30 mil prestaciones a personas en situación de calle, vale decir derivaciones a centros de salud, atención de salud en la vía pública e identificación de sintomatologías. A continuación, se presenta el detalle en la siguiente tabla.

Tabla N° 2. Cantidad de prestaciones de Ruta Médica según tipo y año

Año	Prestaciones	N° de Prestaciones
2020	Atención de salud en calle	7.010
	Derivación a centro de salud	543
	Pesquisa de síntomas Covid-19	2.305
<i>Subtotal 2020</i>		9.861
2021	Atención de salud en calle	12.150
	Derivación a centro de salud	842
	Pesquisa de síntomas Covid-19	5.907
<i>Subtotal 2021</i>		19.061
Total, general		28.922

Fuente: Unidad de Estadísticas y Estudios, Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile.

Cabe mencionar que un total de 5.967 personas en situación de calle distintas fueron atendidas al menos una vez por el equipo médico del dispositivo desde marzo de 2020. Ahora bien, esta cifra no considera a muchas personas que también recibieron atenciones, pero no contaban con RUN, como las personas migrantes irregulares, quienes no tienen o prefirieron no entregar sus datos de identificación, y las personas que no estaban en condiciones físicas o mentales para la entrega de los datos.³

Tabla N° 3. Cantidad de beneficiarios de Ruta Médica según convocatoria

Convocatoria	Cantidad de beneficiarios
2020	2.659
2021	3.201

³ El RUN es el Registro Único Nacional de Identificación de la población en Chile.

Total general	5.967
----------------------	--------------

Fuente: Unidad de Estadísticas y Estudios, Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile.

Los tramos de edad de la población atendida se muestran del siguiente modo.

Tabla N° 4. Cantidad de beneficiarios de Ruta Médica según tramo de edad

Tramo de edad	N° personas atendidas en las Rutas	
	Médicas 2020-21	%
Menos de 18 años	32	1%
18 a 49 años	3.115	52%
50 a 59 años	1.440	24%
Mayores de 60 años	1.367	23%
Total	5.954	100%

Fuente: Unidad de Estadísticas y Estudios, Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile.

No obstante, el desafío también radicó en garantizar la vacunación contra el virus en un contexto dónde la presión por atención especializada en el sistema de salud chileno fue altísima y persistían los ‘prejuicios y discriminación’ en los servicios de salud públicos, que se expresó en atención inadecuada y a destiempo (Hogar de Cristo, 2020). Parte del impacto de la Ruta Médica se tradujo en derribar mitos entre las personas en situación de calle acerca de las vacunas, despejar dudas acerca de la prevalencia del virus, referirse a los beneficios de las medidas sanitarias, los efectos adversos, y cómo la inoculación induce a una respuesta inmunológica para neutralizar el virus, finalmente.

Es por esto que, a comienzos de marzo de 2021, el Ministerio de Desarrollo Social y Familia implementó una estrategia de vacunación en conjunto con los Servicios de Salud mediante operativos móviles en la Región Metropolitana, que logró abarcar en diversos puntos estratégicos de vacunación a más de mil participantes de programas ministeriales y de la sociedad civil. Luego, esta estrategia fue replicada a partir de abril del mismo año en todas las regiones de Chile, tanto en albergues y centros como también en rutas, priorizando a los adultos mayores y enfermos crónicos, en concordancia al Plan Nacional de Vacunación de Chile.

Es así como el resultado de los operativos gestionados directamente desde el Ministerio de Desarrollo Social y Familia en coordinación con el Ministerio de Salud, alcanzan las 4.647 personas al 8 de agosto del 2021 (el 70% destinadas a personas en situación de calle y el 30% a personal de trato directo). De manera paralela, y en consideración a la necesidad de suministrar nuevas dosis, el Ministerio de Salud junto a diversas organizaciones y municipios han dispuesto su inoculación para proteger a este grupo de la población.

Finalmente, es importante señalar que los resultados obtenidos en el control de la pandemia y el cuidado de la vida de las personas en situación de calle, muestran relación con una estrategia nacional coordinada con distintos actores públicos y privados. Allí, las Rutas Médicas fueron un servicio complementario a medidas claves, tales como la instalación de una Central de Coordinación Nacional 24/7, el servicio Fono Calle y la página web Código Azul que reciben cerca de mil alertas ciudadanas en los días de mayor severidad climática permitiendo que las policías, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Desarrollo Social y Familia trabajen unidos para garantizar los derechos humanos de esta población.⁴

CONCLUSIONES

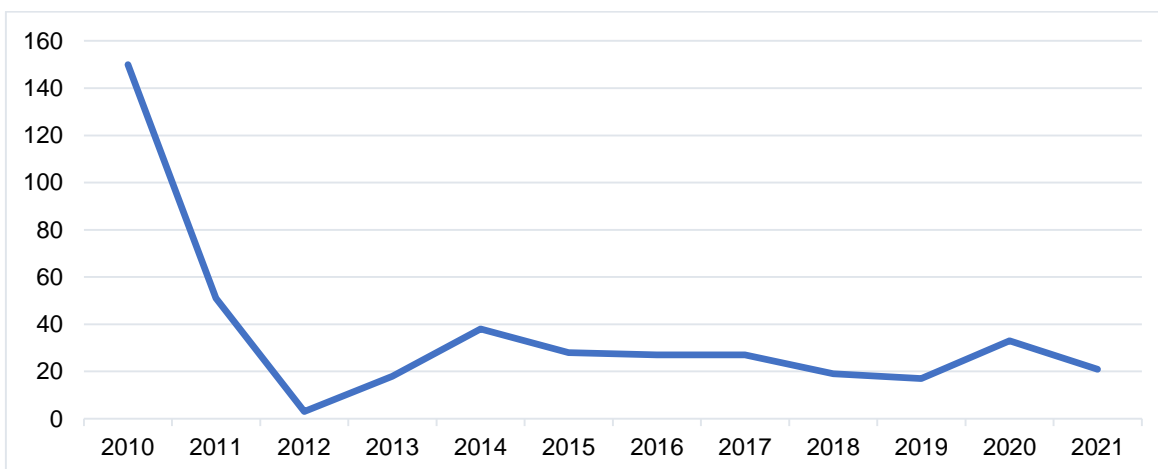
La implementación de rutas móviles de atención en calle con personal de salud a cargo fue clave para el combate de la pandemia entre las personas en situación de calle en Chile. Del mismo modo, la visita de las Rutas Médicas fue antecedida, en casi todos los casos, de otros servicios como alojamientos, rutas de alimentación y abrigo, rutas de vigilancia de las policías locales y el acercamiento de ciudadanos que levantaron una alerta de atención local. Estas rutas permitieron entregar información oportuna acerca de las medidas sanitarias, ya que los medios de comunicación masivos no llegaban a este grupo con el mismo efecto que al resto de la población. Hubo desinformación, miedo y prejuicios asociados al uso de mascarillas, a las cuarentenas y a las vacunas disponibles, por lo que este servicio colaboró en la expansión de estas medidas entre la población en

⁴ El Plan Protege Calle involucra a la ciudadanía mediante dos canales para alertar cuando una persona se encuentra en riesgo en algún lugar de Chile: Fono Calle (línea 800 gratuita) y una web ministerial. Las solicitudes de atención se reciben en la Central Nacional de Coordinación, un servicio licitado a una organización privada que, en un formato 24/7, se encarga de coordinar todos los servicios ministeriales de alojamiento y atención en calle, gestionando la oferta, vinculándose con los servicios de salud, priorizando las alertas, derivándolas al dispositivo más próximo del punto calle, y generando reportes de ocupación, lo que permite articular la oferta con la demanda existente y asegurar la atención en terreno.

situación de calle. Del mismo modo, el personal de las rutas permitió establecer puentes de comunicación efectiva con los servicios de salud públicos para la atención oportuna de patologías crónicas y otras urgentes de atender que no habían sido tratadas con anterioridad, que representaban un riesgo inminente pues se sumaban a todos los riesgos sanitarios de vivir en la calle.

Particularmente en Chile, la pandemia no causó los estragos entre la población en calle como se pensó, considerando que 56.298 personas han fallecido de Covid-19 desde el inicio de la pandemia a marzo de 2022 (Ministerio de Salud, 2022). En tanto, el número de fallecimientos entre las personas en situación de calle se mantuvo en cifras cercanas a años anteriores, de acuerdo a la siguiente gráfica:⁵

Gráfico N° 1. Cantidad de fallecimientos de personas en situación de calle en la vía pública por causas de salud durante la época invernal (2010-2021)



Fuente: Evaluación del Programa Noche Digna (Dirección de Presupuestos, 2015); estadísticas internas de la Oficina Nacional de Calle, Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile.

Mientras que la tasa de contagios fue similar y en algunos sectores inferior a la población general, lo que será materia de un estudio en profundidad acerca de los factores sociales y epidemiológicos que derivaron en este resultado.

⁵ Corresponde al total de personas fallecidas por Covid-19 confirmado como sospechoso.

Los desafíos apuntan a extender esta modalidad de servicio como parte del Ministerio de Salud chileno, generando estrategias intersectoriales de prevención permanentes, anteponiendo los servicios en calle en contraste con largas filas de espera en los centros de salud donde muchas veces la capacidad local y los prejuicios instalados no permiten la protección de la vida y la salud de las personas en situación de calle. Asimismo, y mientras imperen ciertos obstaculizadores propios del sistema, el desafío también radica en robustecer la continuidad de los dispositivos de salud trascendiendo la época invernal, y abarcar aun más territorios considerando sus variables geográficas y climáticas, que presentan la población en calle como consecuencia de la pandemia y el alto flujo migratorio en tránsito.

En definitiva, se espera que, de manera complementaria a los esfuerzos llevados a cabo por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, el Estado chileno ponga especial énfasis en la salud de los grupos más vulnerables garantizando un derecho fundamental, a partir de una política de Estado que trascienda los cambios de gobierno, con marco institucional y jurídico amplio asegurando la protección de la vida, y que no esté sujeta a la excepcionalidad de una pandemia para redoblar esfuerzos frente a una realidad que constituye una deuda histórica y no puede esperar. Por lo demás, entendiendo que la situación de calle es un fenómeno multicausal y con distintas dimensiones, ameritará también una mirada integral y un esfuerzo conjunto que involucre a los actores relevantes de la institucionalidad pública, privada y de la sociedad civil, para que pongan su experiencia a disposición y contribuyan a la superación de esta problemática social.

BIBLIOGRAFÍA

DIPRES, *Informe Final de Evaluación al Programa Noche Digna, Ministerio de Desarrollo Social y Familia*. Dirección de Presupuestos, Santiago de Chile, 2015. Disponible en línea: https://www.dipres.gob.cl/597/articles-139831_informe_final.pdf. Fecha de consulta: 01/04/2022.

GALLEGOS, F., “Estudio de Sistematización Plan Protege Calle, Ministerio de Desarrollo Social y Familia”, Santiago de Chile, 2020.

HOGAR DE CRISTO, *Pobreza y Pandemia: Propuestas para un Chile más Digno y Justo*. Hogar de Cristo, Santiago de Chile, 2020. Disponible en línea:

<https://f.hubspotusercontent00.net/hubfs/6151106/Documento%20Pobreza%20y%20Pandemia.pdf>. Fecha de consulta: 09/03/2022.

INSTITUTE OF MEDICINE (US), "Health Care Services for Homeless People", *Homelessness, Health, and Human Needs*, Washington, D.C., National Academies Press (US), 1988.

MDSF, *Segundo Catastro Nacional de Personas en Situación de Calle*. Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Santiago de Chile, 2011. Disponible en línea: http://www.nochedigna.cl/wp-content/uploads/2017/03/En_Chile_Todos_Contamos_baja.pdf. Fecha de consulta: 09/03/2022.

MDSF, "Informe Estadístico Nacional Anexo para Personas en Situación de Calle", *Ministerio de Desarrollo Social y Familia*, Santiago de Chile, 2022.

MDSF, "Evaluación Participativa Estrategia Invierno 2019. En la Calle Bandera alguien te espera", *Ministerio de Desarrollo Social y Familia*, Santiago de Chile, 2019.

MINSAL. *Defunciones por COVID según año de defunción*. Ministerio de Salud, 2022. Disponible en línea: <https://deis.minsal.cl/>. Fecha de consulta: 01/04/2022.

OHCHR. *La vivienda, la primera línea de defensa frente al brote de COVID-19*. UN Office of the High Commissioner for Human Rights, Geneva, 2020. Disponible en línea: <https://www.ohchr.org/es/2020/03/housing-front-line-defence-against-covid-19-outbreak-says-un-expert?LangID=S&NewsID=25727>. Fecha de consulta: 09/03/2022.

OHCHR. *Nota orientativa sobre COVID-19. Proteger a las personas en situación de sinhogarismo*. UN Office of the High Commissioner for Human Rights, Geneva, 2020. Disponible en línea: https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Housing/SR_housing_COVID-19_guidance_homeless_sp.pdf. Fecha de consulta: 09/03/2022.

THOMAS, B. *Homelessness kills: An analysis of the mortality of homeless people in early twenty-first century England*. NGO Crisis UK, England, 2012. Disponible en línea: https://www.crisis.org.uk/media/236799/crisis_homelessness_kills_es2012.pdf. Fecha de consulta: 09/03/2022.

ZLOTNICK, Cheryl, Zenger, Suzanne, Wolfe, Phyllis, "Health Care for the Homeless: What We Have Learned in the Past 30 Years and What's Next", American Journal of Public Health, vol. 103, Suppl 2, 2013.