

Artículos seleccionados

Experiencia de trabajo en salud territorial con personas en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

**María Jesús Díaz Colodrero^a, Lucía Lago^b, Ana Ludueña^c,
Pablo Nuñez^d y Soledad Perdigués^e**

Fecha de recepción:	22 de agosto de 2025
Fecha de aceptación:	10 de noviembre de 2025
Correspondencia a:	María Jesús Díaz Colodrero
Correo electrónico:	equipoterrenocesac33@gmail.com

- a. Magíster en Género, Sociedad y Políticas. Área Programática - H.G.A "Tornú", CABA.
- b. Médica especialista en Pediatría. Servicio de pediatría - H.G.A "Tornú", CABA.
- c. Licenciada en Trabajo Social. CeSAC33 - Dirección de Atención Primaria, CABA.
- d. Médico especialista en Medicina General y de Familia. Área Programática - H.G.A "Tornú", CABA.
- e. Médica especialista en Medicina General y de Familia. Área Programática - H.G.A "Tornú", CABA.

Resumen:

El presente artículo relata la experiencia de trabajo territorial con mujeres, varones y familias en situación de calle llevada a cabo por un equipo de salud de un Centro de Salud de CABA dentro de una institución barrial religiosa que lleva adelante acciones de asistencia directa para esta población. Es un espacio de atención ambulatoria centrada en una perspectiva integral de la salud que refleja la importancia y necesidad de alojar a quienes viven y se ven atravesadas/os por condiciones de desigualdad, pobreza y segregación. El objetivo del dispositivo es promover un espacio de atención de la salud hacia las personas en situación de calle que anexe la producción de cuidados y diversas formas subjetivantes en el marco de una perspectiva integral de derechos de la salud.

Palabras clave: Personas en situación de calle - Territorio - Accesibilidad a la salud.

Summary

This article examines the experience of territorial health work with women, men, and families experiencing homelessness, conducted by a primary health care team from a Community Health Center in Buenos Aires within a neighborhood-based religious institution that provides direct assistance to this population. It is a space of outpatient care focused on an integral perspective of health that reflects the importance and need to accommodate those who live and/or are affected by conditions of inequality, poverty and segregation. The objective of the device is to promote a health care space for people on the street that includes the production of care and various forms of subjectivation within the framework of an integral perspective of health rights.

Key words: Homelessness; Territory; Health care accessibility.

Introducción

En estas líneas describimos nuestra experiencia de trabajo territorial desde un efector de salud de Centro-Norte de CABA con mujeres, varones y familias en situación de calle. El trabajo se desarrolla dentro de una institución barrial en el que participan otros actores relevantes con el objetivo de abordar la problemática de manera integral y desde una red comunitaria.

Actualmente el equipo territorial se encuentra conformado por dos trabajadoras sociales, un médico y una médica generalistas, siendo además un espacio de formación para residencias afines. El dispositivo consiste, por un lado, en un consultorio territorial e interdisciplinario que brinda acompañamiento en el proceso de atención en salud. La demanda de atención es variada, teniendo un promedio de 10 consultas por jornada. Por otro lado, las intervenciones en “el patio” habilitan encuentros e intercambio con las personas desde otro lugar, tanto desde lo singular como lo colectivo.

En este artículo haremos una aproximación sobre las implicancias de encontrarse en situación de calle (SC) focalizando en las barreras de accesibilidad a la salud, luego describiremos la construcción del consultorio territorial, a su vez, caracterizaremos las demandas y problemáticas más frecuentes como así también las propuestas para propiciar el vínculo con las personas usuarias del espacio.

Acerca de la problemática de estar en situación de calle

La Ley Nacional 27.654 de Personas en Situación de Calle y Familias sin Techo, y la Ley de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires N° 3706 de Atención Integral a las Personas en Situación de Calle (PSC) definen a las mismas como aquellas personas quienes sin distinción de ninguna clase, sea por su condición social, género, edad, origen étnico, nacionalidad, situación migratoria, religión, estado de salud o cualquier otra, habiten en la calle o en espacios públicos en forma transitoria o permanente, utilicen o no servicios socioasistenciales o de alojamiento nocturno, públicos o privados. A su vez, contemplan a personas en riesgo a la situación de calle, quienes residen en establecimientos de los cuales debían egresar y no dispongan de una vivienda; se encuentren notificadas o haya una sentencia judicial firme de desalojo, y habitan en asentamientos precarios o tran-

sitorios sin acceso a servicios públicos esenciales o en condiciones de hacinamiento que afecten su integridad psicofísica que no califiquen como barrios populares (Ley 27.654, 2021; Ley 3.706, 2011).

En las últimas décadas los procesos de globalización producidos en América Latina y particularmente en nuestro país han convalidado y generado múltiples desigualdades reflejadas en la flexibilidad del mercado de trabajo, el aumento desmedido de la feminización de la pobreza, la marginalización social, el aumento de múltiples violencias, que en su conjunto han logrado que se experimente la naturalización del acceso a determinados recursos básicos como un privilegio y no como derechos sociales, como consecuencia, la SC se ha naturalizado como el paisaje social de todas estas desigualdades.

Según Seidmann et al (2016), la misma se configura como una problemática social compleja atravesada por dimensiones económicas, sociales, políticas, históricas y culturales. Constituye una de las formas en las que se expresa la exclusión social en los contextos urbanos, caracterizada por diferencias económicas, desigualdades jurídicas y desafilaciones sociales que se traducen en vulneración de derechos y reflejadas en complejas problemáticas sociales tales como desempleo estructural, trabajo informal, economías callejeras, criminalidad, usos problemáticos de drogas, trabajo infantil, explotación sexual, entre las más visibles. Di Ioro (2019) refiere que el distanciamiento social entre las PSC y el resto de la sociedad promueve las bases para que sean vistas como grupos socialmente amenazantes, culturalmente estigmatizadas y económicamente marginales. Son definidas por esta condición de privación y exclusión, producto de un proceso continuo de posesión y desposesión material, simbólica y afectiva, lo que las hace poseedoras de atributos socialmente desacreditadores, dando lugar a procesos de estigmatización. Esto equivale a entender que la cronificación de la SC afecta a la salud integral llevando a transitar procesos de desubjetivación que se ven agudizados por el debilitamiento de la red socio-familiar de apoyo, aislamiento social, padecimientos físicos y de salud mental, sumado a la exposición a múltiples violencias y a una exclusión social.

Según el GCABA, durante mayo del año 2025 se relevaron 4.522 PSC, de las cuales 2.848 personas pasaron la noche en un Centro de Inclusión Social (CIS) y 1.574 personas pasaron la noche en calle efectiva (GCABA, 2025). No obstante, el Tercer Censo Popular de Per-

sonas en Situación de Calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, llevado a cabo por organizaciones sociales, contabiliza en el año 2025 un total de 11.892 PSC, de las cuales, 7.898 lo hacen directamente en la vía pública y 3.994 en los CIS (El Destape, 2025).

Estos datos cuantitativos no reflejan los impactos subjetivos y el deterioro de la salud mental que implica para las personas que se encuentran en dicha situación, pues no todas se ven atravesadas por las mismas problemáticas, y los daños vivenciados varían según el género, edades, trayectorias personales, orígenes, recursos materiales y simbólicos con los que cuentan y disponen a la hora de afrontar dicha condición.

Los estudios realizados demuestran que la situación de calle, en adelante SC, se constituye como un proceso social mayoritariamente masculino (Gentile, 2008; Di Iorio, 2019; Pelagagge, 2024). Aún así y tal como se sostuvo en líneas anteriores, en las últimas décadas, la permanencia de mujeres, niñas/os, personas mayores y disidencias sexuales, cristalizan el aumento desmedido de la feminización de la pobreza, acorde a la complejidad y las desigualdades territoriales fruto de un neoliberalismo tardío propio de los países latinoamericanos (Delgado y Gradín, 2016. Citado en Díaz Colodrero, 2025, p. 14).

Desde una perspectiva situada, interseccional y de género, podemos considerar que los varones en SC se ven atravesados por miradas desacreditadas al ser, socialmente asociados a hechos delictivos o criminales, aunque experimentan diferentes inseguridades en comparación a las mujeres (Bufarini, 2020). De este modo se abona a la construcción de un imaginario social sobre las masculinidades marginales (Conell, 1997) que refuerza estereotipos dentro de un escenario de exclusión donde la violencia se vuelve un modo de supervivencia que refleja mayores tasas de mortalidad y sus cortas expectativas de vida arraigadas a riesgos y consecuencias de la interpretación que hacen de su identidad de género (Couto, Oliveira, Separavich y Luiz, 2019).

Por otra parte, tal como considera Díaz Colodrero (2025), las mujeres en su condición de género se ven atravesadas por un continuum de violencias:

violencias que van desde violencias sexuales en sus infancias; violencias de género; múltiples embarazos que comienzan a temprana edad; violaciones; postpartos donde muchas no han podido

“quedarse con sus hijxs” a excepción de algunas; violencias económicas; violencias simbólicas; violencias que como consecuencia han hecho de la SC un lugar “para huir de lo que era mi vida”. Sin embargo, en la Situación de Calle muchas de esas violencias se recrudecieron en situaciones de consumo agudo de sustancias; prostitución; embarazos, partos y abortos; persecución reiterada de instituciones, como por ejemplo, la policial o dispositivos gubernamentales con el fin de “proteger” los derechos de sus niñxs; violencias entre pares o de sus “protectores”. Violencias visibles e invisibles. Violencias raciales. Violencias que acarrear en sus espaldas, en sus cuerpos, en sus subjetividades (p. 53)

También se puede observar el aumento significativo de niñas/os en calle que manifiesta la vulneración de los derechos de las infancias y adolescencias, donde la intervención estatal se reduce a la institucionalización en los hogares, convirtiéndola en una situación violenta y traumática. Por el lado, con las disidencias sexuales se observa que encarnan todas las injusticias sociales que impactan en su corta expectativa de vida.

A la actualidad, debido al escenario de yuxtaposición de problemáticas que atraviesan a la SC, las políticas sociales del GCABA como los Paradores Nocturnos, el Subsidio Habitacional, la Red de Atención y la Línea 108, resultan ser insuficientes para abordar, acompañar, alojar, y sobre todo, cuidar a quienes se encuentran en tal condición. Por esta razón, en los últimos años se han incrementado y fortalecido las estrategias comunitarias y los diferentes roles que han asumido las organizaciones sociales para considerar a la SC como parte de sus propias agendas. Situadas desde una perspectiva de derechos integrales, se han abocado al desarrollo de estrategias de reparación de daños, perjuicios y vulneraciones que afrontan las personas en situación de calle (en adelante PSC) mediante el fortalecimiento de redes de comedores y reparto de viandas en la vía pública; propuestas de formación e inserción laboral; creando espacios de recreación, contención y acompañamiento, incluso, con dispositivos para abordar el consumo problemático de sustancias y alcohol. Esta última problemática contemplada dentro de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, que aunada a la SC genera grandes deterioros en la salud integral y que aún hoy persisten resistencias para ser abordadas de manera integral dentro del sistema de salud público del GCABA.

De esto se desprende que el trabajo in situ con las PSC se constituye como un desafío dentro del ámbito de la salud; en primera instancia, por la imperante mirada hegemónica e individual de la salud que no permite entender las diversas situaciones de intervención que nos podemos encontrar en la SC y los efectos severos. Por otro lado, todavía no se ha encontrado una metodología de trabajo que efectivamente pueda acompañarlas desde una perspectiva de derechos y género.

En contraposición, se observan reiteradas formas de ejercer la violencia institucional hacia las mismas, desde el maltrato o destrato, la ignorancia, la expulsión, prácticas reiteradas que agudizan la falta de atención. Ante los supuestos institucionalizados como “esta situación es un cañazo, son imposibles, malos pacientes, violentos, poco colaborativos, etc.”, se reflejan las resistencias que imponen los equipos para colocar la salud de las PSC como parte de las agendas sanitarias, ya que el modelo occidental de salud prioriza la atención de “enfermedades” y no de problemáticas que afectan a la salud de un modo integral.

En este sentido, consideramos la necesidad de generar acciones de accesibilidad entendiendo que el camino es un proceso complejo, dinámico y arduo, por lo tanto, el trabajo territorial se instituye indispensable para situar una aproximación hacia las PSC y garantizar los derechos de la atención de la salud.

Acerca del territorio

Los Equipos Territoriales o Equipos Básicos de Salud forman parte de una de las mayores estrategias impulsadas por parte del Ministerio de Salud de CABA. En los últimos años, cobra mayor protagonismo la APS (Atención Primaria de la Salud)- Primer Nivel de Atención y los territorios (Plan de Salud CABA 2016-2030) con el objetivo de fortalecer una Red de Cuidados Integrales poniendo el acento en la prevención y la promoción de la salud.

En la actualidad es difícil poder homogeneizar su implementación, ya que cada territorio adquiere un significado y una trama singular, por lo tanto, el trabajo territorial depende del efector de salud y de los Equipos Territoriales en su implementación. Nuestra experiencia se adscribe a un CeSAC de la zona Centro-Norte de Caba y, adquiere una particularidad, nuestro territorio de intervención son las PSC itinerantes en nuestra área

de referencia. Debido a la complejidad y los desafíos que presenta el abordaje de la atención de la salud de las mismas, uno de nuestros mayores objetivos ha sido fortalecer el trabajo en red con las instituciones que, con diversas estrategias territoriales, las acompañan para garantizar el acceso a determinadas necesidades esenciales.

Tal como anunciamos en los párrafos precedentes, persisten resistencias y prácticas expulsivas que desfavorecen el acceso a la atención. Sin embargo, hemos de destacar las acciones impulsadas por algunos CeSACs de zona Sur, como el caso de “Proyecto Calle”; el “LOBE (La Otra Base del Encuentro)” o el trabajo con “las Ranchadas” (Pelagagge, 2019; 2024), que desde diversas estrategias han intentado generar mecanismos de accesibilidad de la salud. En contrapartida, prevalece cierta vacancia de experiencias de trabajo desde la zona Norte-Centro.

La implementación de la APS desde los Equipos Territoriales presentan una serie de dificultades tanto en *“la formación de los profesionales en el trabajo territorial; la disponibilidad de horas para la asistencia y para las acciones comunitarias; y la diversidad y complejidad que los territorios proponen al momento de la intervención de una institución estatal”* (Fariña, 2021, p. 123), como a quienes se pretende que tengan alcance a estas estrategias, mayormente se define una “población nominal” que cumpla ciertas características y lógicas de intervención. El mayor problema es que las PSC no suelen ser o considerarse como parte de esa “población nominal”, mostrando la mirada colonial con la que suelen diseñarse las políticas sanitarias y las incongruencias que encuentran las nominaciones como “los más desfavorecidos” (Díaz Colodrero, 2025).

Nuestro trabajo como equipo territorial comenzó durante el año 2021 a partir de la campaña de vacunación en relación a COVID-19 dirigida a PSC quienes pernocaban dentro de los límites geográficos de nuestra área de referencia. La sistematización de las recorridas territoriales y el registro de las demandas nos confirmó que, el sistema de salud en general, reproduce determinados mecanismos que se vuelven poco accesibles para las mismas, reducido muchas veces a una atención mínima y deshistorizada, como por ejemplo, la misma campaña de vacunación que estábamos llevando adelante. A partir de esta experiencia, decidimos impulsar y construir un espacio de atención ambulatoria dentro de una parroquia barrial la cual hacía años, ya trabajaba con PSC. Dicha institución implementa un dispositivo comunitario, el cual funciona los días jueves por la mañana de 7

a 12 hs. con un cupo por orden de llegada de 30 usuarios/as, ofreciendo los servicios de comedor, desayuno, almuerzo, duchas, peluquería, ropería y pone a disposición el uso de lavarropas y secarropas, que son recursos poco habituales en los dispositivos asistenciales. Las tareas son coordinadas por un párroco y llevadas a cabo por personas voluntarias de la comunidad.

Cabe mencionar que la parroquia es sede de trabajo de otros actores: el Centro Barrial de Vientos de Libertad, rama del Movimiento de Trabajadores Excluidos, organización comunitaria, social y política que brinda acompañamiento integral a jóvenes con problemática de consumo. También, participa la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar) bajo el programa de Centros de Asistencia Inmediata. Asimismo, a lo largo del tiempo, han asistido otros actores de forma esporádica como ANSES, referentes de la Comuna 15, el Ministerio Público de la Defensa y la Red de Acción de Consumos Problemáticos de la Comuna. Cada 15 días concurre el trailer odontológico de la UBA.

Actualmente el equipo está integrado por dos trabajadoras sociales, un médico y una médica generalistas, siendo además un espacio de formación para residencias afines. Entendemos que una perspectiva interdisciplinar puede entrelazar y enriquecer los análisis de los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidados (PSEAC) que interpelan a quienes acompañamos en la atención. Las situaciones presentadas a lo largo del tiempo evidencian la complejidad y variedad de circunstancias que atraviesan las PSC en su supervivencia cotidiana generando grandes efectos en su salud.

Acerca de nuestra experiencia

En primera instancia, nuestra llegada a la parroquia puso en evidencia que "el dilema no estaba sólo en cómo "nosotros" mirábamos a "esos otros", además, en cómo "esxs" nos miraban a "nosotros", a quienes representamos a las instituciones estatales" (Díaz Colodrero, 2025, p.104), en particular, las sanitarias. Nuestra presencia era percibida con cierta incomodidad, incluso con expresiones como "¿Qué van a hacer ustedes acá?" o "A ver, ¿qué me podes dar?", el tiempo y la permanencia en el espacio han permitido construir un vínculo con quienes acuden allí, sobre todo con quienes lo hacen de forma regular, quienes luego transmiten a otros/as usuarios/as habilitando la consulta y el intercambio con el equipo.

Por otra parte, construir un espacio de atención dentro de una institución que tiene otros objetivos no fue fácil. De pasar a tener una mesa y un botiquín debajo de una galería, espacio en el que circulaban las personas que ingresaban allí durante la mañana, hemos pasado a contar con un consultorio que mínimamente permite otros resguardos. A su vez, implicó una serie de gestiones como por ejemplo, el armado de un dispensario de medicación con el fin de contar con estos insumos a la hora de la atención.

A lo largo de estos 4 años consolidamos nuestra metodología de trabajo en dos direcciones: el consultorio de atención y la permanencia en el patio.

En relación a la atención tenemos un número aproximado de 10 consultas por jornada. A partir de registros propios, y a modo de enumerar, las principales demandas de lo/as usuario/as son: problemas traumatológicos/articulares (traumas por riñas callejeras, lesiones corto-punzantes, patología osteoarticular crónica, consultas de curaciones); dermatológicos (escabiosis, infección de piel de partes blandas, micosis cutáneas, dermatitis); salud sexual (exposición sexual de riesgo, testeo de VIH-Sífilis, anticoncepción); problemas respiratorios (infecciones de las vías respiratorias alta y baja, asma, tuberculosis); digestivo (dolor abdominal agudo y crónico, dispepsia); patologías odontológicas; problemas ginecológicos (dismenorrea e hipermenorrea, alteraciones del ciclo menstrual); neurológicos (cefaleas, convulsiones). Cabe aclarar que la construcción de demanda se piensa en relación a determinantes sociales del proceso de salud-enfermedad-atención - cuidado (PSEAC) como la alimentación, identidad, vivienda, vestimenta, etc. A lo largo del tiempo hemos gestionado DNI para personas que nunca lo han tenido en sus vidas, informes para facilitar acceso al subsidio habitacional, acceso a los programas sociales como el Ciudadanía Porteña y abordar cuestiones de discapacidad. Así mismo, logramos generar vínculos estrechos con las voluntarias del espacio para gestionar vestimenta y recursos ante situaciones que las requerían.

Sin dudas, una de las mayores problemáticas que atraviesan a las PSC están relacionadas con la salud mental y el consumo problemático de sustancias. Muchas veces hemos intervenido para garantizar el acceso a la atención de tratamientos ambulatorios, como así también internaciones cuando nos han solicitado. Al trabajar de manera conjunta con Sedronar y Vientos de Libertad esto ha sido viable.

Las mayores dificultades han devenido ante situaciones agudas o de urgencia que requerían de evaluaciones por parte de equipos de guardia, incluso en varias ocasiones tuvimos tensiones y destrato hacia nosotras/os que con criterio de intervención derivamos a las/los usuarias/os, agudizando aún más la exclusión de las PSC. Hemos planteado reuniones con Jefes y referentes de Guardia de nuestro Hospital de referencia para reforzar el circuito de derivación y atención ante estas situaciones con el objetivo de favorecer la entrada al sistema sanitario.

Podemos sostener que hemos logrado crear un espacio de referencia y vinculación que nos han permitido garantizar ciertos cuidados de importancia para la salud integral. A través del intercambio, de la escucha atenta, y de darle importancia a los relatos, pudimos otorgarles sentido a las palabras y generar una identidad, o mejor dicho, restituir el carácter de derecho a sus propias voces. En el patio, nos hemos permitido salir del lugar de “agentes de la salud” para humanizarnos, de participar en dinámicas relacionadas a compartir mates, desayunos, coser ropa, ayudar a colgar ropa, a cortar verduras, a limpiar la mesa, peinar, pintar uñas, etc., actividades que han fortalecido el encuentro con ello/as. También entendíamos que eran condiciones necesarias para sostener nuestra permanencia allí.

El intercambio o el valor de las palabras, nos han ubicado en escenas para conocer a quienes teníamos enfrente: personas que con diferentes circunstancias, vivencias y caminos sinuosos han visto vulnerado todos sus derechos. Si bien, las necesidades básicas de supervivencia cuentan con circuitos de asistencia que las PSC ya conocen y a las cuales suelen acudir, en general, los afectos y cuidados no suelen ser valorados como parte de esas necesidades básicas de y en salud.

Centrarnos en la producción de cuidados (Franco y Merhy, 2023) permitió dimensionar la importancia del derecho a disfrutar, al ocio, al juego, a reírse, etc., por lo tanto, hemos desplegado actividades lúdicas incorporándolas como herramientas de prevención y promoción de salud, que en cierta medida reivindica lo colectivo y lo singular. Hemos entendido la importancia de festejar y compartir momentos de celebración como, cumpleaños y fin de año; muchos/as han roto sus vínculos familiares y socioafectivos, por lo que suelen ser fechas que movilizan su sentir. La soledad es un nudo crítico que impacta desfavorablemente en su salud.

También hemos incentivado los festejos de primavera, que en los últimos tiempos se han enriquecido por la participación de otros actores que también trabajan y acompañan a las PSC. Los encuentros se han llenado de música y juegos al compartir un almuerzo todos/as juntos/as.

Asimismo, aprovechamos estas instancias participativas para ofrecer campañas de vacunación y poder dar cobertura de vacunas que no tienen al día en sus calendarios e incluimos un dispenser de preservativos que acompañamos con consejería de Salud Sexual y Reproductiva.

Creemos que las dinámicas, el compartir, las charlas espontáneas, los intercambios entre quienes circulamos por el patio, permitieron la aparición de historias y trayectorias que requerían ser escuchadas. Pero también, nos brindaron perspectivas de análisis situacional e interseccional para comprender los efectos en la salud y las estrategias situadas necesarias al momento de la atención.

Lo que hemos aprendido con el tiempo

Nuestra área de referencia está nutrida de restaurantes, zona de turistas, dos microestadios donde se realizan importantes eventos como recitales, entre otras tantas cosas, lo que favorece al desarrollo de una economía informal como la realización de changas, cartoneo, pedir comida/limosna, cuidar coches, etc. Como sostiene Pelagagge (2024) la calle es un lugar para auto procurarse oportunidades que estructuralmente les son negadas, por lo tanto, en los últimos años se han consolidado e incrementado las ranchadas por la zona y la concurrencia a la parroquia para hacer uso de los servicios indispensables es de manera permanente.

Con el tiempo pudimos diferenciar que los motivos de encontrarse en SC varían según el género y lo intergeneracional, lo cual se entrecruzan con las desigualdades macroestructurales produciendo efectos notorios, identificables y, muchas veces, irreparables en su salud.

Las personas usuarias son mayormente varones adultos entre 20 y 45 años y algunos varones adultos mayores de más de 60 años. Entre los más jóvenes, las experiencias de estar en la calle han comenzado a partir de los 8-9 años en adelante, a partir de los supuestos relacionados con los estereotipos de la masculinidad y lo público, o

bien, por motivos relacionados con la pobreza, la percepción de desamor o desinterés y el aburrimiento o gusto por la calle (García Silva, 2014, citado en Pelagagge, 2024). Son en quienes hemos observado situaciones de violencias físicas, con heridas graves y constantes, con lesiones y secuelas; además, son quienes en mayor medida han experimentado desde muy pequeños el consumo problemático de sustancias por el que se ven atravesados hasta el día de hoy, con grandes efectos y secuelas en su salud mental y física. En los adultos mayores hemos registrado el mayor abandono y deterioro cognitivo con un consumo agudo de alcohol de larga data y una pérdida significativa de redes sociofamiliares. Del lado de las mujeres, los inicios de estar en SC están relacionados con la sobrecarga de cuidados de sus hermano/as más pequeño/as, a situaciones de pobreza extrema, pero sobre todo, a violencias generizadas,

para ellas, la calle se presenta como un escenario oportunista encuadrado dentro de las lógicas neoliberales y la feminización de la pobreza, que añadidas a la condición de género generan efectos degradantes que se solapan en continuum de violencias a lo largo de sus vidas convirtiéndolas en "mujeres" multirresistentes (Díaz Colodrero, 2025p.109).

Son en quienes registramos un mayor deterioro en salud mental producto de lo vivido y de lo que deben afrontar en un campo altamente masculinizado, con lógicas propias e impuestas por el patriarcado.

A lo largo de nuestra experiencia hemos fortalecido herramientas de trabajo que el propio territorio nos llevó a explorar. Partimos, literalmente, de no saber dónde ubicarnos dentro de la parroquia para consolidarnos como un equipo profesional que aborda la salud de las personas concurrentes. Para ello fue necesario consolidar las perspectivas de salud colectiva, desde el trabajo en red y con la comunidad. A su vez, entender que los impactos de la permanencia o el estar en SC es variable y el género juega de manera esencial en la salud.

En general, el trabajo con las PSC impone el mayor desafío ya que no se puede "encajar" dentro de un recetario o indicación médica a la cual estamos habituado/as dentro del sistema sanitario. La SC es un estado de alerta constante, dinámica, riesgosa que afecta severamente a la salud, por lo tanto, a diferencia del lugar de subordinación en la que se suelen colocar a "lo/as pacientes", hay que apelar a los capitales culturales y simbólicos que

emplean quienes se encuentran en dicha condición para sortear sus propias realidades. El trabajo in situ permitió recuperar sus saberes y deconstruir demandas de atención, por eso, con el tiempo, las personas usuarias nos aproximaron a trabajar dentro del escenario de lo posible. Muchas veces con sinceridad nos han dicho "esto sí, esto no lo puedo hacer", "es imposible", "no me interesa". Es que:

no son varones que no buscan atender su salud; al contrario, las ideas racializadas que "son violentos", "poco colaborativos", "son monos con navaja", "sucios", "su carita lo dice todo", retroalimenta representaciones sociales sobre qué tipo de varones están en SC (Díaz Colodrero, 2025; 108)

Por otro lado refuerza ciertos estereotipos socialmente aceptados de esa caja de masculinidad (Heilman, Baker y Harrison., 2017). Por esta razón, la atención de la salud con los varones que se encuentran en SC debe ser considerada desde su singularidad, de las herramientas simbólicas que disponga a la hora de afrontar determinadas escenas, pero sobre todo, del vínculo de confianza que pudo construir o no con el equipo de salud. Ese puente de escucha y de perspectiva singular, es lo que nos permite aproximarnos a armar un diagnóstico de salud y las estrategias posibles para abordar la misma dentro de un escenario complejo como lo es la calle.

Si en líneas generales el sistema de salud se presenta como una institución expulsiva y de desconfianza para las PSC, en las mujeres particularmente esto se juega de un modo sustancial. Con ellas hemos tenido que emplear otras herramientas de aproximación como pintar uñas, hacer peinados, donarles ropa, juguetes, etc. con el fin de conocer sus historias y sus trayectorias. El tiempo ha permitido construir cierto vínculo de referencia con algunas de las concurrentes. Sus demandas de atención siempre se han visto entrelazadas por violencias generizadas, tanto desde sus propias infancias, en sus vínculos con sus pares varones en SC y por las propias instituciones. Con sus historias nos hemos visto interpeladas desde nuestro lugar como equipo de salud mayormente feminizado, por lo tanto, a la hora emplear estrategias de intervención se han tenido que pensar y armar circuitos de derivación cuidados con el fin de no agudizar situaciones de violencias y no degradar aún más sus condiciones de vida.

En líneas generales podemos sostener que a las personas en situación de calle, les interesa atender cuestiones

que hacen a su salud, claramente lo que se debe cultivar son perspectivas de salud integrales que entiendan cómo la situación afecta a los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidado. La degradación que afrontan es cotidiana y en cada momento, dado que constantemente se ven expuesto/as a situaciones sistemáticas por parte de las instituciones tradicionales y por gran parte de la sociedad, por esto, se reivindica la labor y el acompañamiento por parte de quienes conformamos una red comunitaria y de sostén que desde otros lugares intentamos generar otras prácticas de cuidados.

Reflexiones finales

Nuestra experiencia en el trabajo en el dispositivo nos brindó la posibilidad de reflexionar acerca de nuestro rol tanto profesional como personal. Coincidimos que el estar allí, nos transforma. Recordamos nuestras primeras percepciones y pensamientos al llegar, los miedos y prejuicios al encontrarnos con lo desconocido e interrogantes sobre los objetivos como equipo territorial y sobre el alcance de los recursos existentes, inexistentes e insuficientes a la hora de abordar la salud de las personas en situación de calle. El estar allí, observar, escuchar, compartir los relatos y sensaciones, nos fue dando identidad y afianzando como equipo. Permitió repensar y replantear nuestra práctica y objetivos, reconocer las fortalezas del trabajo interdisciplinario e intersectorial, así como identificar las múltiples tensiones que surgen en el trabajo con personas en situación de calle.

Las complejas problemáticas sociales que atraviesan la vida de cada una de las personas que allí asisten, la estigmatización, la exclusión, la vulneración de derechos a la salud, sociales, culturales y políticos dan complejidad a cada intervención que se realiza.

Según Franco y Merhy (2023) las herramientas tecnológicas pueden ser definidas como duras, leves-duras y blandas, siendo ésta última los aspectos de los profesionales de la salud en la producción de la relación entre dos sujetos, trabajador-usuario, que solo se materializa en acto, fundamental para la producción del cuidado. La relación particular que se desarrolla entre estas herramientas define el sentido social de actuar en salud.

El camino recorrido en estos años en el dispositivo da cuenta de un proceso de trabajo. En un principio, nos dedicamos a acciones como vacunación, curaciones, medicación, saberes disciplinares enmarcados en

prácticas totalmente institucionalizadas en el sistema sanitario. Una vez cumplida nuestra tarea fundante, que fue la campaña de vacunación por COVID-19, muchas veces nos preguntamos “¿y ahora cómo seguimos? ¿qué podemos hacer aquí?”. Dimos cuenta que la frecuencia, la puesta del cuerpo, construir una perspectiva situada, eran las bases para consolidar la idea de que el trabajo territorial no es posible sin incluir a “esos otros”.

En ese escenario pensamos que era crucial posicionarnos desde la escucha, la sensibilidad, la capacidad de alojar, de dar valor al saber del otro, de dialogar y ser flexibles en relación con las necesidades heterogéneas, para constituir líneas de cuidado que actúen en forma interesada en defensa de la salud, centradas en las necesidades de las/os usuarias/os (Chera et al., 2023).

Aquí surge una de las tensiones que atraviesan con mayor fuerza nuestra tarea: las barreras de accesibilidad del propio sistema de salud hacia las PSC. Las mismas se configuran en todas sus dimensiones y en profundidad incluyendo, las barreras geográficas, económicas, administrativas y, de manera determinante, las barreras simbólicas. Como sostiene Stolkiner la accesibilidad puede ser pensada como encuentro/desencuentro entre la población y los servicios de salud en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse (Stolkiner., Citado en Comes et al., 2007). Este encuentro/desencuentro se constituye a partir de un complejo entramado de “condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios” (Stolkiner et al., 2000). En nuestro trabajo territorial nos encontramos con experiencias, relatos y discursos por parte de las/os usuarias/os que ponen de manifiesto una exclusión acentuada, una reproducción de estigmatización y discriminación, determinando una situación de vulneración de sus derechos a la salud.

En este sentido, comenzamos a preguntarnos ¿cómo corrernos de esas lógicas para pensar los alcances de los derechos a la salud? El camino estuvo enmarcado desde sus propias respuestas: aprender a escucharlas/os ya que sus demandas eran básicas y concretas pero no eran alojadas. Así surgió la idea de construir un consultorio ambulatorio, que si bien da respuesta a esa demanda de atención, se construye también desde una perspectiva que da importancia a la vida del otro.

A lo largo del tiempo hemos observado que la valoración por parte de ellas/os no sólo se relaciona con la "atención médica", sino también con las necesidades de compartir charlas, mates, desayunar, etc., es decir, reveló la importancia de "atender" necesidades afectivas que forman parte de una atención integral de salud y de la producción de cuidados. Como refiere Merhy (2012) *"era necesario caminar con los usuarios y descubrir la producción, muchas veces en acto, de nuevas redes de conexiones. Entonces, todas las "estaciones de cuidado" serían fuentes para revelar el acceso y las barreras, pero no serían suficientes"* (p.68). En este sentido, nos

pareció importante reflexionar sobre nuestra experiencia como equipo de salud a partir de la construcción de un saber situado, entendiendo que la presencia permanente nos brindó herramientas claves para trabajar dentro de un escenario de lo posible. A su vez, creemos que los aprendizajes son dinámicos y se transforman a la par de las coyunturas sociopolíticas y socioeconómicas, por lo tanto, las prácticas son inacabadas y se requiere de cierta plasticidad para apostar a mejores caminos de accesibilidad para la atención de la salud de las PSC de una manera integral.

Bibliografía

- Bufarini, M. (2020). Percibir y resistir los estigmas: Un estudio sobre la cotidianidad de personas en situación de calle. *Kamchatka. Revista de análisis cultural* 16 (pp. 215-230). <https://doi.org/10.7203/KAM.16.16592>
- Connell, R. W. (1997). La organización social de las masculinidades. En T. Valdés & J. Olavarria (Eds.), *Masculinidad/es: Poder y crisis* (pp. 31-48). Ediciones de las Mujeres.
- Chera, S., Berger, A., Salzberg, M., Cabrera Bachmann, L., Du-
lemba, S., Mompó, J. M., & Karageuzian, C. (2023). *Pro-
grama docente general de la residencia de medicina general y/o me-
dicina de familia*. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
[https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/2023-05/Progra-
ma%20residencia%20MGyF%202023-%20Res.nro1747-23.pdf](https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/2023-05/Progra-
ma%20residencia%20MGyF%202023-%20Res.nro1747-23.pdf)
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czernieck, S., An-
drea, V., Sotelo, R., & Stolkiner, A. (2007). El concepto de acce-
sibilidad: La perspectiva relacional entre población y servicios.
Anuario de Investigaciones, XIV, 201-209. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139943019>
- Couto, M., Oliveira, E., Separavich, M., & Luiz, O. (2019). La pers-
pectiva feminista de la intersectorialidad en el campo de la salud
pública: Revisión narrativa de las producciones teórico-meto-
dológicas. *Salud Colectiva*. <https://www.scielosp.org/article/scol/2019.v15/e1994/>
- Díaz Colodrero, M. (2025). “Entre sinsabores, silencios y complicidades”: *Una etnografía sobre las experiencias de salud de mujeres y varones en si-
tuación de calle en un barrio de zona centro-norte de la Ciudad Autónoma
de Buenos Aires, Argentina* (Tesis de Maestría). Programa Regional
en Género y Políticas Públicas, FLACSO. <http://hdl.handle.net/10469/202401>
- Di Iorio, J. (2019). *Situación de calle, espacio público y uso de drogas: Una
aproximación al problema*. Intercambios Asociación Civil //inter-
cambios.org.ar/assets/files/Situacion-decalle.pdf
- El Destape. (2025, 3 de septiembre). *Informe del CELS: casi 12.000
personas viven en la calle en CABA*. [https://www.eldestapeweb.com/sociedad/crisis-economica/informe-del-cels-casi-12-000-
personas-viven-en-la-calle-en-caba-202593171446](https://www.eldestapeweb.com/sociedad/crisis-economica/informe-del-cels-casi-12-000-
personas-viven-en-la-calle-en-caba-202593171446)
- Fariña, M. (2021). Equipos territoriales: Reflexiones en torno a la
participación social en salud y las estrategias de intervención co-
munitaria. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 11(21),
119-131. [https://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/
uploads/sites/13/2021/08/16_Farina.pdf](https://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/
uploads/sites/13/2021/08/16_Farina.pdf)
- Franco, T. B., & Merhy, E. (2023). *Trabajo, producción del cuidado y
subjetividad en salud*. EDUNLa Cooperativa; Instituto de Sa-
lud Colectiva [https://lugareditorial.com.ar/wp-content/
uploads/2021/12/Trabajo_produccion_del_cuidado_subjetivi-
dad_en_salud.pdf](https://lugareditorial.com.ar/wp-content/
uploads/2021/12/Trabajo_produccion_del_cuidado_subjetivi-
dad_en_salud.pdf)
- Gentile, M. (2008). Ser niña o niño y “estar” en la calle. Género y
sociabilidad. En J. Pojomovsky (Ed.), *Cruzar la calle. Vínculo con
las instituciones y relaciones de género en niños, niñas y adolescentes en
situación de calle* (pp. 153-174). Espacio Editorial.
- Heilman, B., Baker, G., & Harrison, A. (2017). *La caja de la mascu-
linidad: Un estudio sobre lo que significa ser hombre joven en Estados
Unidos, el Reino Unido y México*. Promundo. [https://www.equi-
mundo.org/wp-content/uploads/2017/03/PRO17003_re-
port_ES_007.pdf](https://www.equi-
mundo.org/wp-content/uploads/2017/03/PRO17003_re-
port_ES_007.pdf)
- Pelagagge, F. (2024). *Mis decisiones me trajeron acá* (Tesis de Maestría).
Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios, Universidad Na-
cional de San Martín.
- Pelagagge, F. (2019). *Ranchadas con perspectiva de género (s/d)*. mimeo
- Seidmann, S., Di Iorio, J., Rigueiral, G., & Gueglio Saccone, C.
(2016). El cuidado en personas en situación de calle: Una pers-
pectiva ética y política. *Anuario de Investigaciones*, 23(1). [https://
www.redalyc.org/pdf/3691/369152696016.pdf](https://
www.redalyc.org/pdf/3691/369152696016.pdf)
- Stolkiner, A., et al. (2000). Reforma del sector salud y utilización
de servicios de salud en familias NBI: Estudio de caso. En *La
salud en crisis: Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales*.
Ediciones Dunker.

Fuentes documentales

- Ley Nacional 27.654 de Personas en Situación de Calle y Familias
sin Techo [Boletín oficial número 34.821]. (2021, diciembre 24).
- Ley de la Ciudad de Buenos Aires 3.076 Protección y garantía inte-
gral de los derechos de las personas en situación de calle y en
riesgo a la situación de calle. (2011, junio 8).
- Ministerio de Salud CABA. (2016) Norma SSAPAC DGSCOM
01/16 Equipos Básicos de Salud, Dirección General de Salud
Comunitaria, CABA, Argentina.
- GCABA (2025) *Relevamiento de personas en situación de calle*. Instituto de
Estadística y Censos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
[https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/publicaciones/rele-
vamiento-de-personas-en-situacion-de-calle-aspectos-metodo-
logicos-y-resultados-ciudad-de-buenos-aires-mayo-de-2025/](https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/publicaciones/rele-
vamiento-de-personas-en-situacion-de-calle-aspectos-metodo-
logicos-y-resultados-ciudad-de-buenos-aires-mayo-de-2025/)

