

margen N° 121 - junio de 2026

Promoviendo la salud integral de personas en situación de calle: un abordaje en atención primaria desde la intervención en una parroquia

Por Lucía Celeste Manzo y Cecilia Podestá

Lucía Celeste Manzo. Licenciada en Trabajo Social, Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA). Residente de la Residencia de Trabajo Social en Salud en el Hospital Gral. de Agudos Dr. E. Tornú de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Cecilia Podestá. Licenciada en Trabajo Social, Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA). Residente de la Residencia de Trabajo Social en Salud en el Hospital Gral. de Agudos Dr. E. Tornú de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Introducción

La situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) constituye una problemática social y sanitaria compleja, caracterizada por procesos de exclusión estructural que afectan particularmente a las personas en situación de calle (PSC), especialmente aquellas que atraviesan consumos problemáticos. Estas personas enfrentan múltiples barreras para acceder a derechos fundamentales como la salud, la vivienda y la identidad, en un contexto de desigualdad creciente que profundiza sus condiciones de vulnerabilidad.

En este marco, las intervenciones territoriales basadas en el modelo de atención primaria de la salud (APS) emergen como una estrategia clave para promover la salud integral y el ejercicio de la ciudadanía, respaldadas por marcos normativos como la Ley Nacional N° 27.654 (2010) y la Ley de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires N° 3706 (2010).

El presente trabajo se enmarca en la rotación correspondiente al segundo año de la Residencia de Trabajo Social en Salud, desarrollada entre septiembre de 2024 y agosto de 2025. Durante este período, las autoras formamos parte del equipo de terreno de un Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) de la zona norte de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que interviene con PSC en un dispositivo que funciona en una parroquia ubicada en el barrio de La Paternal.

A partir de esta inserción territorial surgió el interés por profundizar en el vínculo entre salud y situación de calle, reflexionando sobre cómo las prácticas desde la APS en el primer nivel de atención del subsector público contribuyen a la promoción de la salud integral y a la reconstitución identitaria de las PSC. El objetivo de este escrito es analizar el rol del equipo de terreno del CeSAC en la promoción y prevención de la salud de PSC con consumos problemáticos, destacando su impacto en la construcción de ciudadanía.

Nos planteamos los siguientes interrogantes: ¿cómo contribuyen las prácticas de APS a la reconstitución identitaria de las PSC?, ¿de qué manera las acciones de promoción y prevención desafían las lógicas de exclusión?, ¿qué barreras simbólicas enfrentan las PSC en el sistema de salud y cómo las aborda la intervención?, ¿cómo puede la articulación intersectorial fortalecer a la

parroquia como espacio de resistencia afectiva?

Partimos de las siguientes hipótesis:

- 1) la intervención promueve la salud integral al contribuir a la reconstitución de la identidad de las PSC como sujeto/as de derechos;
- 2) el enfoque territorial mitiga barreras simbólicas al validar sus voces y trayectorias;
- 3) la articulación intersectorial consolida a la parroquia como un dispositivo comunitario de resistencia.

El análisis, de carácter descriptivo-exploratorio, se sustenta en la experiencia profesional directa, la observación participante, registros de campo y entrevistas informales y se complementa con una revisión bibliográfica centrada en la salud colectiva y los estudios sociales sobre situación de calle.

Marco normativo en Argentina

El abordaje de PSC en Argentina se sustenta en un conjunto de normativas que reconocen derechos fundamentales, aunque su implementación enfrenta desafíos significativos.

A nivel internacional, la Carta Mundial por el Derecho a la Ciudad (2005) establece el acceso equitativo a las ciudades como un derecho colectivo, priorizando a grupos vulnerables como las PSC. Este documento define el derecho a la ciudad como “el disfrute equitativo de las ciudades, respetando los principios de sostenibilidad, democracia y justicia social” (Artículo 1, Inciso 2). Asimismo, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (ONU, 2015) compromete a los Estados a garantizar “el acceso de todas las personas a viviendas y servicios básicos adecuados, seguros y asequibles” (Objetivo de Desarrollo Sostenible 11.1). Sin embargo, en contextos como el de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), estas metas globales enfrentan obstáculos debido a la pobreza extrema y políticas fragmentadas, limitando su impacto.

A nivel nacional, la Constitución de la Nación Argentina (1994) consagra el derecho a una vivienda digna como parte de la seguridad social (Artículo 14 bis). Un avance significativo es la Ley Nacional N° 27.654 de Protección Integral de los Derechos Humanos de las Personas en Situación de Calle y en Riesgo a la Situación de Calle, sancionada en 2021 y reglamentada en 2022. Esta ley reconoce la situación de calle como una prioridad de política pública, obligando al Estado a diseñar estrategias integrales con perspectiva federal, promoviendo el acceso a salud, vivienda, educación e identidad (Ley 27.654, 2021).

Para operativizar estas disposiciones se creó el Programa Nacional IntegrAr, mediante la Resolución MDS N° 866/2023. Este programa busca desarrollar acciones para la inclusión de personas en situación de calle y familias sin techo, promoviendo el desarrollo de dispositivos de atención permanente y continua que contribuyan a la inclusión social de estas poblaciones (Ministerio de Desarrollo Social, 2023).

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la Constitución de la Ciudad (1996) establece el derecho a una vivienda digna y un hábitat adecuado (Artículo 31), y vincula la salud integral con necesidades como alimentación, trabajo y educación (Artículo 20). Este marco dio lugar a normativas específicas, como la Ley N° 3706 de Protección y Garantía Integral de los Derechos de las Personas en Situación de Calle y en Riesgo a la Situación de Calle, sancionada en 2010. Esta

ley garantiza el acceso a servicios socio-asistenciales sin discriminación y promueve medidas como la Referencia Administrativa Postal para facilitar trámites (Ley 3706, 2010).

Sin embargo, un fallo judicial de 2023, impulsado por el Observatorio del Derecho a la Ciudad, denunció el incumplimiento del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (GCBA) en implementar esta ley, señalando que los programas actuales no garantizan soluciones estructurales.

Otra normativa relevante es la Ley N° 4036 de Protección Integral de los Derechos Sociales para los Ciudadanos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sancionada en 2011. Esta ley prioriza el acceso de personas en estado de vulnerabilidad social a las prestaciones de las políticas sociales del GCBA (Ley 4036, 2011). No obstante sus requisitos, como presentar DNI, acreditar dos años de residencia o inscribirse en el Registro Único de Beneficiarios (RUB), excluyen a muchas PSC.

El GCBA implementa programas como los Subsidios Habitacionales, que ofrecen una suma mensual para alojamiento, pero resultan insuficientes frente al costo de vida en CABA. El programa Red de Atención -con equipos móviles y la Línea telefónica 108- brinda asistencia inmediata (alimentos, abrigo) y se refuerza con el Operativo Frío en invierno, pero se limita a respuestas de emergencia.

Por otra parte, los Centros de Inclusión Social (CIS) alojaron a 2.236 personas en abril de 2024, pero su capacidad no cubre la demanda. Además, el Protocolo de Salud Mental y Consumos Problemáticos (Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2024) articula recursos como el Sistema de Atención Médica de Emergencia (SAME) y hospitales para atender a personas en situación de calle con padecimientos mentales o consumos. Sin embargo, su alcance es limitado, dado que se estima que seis de cada diez PSC presentan problemas de consumo o trastornos mentales severos, lo que evidencia la necesidad de políticas públicas integrales que contemplen estas problemáticas con un enfoque intersectorial (Ámbito Financiero, 2024).

En relación con la salud mental y el consumo problemático de sustancias, la Ley Nacional N.º 26.657 de Salud Mental (2010) establece un marco de derechos que promueve la desmanicomialización, el abordaje integral y comunitario, y la protección de la autonomía de las personas con padecimientos mentales o con consumos problemáticos. Esta ley representa un avance significativo en cuanto a la inclusión de un enfoque de derechos en la atención, aunque su implementación en contextos de alta vulnerabilidad, como la situación de calle, continúa enfrentando obstáculos, tanto por la falta de recursos como por estigmas sociales e institucionales.

Salud y personas en situación de calle

La salud colectiva entiende la salud como un proceso social determinado por factores estructurales como la pobreza, la desigualdad y la exclusión (Laurell, 1986). Para las PSC, estos determinantes se entrelazan con procesos de desafiliación social, definidos por Castel (1995) como la ruptura de lazos que relega a las individuos a una “zona de vulnerabilidad”. Di Iorio (2019) conceptualiza la situación de calle como una relación social dinámica, donde la estigmatización y las violencias estructurales configuran identidades marginalizadas, alejando a las PSC de los sistemas de protección social.

En este contexto, la injusticia epistémica, entendida como la desvalorización de las experiencias y saberes de las PSC, agrava su exclusión al ignorar sus necesidades en entornos institucionales, como hospitales o dependencias públicas. Las PSC muchas veces enfrentan padecimientos de salud mental y consumos problemáticos que intensifican su vulnerabilidad. Di Iorio, Lenta et al. (2021)

destacan que la inestabilidad residencial, la exposición a violencias y la falta de redes de apoyo generan sucesos vitales estresantes que afectan la salud mental, como ansiedad, depresión o trastornos por estrés postraumático. Sapey y Di Iorio (2023) señalan que las PSC con consumos problemáticos enfrentan barreras específicas en el acceso a servicios de salud, debido a prejuicios institucionales que las perciben como “no merecedoras” de atención (Biaggio & Verón, 2010). Por ejemplo, es común que se les niegue atención en hospitales por cuestiones de “higiene” o que se les exija documentación que no poseen, lo que refuerza su desconfianza hacia el sistema de salud (Mercau, 2023).

Con su enfoque en la integralidad y el cuidado relacional, la APS ofrece un marco para abordar estas problemáticas, promoviendo la reconstitución identitaria y la validación de las PSC como sujetos de derechos (Bang et al., 2020).

La estigmatización opera como una barrera simbólica que deshumaniza a las PSC, afectando su autoestima y su capacidad de agencia. Di Iorio et al. (2021) describen cómo las dinámicas de invisibilización-hipervisibilización generan una doble exclusión: las PSC son ignoradas como sujetos de derechos, pero hipervisibilizadas como “problema social” en el espacio público. Esta tensión se refleja en experiencias cotidianas, como el rechazo en servicios de salud o la vigilancia policial, que refuerzan la percepción de no pertenencia.

Un enfoque interseccional permite comprender cómo la situación de calle se cruza con otras dimensiones de exclusión, como el género, la edad o la migración. Las mujeres en situación de calle enfrentan violencias de género adicionales que comprometen su seguridad y salud mental. Di Iorio (2021) señala que estas incluyen acoso sexual, agresiones verbales y físicas en espacios públicos, agravadas por la falta de refugios seguros. Por otro lado, los jóvenes son estigmatizados como “peligrosos” y los migrantes enfrentan barreras administrativas, como la exigencia de documentación (Di Iorio et al., 2021). Estas intersecciones requieren intervenciones que reconozcan las necesidades específicas de cada sujeto, alineadas con la perspectiva de derechos de la Ley 4036.

A partir de materiales internos y del intercambio sostenido con el equipo de terreno del CeSAC, se reconoce que los dispositivos territoriales -como el de la parroquia- pueden contrarrestar dinámicas de exclusión al ofrecer espacios de cuidado no estigmatizantes. En esta línea, la intervención del equipo, al priorizar la escucha activa y el vínculo relacional, busca desafiar las narrativas que deshumanizan a las personas en situación de calle y promover su ciudadanía mediante prácticas de Atención Primaria de la Salud orientadas a resignificar su lugar en la sociedad.

La Parroquia: un lugar de encuentro para las PSC

Los barrios que conforman el área programática en el que se encuentra el Centro de Salud comparten una identidad marcada por raíces obreras, una fuerte historia migratoria e industrial, así como también por procesos de precarización y exclusión social. Según el Censo Nacional 2022, la zona alberga una población diversa, con sectores que viven en situación de vulnerabilidad habitacional, incluyendo PSC y residentes de asentamientos informales. Frente a estas desigualdades, el territorio se caracteriza por una fuerte tradición de organización comunitaria, donde cooperativas, espacios culturales, religiosos y redes vecinales construyen formas colectivas de resistencia y cuidado.

En este contexto, la parroquia ubicada en La Paternal se destaca como un espacio fundamental

para las PSC, especialmente aquellas con consumos problemáticos. La parroquia se conforma así no sólo como un espacio religioso sino también como un centro comunitario que articula múltiples dispositivos para responder a las necesidades de las PSC.

Todos los jueves, con ingreso de 7:00 a 9:00 o hasta llenar un cupo de aproximadamente 30 personas, funciona el espacio de duchas, lavado y secado de ropa, desayuno y almuerzo, coordinado por voluntarias junto con el párroco.

Además, de lunes a viernes opera un Centro Barrial, organización social que brinda acompañamiento integral a personas de barrios populares con problemáticas de consumo, apostando a que sean ellxs mismxs quienes, en el futuro, organicen y conduzcan estos espacios de acompañamiento. Actualmente cuenta con 99 espacios en todo el país (86 centros barriales y 13 casas comunitarias convivenciales).

Por otra parte, la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR) interviene dos veces por semana con profesionales especializados en consumos problemáticos, brindando consejería y derivaciones.

Finalmente, el equipo de terreno del CeSAC, conformado por trabajadoras sociales, médicxs generalistas y residentes de estas mismas disciplinas y de salud mental, proporciona atención integral, articulando con otros dispositivos según las necesidades de lxs usuarixs.

La intervención del equipo comenzó en 2021 con campañas de vacunación contra influenza y COVID-19 en el contexto de la pandemia, y se consolidó en 2022 como un dispositivo ambulatorio permanente. Este dispositivo opera en dos espacios diferenciados.

Uno de ellos es un consultorio interdisciplinario individual que funciona como un espacio íntimo y confidencial. Aunque está orientado principalmente a la atención médica, también se habilitan entrevistas que permiten profundizar en otras dimensiones del malestar. El consultorio cuenta con insumos básicos y medicación de primeros auxilios y es sostenido por un equipo conformado por médicxs generalistas, trabajadores sociales y residentes de salud mental, lo que posibilita una atención integral desde una perspectiva situada.

El otro es el patio de la parroquia, donde se desarrollan actividades lúdicas como juegos de mesa, festejos y la disposición a la escucha activa por parte de lxs profesionales que fomentan el vínculo relacional y la confianza con lxs usuarixs.

Durante nuestra rotación observamos que la combinación de servicios sanitarios, alimentarios y recreativos, junto con un ambiente no estigmatizante, convirtió a la parroquia en un anclaje territorial que contrarresta la itinerancia forzada, permitiendo a las PSC resignificar su relación con el espacio público y la comunidad (Bachiller, 2009).

Al articular actores estatales, comunitarios y religiosos, la parroquia se posiciona como un modelo de intervención intersectorial que responde a las demandas de la Ley 3706, aunque enfrenta desafíos por la falta de recursos y coordinación institucional.

El trabajo del equipo de salud en el dispositivo

El equipo de terreno del CeSAC interviene una vez por semana en la parroquia con un enfoque interdisciplinario basado en la APS. Sus acciones incluyen campañas de vacunación contra la influenza, COVID-19 y hepatitis, testeo rápido de VIH y sífilis, consejería en salud sexual y

reproductiva, atención de primeros auxilios, derivaciones a los Centros de Prevención, asesoramiento y diagnóstico del VIH-SIDA (CEPAD) para tratamientos de VIH y sífilis, y gestiones de turnos tanto en hospitales como en el centro de salud.

Nuestra experiencia participando en el equipo evidencia el impacto del cuidado relacional en la accesibilidad de los servicios. Por ejemplo, algunos casos ilustran cómo el espacio relacional del patio facilita la adherencia a prácticas de prevención, desafiando las barreras simbólicas que enfrentan las PSC (Biaggio & Verón, 2010). Sin embargo, las derivaciones a servicios especializados enfrentan obstáculos significativos. Estas barreras reflejan lógicas de merecimiento que excluyen a las PSC y perpetúan la fragmentación del sistema sanitario (Mercau, 2023). Esta tensión pone de manifiesto que, aunque el vínculo relacional puede abrir puertas al sistema de salud, su sostenibilidad depende de transformaciones estructurales que cuestionen los criterios excluyentes de acceso y promuevan prácticas centradas en el derecho a la salud.

La articulación con SEDRONAR y el Centro Barrial que trabaja en la parroquia mitiga parcialmente estas limitaciones. Sin embargo, la falta de recursos, la escasa coordinación intersectorial y la saturación de los servicios de salud restringen los resultados esperados. A pesar de esto, la sostenibilidad de dicha articulación se fomenta a través de reuniones mensuales entre lxs distintxs actores que incluyen al equipo de salud del CeSAC, el Centro Barrial, SEDRONAR, las voluntarias y el párroco. En estas reuniones se reconoce una semejanza con el modelo de redes comunitarias descrito por Pawlowicz, Stolkiner y Testa (2011), orientado a fortalecer la continuidad de las intervenciones y garantizar el cumplimiento de los derechos reconocidos en las normativas mencionadas en este trabajo. En este sentido, lxs autores destacan que “la red comunitaria se constituye como espacio de contención, intercambio y circulación de saberes que sostiene las estrategias de cuidado más allá de la estructura formal del sistema de salud” (Pawlowicz, Stolkiner & Testa, 2011, p. 73), lo que permite interpretar la articulación local como una forma de compensar parcialmente los vacíos estatales.

Las estrategias de intervención no se reducen únicamente a una articulación entre las instituciones que comparten el espacio físico de la parroquia. El conocimiento y el contacto con otros dispositivos del área permite abordajes integrales y acompañados que buscan superar las dificultades que implica sostener tratamientos y líneas de acción con la población en situación de calle. La situación de J., una mujer de 39 años en situación de calle y con consumo problemático de sustancias resulta ilustrativa del trabajo articulado que se llevó a cabo entre distintas instituciones y equipos del área entendiendo la salud desde su integralidad.

J. asiste desde hace más de 8 años al barrial y es usuaria frecuente del espacio de los días jueves, tanto para utilizar el duchador como para hablar con el equipo de salud. A través de la escucha activa y atenta en el espacio que oficia de consultorio y en el patio de la parroquia, se fue generando un vínculo de confianza entre J. y el equipo de salud, que le permitió a ella contar una situación de violencia sexual que había sufrido unas semanas atrás. A partir de ello y considerando los deseos de J., se fueron desplegando una serie de estrategias pensadas a corto y mediano plazo. Pensando en lo más urgente e inmediato, era necesario contener la angustia y los deseos manifiestos de suicidio luego del relato del episodio de violencia sexual, por lo cual se dio intervención al SAME psiquiátrico, que se acercó a la parroquia y la trasladó a la guardia del hospital del área programática en el que se encuentran el CeSAC y la Parroquia. Por otro lado, se evaluó la necesidad de iniciar un tratamiento psiquiátrico, con lo cual se articuló con el profesional del CeSAC para que pudiera hacerlo. En simultáneo, J. consultaba recurrentemente al equipo de salud por un sangrado menstrual abundante y dolores asociados al mismo, por lo que se articuló con el servicio de ginecología del hospital para la solicitud de turnos y estudios. A partir de ello y

debido a una anemia asociada, se procedió con su internación. Durante todo este proceso se fue trabajando el impacto que tuvo en su subjetividad el sangrado y el uso de pañales que ello requería. Teniendo en cuenta los cuidados al momento del alta de la internación y la dificultad y los riesgos que implican sostener una toma de medicación psiquiátrica cuando se habita la calle y se consume, se articuló con un centro comunitario que acompaña a personas en situación de calle con consumo problemático de sustancias, el cual funciona como centro barrial de día y como Centro de Inclusión Social de noche, consiguiendo una vacante para que pudiera dormir allí.

Actualmente J. sigue concurriendo al dispositivo de la parroquia y manifiesta lo importante que fue para ella el acompañamiento de los equipos, no solo por su mejoría en los aspectos clínicos sino por la reorganización en su cotidianidad.

Si bien J. mantenía vínculo con el equipo de salud desde hacía mucho tiempo, estas dos situaciones permitieron no solo pensar estrategias de intervención más concretas y planificadas, sino armar una red de profesionales que fueron acompañando el proceso y sosteniendo los espacios de escucha para J. en los distintos escenarios (parroquia, barrial, sala de internación del hospital, el centro comunitario). Pensar y repensar las intervenciones requirió reunirse entre los distintos equipos, historizar la vida de J. para comprender su recorrido y poner el cuerpo en los distintos espacios y hablar constantemente con ella y hacerla partícipe activa de su proceso de salud y de la organización de su cotidiano.

Participación, agencia y justicia epistémica en el cuidado de PSC

Di Iorio, Lenta et al (2021) analizan cómo las experiencias y saberes de las PSC suelen ser deslegitimadas en los ámbitos de salud y políticas públicas, lo que produce una forma de exclusión que no se reduce a lo material, sino que también opera en el plano simbólico. Esta forma de exclusión puede leerse como una expresión de injusticia epistémica, entendida como la desvalorización o negación del conocimiento que ciertos grupos sociales tienen sobre sus propias vidas. En este caso, cuando se invalida lo que las PSC saben sobre sus necesidades, deseos o formas de habitar el mundo, se reproduce una asimetría que las deja fuera de los procesos de toma de decisiones que las afectan directamente.

En contraposición, las autoras proponen una perspectiva decolonial y participativa, en la que las PSC no sean solo objeto de intervención sino también sujetos activos en la producción de conocimiento. Esta propuesta busca desmontar jerarquías epistémicas y promover una justicia cognitiva que reconozca y valore los saberes subalternos, abriendo paso a experiencias transformadoras tanto en la intervención como en las políticas públicas. Desde esta perspectiva, las prácticas que se desarrollan en la parroquia durante los dispositivos de los jueves representan una forma concreta de resistir la exclusión epistémica. En ese espacio se habilitan formas de participación social que reconocen activamente la voz y la experiencia de las PSC a través de propuestas lúdicas, educativas, espirituales y comunitarias. Tal como plantea Spinelli (2018), estas experiencias pueden pensarse como formas de “resistencia afectiva” que permiten a las PSC reinscribirse en una trama social desde un lugar distinto, donde son reconocidas como sujetos con historia, saberes, vínculos y deseos. En este sentido, “la resistencia afectiva es una forma de insubordinación frente al desamparo, una manera de hacer política desde el lazo, de volver a mirarse y mirar a los otros como sujetos capaces de generar sentido” (Spinelli, 2018, p. 157), lo que potencia el valor de estos espacios como prácticas de salud colectiva.

Durante nuestra rotación observamos cómo actividades como talleres de RCP y primeros

auxilios, juegos colectivos, celebraciones religiosas y festejos como el del día de la primavera, generaron un fuerte sentido de comunidad y entusiasmo. En particular, el taller de RCP organizado en noviembre de 2024 por el equipo de terreno en articulación con la Cruz Roja fue una experiencia significativa. Ese día, la mayoría de lxs usuarixs presentes participaron activamente, mostrando interés y compromiso durante toda la actividad. Al jueves siguiente, incluso quienes no habían asistido comentaron lo que les habían contado y manifestaron su deseo de que se repitiera. Uno de ellxs relató que, pocos días después, se encontró en la vía pública ante una situación de emergencia en la que pudo aplicar lo aprendido. Este relato no solo evidenció la utilidad práctica del taller sino también el nivel de apropiación que generó entre lxs participantes.

A partir de esta experiencia, surgieron espontáneamente nuevas propuestas: lxs usuarixs manifestaron interés por continuar trabajando sobre contenidos vinculados a primeros auxilios y maniobras básicas para situaciones de urgencia. Este tipo de intercambios da cuenta del valor que adquieren estos espacios cuando se construyen desde el reconocimiento de los saberes y necesidades de quienes los habitan. En contextos marcados por la vulnerabilidad y la exposición constante a situaciones de riesgo, brindar herramientas concretas para el autocuidado y el cuidado de otros no solo amplía el acceso a conocimientos prácticos, sino que también fortalece la agencia y la autonomía.

Otra experiencia que ilustra estas dinámicas fue el festejo del día de la primavera en la parroquia, organizado de forma conjunta por el equipo de terreno y el párroco. La jornada incluyó comida (pizzas, gaseosas, helados), disfraces para lxs niñxs, guitarreadas y karaoke. La convocatoria fue amplia, con una participación diversa y activa. En ese espacio se puso en juego una dimensión afectiva del cuidado, que muchas veces queda invisibilizada en las intervenciones institucionales. El compartir, el juego, el canto y el encuentro construyen comunidad, reparan subjetividades y generan un sentido de pertenencia que habilita nuevas formas de vincularse.

Sin embargo, estas experiencias contrastan fuertemente con las barreras simbólicas y estructurales que las PSC enfrentan en otros espacios institucionales, especialmente en el sistema de salud. Numerosos relatos de usuarixs dan cuenta de episodios de maltrato, desatención y expulsión simbólica, particularmente en las guardias hospitalarias. Allí, se reproducen lógicas que refuerzan la desconfianza hacia las instituciones sanitarias y dificultan la continuidad de los cuidados. En su informe “Guardias hospitalarias y violencia institucional”, el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS, 2019) documenta cómo las guardias, en lugar de ser dispositivos de contención, operan muchas veces como espacios de exclusión. Se registran prácticas como la negación de atención, la medicalización sin escucha, la derivación sin seguimiento o el trato deshumanizado hacia personas en situación de calle, que configuran formas de violencia institucional sistemática.

Estas dinámicas no solo afectan el acceso inmediato a la atención sino que también socavan la posibilidad de sostener tratamientos en el primer nivel de atención o en dispositivos especializados. La falta de una red articulada de contención, sumada a la ausencia de estrategias de acompañamiento, profundiza la vulnerabilidad de las PSC, particularmente en lo que respecta a la salud mental (Yoma & Herranz, 2020).

En este contexto es que se vuelve imprescindible repensar las prácticas institucionales desde una perspectiva de derechos que reconozca a las PSC como sujetxs de cuidado y no meramente como objetos de asistencia. La construcción de vínculos sostenidos en la escucha, el respeto y la continuidad puede constituirse en una vía para revertir las lógicas de exclusión y generar una atención integral, accesible y equitativa.

Del trámite al derecho: perspectivas y aportes desde el Trabajo Social

En el marco de intervenciones territoriales integrales, el Trabajo Social cumple un rol estratégico en la articulación con políticas públicas, promoviendo el acceso efectivo a derechos vulnerados. Esta función se torna especialmente relevante en contextos donde las PSC se encuentran por fuera -o en los márgenes- del circuito institucional, lo que les impide ejercer derechos básicos como la identidad, la vivienda, la salud o la alimentación.

En la parroquia es habitual que lxs usuarixs recurran a nosotras para iniciar, retomar o acompañar trámites como la obtención del Documento Nacional de Identidad (DNI), la gestión de subsidios habitacionales, pensiones, o el acceso al programa Ciudadanía Porteña. Si bien en una lectura superficial estas demandas podrían parecer propias de un enfoque asistencialista centrado en la resolución de “necesidades inmediatas”, lo cierto es que su abordaje implica mucho más que una mediación burocrática.

Como plantea Tortosa (2015), acceder a una documentación básica como el DNI tiene un valor identitario y simbólico fundamental: permite a las personas ser reconocidas como sujetxs jurídicos, habilitando no sólo el ejercicio de derechos, sino también el reingreso al circuito institucional desde otro lugar. En este sentido, el acompañamiento que brinda el Trabajo Social interpela directamente a las dinámicas de exclusión y desposesión que sostienen la situación de calle. No se trata simplemente de ayudar a “conseguir un papel”, sino de abrir caminos concretos hacia el reconocimiento, la inclusión y la restitución de derechos vulnerados.

Di Iorio (2019) analiza cómo la situación de calle no se produce por la mera ausencia de vivienda, sino como resultado de una trama compleja de exclusiones acumuladas. En este escenario, el Estado suele operar de manera fragmentada, intermitente y muchas veces expulsiva, lo que dificulta que las personas puedan sostener sus vínculos con las instituciones. Frente a esto, las trabajadoras sociales se posicionan como mediadoras activas, capaces de articular con diferentes organismos estatales y de sostener un acompañamiento que contemple no sólo la dimensión administrativa, sino también la emocional y vincular.

Durante nuestra rotación fuimos testigos de cómo estos acompañamientos se construyen desde la escucha atenta, el seguimiento sostenido y la disponibilidad. En más de una ocasión, usuarixs que ya habían iniciado algún trámite -como la solicitud del DNI o la inscripción a un subsidio o pensión- se acercaban a preguntar “cómo iba eso”, a actualizar su situación o simplemente a saber si había novedades. Estos intercambios, lejos de ser meramente técnicos, estaban cargados de expectativa, ansiedad e incluso miedo al rechazo o a “quedar otra vez afuera”. La posibilidad de contar con una profesional que no solo “gestione” sino que también acompañe, contenga y explique, resulta clave para sostener el proceso.

Estas intervenciones se enmarcan en un andamiaje legal que otorga sustento a las acciones del Trabajo Social. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la Ley 3706 de Protección Integral de los Derechos Sociales (2010) y la Ley 4036 de Atención a Personas en Situación de Calle y en Riesgo (2011) establecen principios y dispositivos orientados a garantizar el acceso a derechos, la promoción de la autonomía y el diseño de políticas públicas con perspectiva de inclusión social. En este marco, las trabajadoras sociales no solo acompañan trayectorias individuales, sino que también operan como agentes de exigibilidad del Estado, señalando sus ausencias, sus fallas y sus deudas.

Como sostienen Radi y Pérez (2020), el Trabajo Social tiene una potencialidad transformadora cuando se ejerce desde una perspectiva crítica, comprometida con la justicia social y atenta a las tramas vinculares, institucionales y subjetivas que atraviesan a lxs sujetxs. En el caso de las PSC,

esto implica asumir que ningún trámite es “solo un trámite”: cada intervención puede abrir -o cerrar- posibilidades reales de transformación, y por eso merece ser abordada con sensibilidad, ética y responsabilidad.

Reflexiones finales

Nuestra rotación por este dispositivo intersectorial e interdisciplinario en la parroquia nos ofreció un valioso aporte para repensar la intervención con PSC atravesadas por consumos problemáticos de sustancias desde una mirada integral, interdisciplinaria y centrada en el reconocimiento de sus derechos y saberes. El recorrido por el mismo nos confirma que los procesos de atención en contextos de alta vulnerabilidad no pueden limitarse a abordajes fragmentados o asistencialistas, sino que demandan una articulación efectiva entre actores estatales y comunitarios que permitan sostener vínculos, fortalecer la agencia de las personas y garantizar la accesibilidad a servicios esenciales.

En este sentido, el modelo intersectorial que articula la parroquia con el equipo de salud y organizaciones como SEDRONAR y el Centro Barrial, si bien enfrenta obstáculos estructurales relacionados con la falta de recursos y las actuales lógicas estatales excluyentes, constituye un espacio de resistencia y transformación. La experiencia de la parroquia demuestra que habilitar espacios relacionales -donde las PSC son reconocidas como sujetxs con historia, saberes y deseos- contribuye a derribar barreras simbólicas y a construir comunidad, promoviendo prácticas de cuidado afectivo que, algunas veces, logran traducirse en mayor adherencia a procesos de prevención y autocuidado.

Las actividades realizadas en el dispositivo permiten evidenciar la relevancia de reconocer a las PSC como poseedoras de saberes propios y agentes con capacidad para producir conocimiento sobre sus vidas y necesidades. Este reconocimiento cuestiona las formas tradicionales de intervención que deslegitiman dichos saberes y reproducen jerarquías epistémicas excluyentes. En consecuencia, promover un enfoque crítico y participativo implica construir prácticas intersectoriales que prioricen la horizontalidad, el respeto por la complejidad de las trayectorias y el fortalecimiento de la agencia de las personas, superando así las lógicas asistencialistas que reducen la intervención a la mera gestión de recursos.

En particular, el consumo problemático de sustancias se presenta como una dimensión clave que atraviesa las experiencias de estas personas y que debe ser abordada desde una perspectiva que no patologice ni criminalice, sino que reconozca las condiciones estructurales que lo generan y sostienen. Esto implica integrar el acompañamiento en salud mental y consumo problemático de sustancias con la construcción de vínculos de confianza y la atención a las redes sociales y comunitarias, promoviendo estrategias de autocuidado y autonomía que respondan a las complejidades de sus trayectorias y eviten la estigmatización que frecuentemente margina y dificulta el acceso a servicios adecuados.

No obstante, estas experiencias contrastan con la realidad de exclusión y violencia institucional que muchas PSC enfrentan en otros ámbitos del sistema de salud, en particular en las guardias hospitalarias, donde se reproducen prácticas que niegan la atención digna y dificultan la continuidad del cuidado. Esta tensión subraya la necesidad urgente de transformar las instituciones desde una perspectiva de derechos, que reconozca a las PSC como sujetxs de cuidado integral y garantice un acompañamiento sostenido y respetuoso.

El Trabajo Social emerge aquí como un actor clave para la mediación y exigibilidad de

derechos, trascendiendo la mera gestión burocrática para convertirse en un proceso que reconoce el valor simbólico de trámites como el DNI, la inscripción a programas sociales o el acceso a subsidios habitacionales. La intervención territorial integral, basada en la escucha activa, el seguimiento y la articulación interinstitucional, posibilita abrir caminos reales hacia la inclusión social y la restitución de derechos que, más allá de lo material, implican la reconstrucción de vínculos y sentido de pertenencia.

Finalmente, la experiencia en la parroquia nos invita a repensar las prácticas profesionales y políticas públicas desde un enfoque crítico, ético y comprometido con la justicia social. Este camino demanda fortalecer redes comunitarias y dispositivos interdisciplinarios que permitan sostener intervenciones continuas, inclusivas y culturalmente sensibles, que pongan en el centro la voz, la agencia y la autonomía de las PSC. Solo así se podrá avanzar hacia una atención integral que no solo mitigue las consecuencias inmediatas de la exclusión, sino que también promueva procesos de empoderamiento y transformación social profunda.

Bibliografía

- Ámbito Financiero (2024). Artículo 8 de abril 2024: *Ciudad: el 60% de las personas en situación de calle sufren problemas de salud mental o consumo de sustancias*. <https://www.ambito.com/informacion-general/ciudad-el-60-las-personas-situacion-calle-sufren-problemas-salud-mental-o-consumo-sustancias-n5996883>
- Bachiller, S. (2009). Significados del espacio público y exclusión de las personas sin hogar como un proceso de movilidad forzada. *Reis. Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (128), 125–137. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99715235005>
- Bang, C., Cafferata, L., Castaño, V., & Infantino, A. (2020). Entre “lo clínico” y “lo comunitario”: Tensiones de las prácticas profesionales de psicólogos/as en salud. *Revista de Psicología (UNLP)*, 19(1), 48–70. <https://doi.org/10.24215/2422572Xe041>
- Biaggio, M., & Verón, N. (2010). Entre la penalización y la asistencia: La construcción de sujetos “merecedores” de políticas públicas destinadas a la atención de la “Emergencia Habitacional” en la Ciudad de Buenos Aires. *Revista Margen*, (57), 1–16. <http://www.margen.org/suscri/margen57/biaggio.pdf>
- Carta Mundial por el Derecho a la Ciudad (2005). Documento elaborado en: Foro Social de las Américas, Quito, julio 2004; Foro Mundial Urbano, Barcelona, octubre 2004; Foro Social Mundial, Porto Alegre, enero 2005. <https://moi.org.ar/wp-content/uploads/2015/10/Carta-Mundial-por-el-Derecho-a-la-Ciudad-español.pdf>
- Castel, R. (1995). *La metamorfosis de la cuestión social*. Paidós, Buenos Aires.
- Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) (2019). *Guardias hospitalarias y violencia institucional*. <https://www.cels.org.ar/web/publicaciones/guardias-hospitalarias-y-violencia-institucional/CELS>
- Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1996). <https://www.buenosaires.gob.ar/legislacion/constitucion-de-la-ciudad-autonoma-de-buenos-aires>

- Constitución de la Nación Argentina (1994). *Reforma constitucional*. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/constiucion-de-la-nacion-argentina> 62016
- Di Iorio, J. (2019). *Situación de calle y políticas públicas en Argentina*. Teseo, Buenos Aires.
- Di Iorio, J., & Farías, M. (2020). Problematizar las relaciones espacio-sujeto situación de calle. *Revista Colombiana de Sociología*, 43(2), 215–237. <https://doi.org/10.15446/rcs>
- Di Iorio, J., Farías, M., & Lenta, M. (2020). Circuitos socio-asistenciales para población en situación de calle en CABA. *Psykhé*, 29(1), 1–12. <https://doi.org/10.7764/psykhe.29.1>
- Di Iorio, J., Lenta, M., & Sapey, M. (2021). Cartografías de las marginaciones sociales: Aportes para el análisis de la situación de calle. *Anuario de Investigaciones*, 27, 101–115. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/164185>
- Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (2024). *Protocolo de salud mental y consumos problemáticos*. <https://documentosboletinoficial.buenosaires.gob.ar/publico/PE-RES-MSEGC-MSGC-MDHYHGC-SECSEG-1-24-ANX.pdf>
- Laurell, A. C. (1986). *La salud-enfermedad como proceso social*. Editorial Nueva Imagen, México.
- Ley N° 3706 (2010). *Protección y garantía integral de los derechos de las personas en situación de calle y en riesgo a la situación de calle*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/165158>
- Ley N° 4036 (2011). *Protección integral de los derechos sociales para los ciudadanos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/187812>
- Ley Nacional N° 26.657 (2010). *Ley de salud mental República Argentina*. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto>
- Ley Nacional N° 27.654 (2021). *Protección integral de los derechos humanos de las personas en situación de calle y en riesgo a la situación de calle*. República Argentina <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27654-358622/texto>
- Mercau, G. (2023). *Salud y exclusión: Desafíos en la atención primaria*. Espacio Editorial, Buenos Aires.
- Ministerio de Desarrollo Social. (2023). *Resolución MDS N.º 866/2023: Programa Nacional IntegrAr*. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-866-2023-383523>
- Observatorio del Derecho a la Ciudad. (2023). *Informe sobre el fallo judicial por el incumplimiento de la Ley 3706*. Buenos Aires: ODC. <https://observatoriociudad.org/incumplimiento-de-la-ley-n-3-706-de-personas-en-situacion-de-calle-una-politica-judicializada/>
- Organización de las Naciones Unidas - ONU (2015). *Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. <https://www.fundacioncarolina.es/wp-content/uploads/2019/06/ONU-Agenda-2030.pdf>
- Pawlowicz, M. P., Stolkiner, A., & Testa, M. (2011). *Atención primaria de la salud en Argentina*.

Ed. Paidós, Buenos Aires.

Sapey, M., & Di Iorio, J. (2023). Entre la subsistencia y la supervivencia: Consumos problemáticos en personas en situación de calle. *Anuario de Investigaciones*, 39, 481–491. https://www.psi.uba.ar/publicaciones/anuario/trabajos_completos/29/sapey.pdf

Spinelli, H. (2018). *Salud colectiva: Teoría y práctica*. Lugar Editorial, Buenos Aires.

Tortosa, J. M. (2015). *Trabajo Social y exclusión social*. Espacio Editorial, Buenos Aires.

Yoma, S. M., & Herranz, S. M. (2020). Expulsión institucional y situación de calle en salud mental: Una discusión para repensar la externación. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 5(1), 6–21. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/download/30862/31560/101338>