

“Las Experiencias de Accesibilidad a los Centros de Atención Primaria de la Salud en el Noroeste de la Ciudad de Santa Fe. El caso del Barrio Las Delicias 2023-2024”

Tesista: Karen Bauer

Universidad Nacional del Litoral
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
Licenciatura en Trabajo Social

Directora: Dra. Daniela Soldano

Santa Fe, diciembre 2025



Agradecimientos

Dedico esta tesina a mis padres, quienes, además de darme la vida, me incentivaron y brindaron un apoyo constante a lo largo de mis estudios. Asimismo, la dedico a mi familia, a mi pareja y a mis amistades, quienes creyeron en mí incluso en los momentos en que yo misma dudaba de poder culminar este proceso.

Quiero hacer una mención especial a mis abuelos, quienes me acompañaron con mucho cariño en mis inicios y, aunque no pudieron presenciar esta etapa, siempre estuvieron presentes en mi corazón.

Expreso mi sincero agradecimiento a los docentes de la carrera, de quienes he recibido enseñanzas que trascienden lo estrictamente académico. De manera especial, agradezco a mi directora de tesina, Daniela Soldano, por transmitir su pasión por las políticas públicas y por acompañarme de manera constante durante este trabajo.

Agradezco profundamente a quienes participaron de esta investigación, por la confianza depositada en mí y por permitir que sus relatos fueran reproducidos con respeto y fidelidad.

Mi gratitud también se extiende a la carrera de Licenciatura en Trabajo Social, que transformó mi forma de percibir y comprender la realidad social. Sobre todo, agradezco a la Universidad Nacional del Litoral, institución pública, gratuita, laica y de calidad, que me cobijó durante años de formación y me hizo sentir parte de su comunidad académica.

Índice

AGRADECIMIENTOS.....	1
RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN.....	4
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO Y ESTRATEGIA METODOLÓGICA	9
1.1 Marco Teórico.....	9
1.2 Metodología, Enfoque y Técnicas de Investigación	11
CAPÍTULO 2. EL CAMPO DE LA SALUD Y LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD	17
2.1 Campo de la Salud Argentino	17
2.2 Atención Primaria de la Salud	25
2.3 Centros de Atención Primaria de la Salud	28
2.4 Centro de Atención Primaria de la Salud “Las Delicias”	29
CAPÍTULO 3. CONDICIONES DE VIDA EN EL TERRITORIO.....	32
3.1 Rasgos territoriales ¿Cómo es Vivir en el Barrio Las Delicias?.....	32
3.2 Contexto. Vivir en Las Delicias Bajo la Presidencia de Milei y la Gobernación de Pullaro en Santa Fe.....	36
CAPÍTULO 4. TRABAJOS, INGRESOS Y ORGANIZACIÓN DEL CUIDADO	39
CAPÍTULO 5. EXPERIENCIAS DE ACCESIBILIDAD DE LA COMUNIDAD EN RELACIÓN AL CAPS	47
5.1 Necesidades en Salud de la Comunidad	47
5.2 Experiencias de Accesibilidad al CAPS	49
CAPÍTULO 6. ACEPTABILIDAD EN FOCO	60
6.1 Gratuidad.....	61
6.2 Cercanía Territorial	63
6.3 Vínculo Entre la Comunidad y Trabajadores de Salud.....	64
6.4 Estado Edificio del CAPS	68
6.5 Tiempos de Espera.....	74
6.6 Acceso a Medicación Gratuita.....	77
REFLEXIONES EN RELACIÓN A LA ACEPTABILIDAD DE LA COMUNIDAD	78
REFERENCIAS.....	82

Resumen

Esta tesina analiza las políticas públicas de salud, y dentro de estas, la estrategia de Atención Primaria, prestando atención a las experiencias de accesibilidad a sus efectores en el primer nivel de atención, esto es: los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) en la periferia noroeste de la ciudad de Santa Fe. Dichas experiencias de acceso dan cuenta de cómo las personas viven los procesos de salud-enfermedad y cómo perciben sus derechos en esta materia en la vida cotidiana. La accesibilidad está sujeta a distintos condicionantes, entre ellos la aceptabilidad de los servicios de salud que se manifiesta en grados variables de satisfacción. El recorte empírico involucra al CAPS Las Delicias durante los años 2023-2024. Se adopta una metodología cualitativa y como parte de este análisis se describen las prácticas de reproducción ampliada de la vida de la comunidad que accede al CAPS, con especial énfasis en sus necesidades en salud; se reconstruyen las experiencias y se procura comprender su aceptabilidad. Los criterios valorativos de la comunidad influyentes en la aceptabilidad son: gratuidad del servicio de salud, cercanía territorial, vínculos entre la comunidad y los trabajadores de salud, tiempos de espera, estado edilicio y entrega de medicación gratuita. Considerar dichos criterios involucrados en los procesos de salud-enfermedad-atención, resulta fundamental tanto para que la comunidad utilice y se apropie de los servicios de salud públicos como para el Estado amplíe sus conocimientos sobre el tema y robustezca las capacidades de planificación, gestión y evaluación de sus políticas.

Abstract

This dissertation analyzes public health policies, and within them, the Primary Health Care strategy, paying particular attention to experiences of accessibility to its providers at the first level of care—that is, the Primary Health Care Centers (CAPS) located in the northwestern periphery of the city of Santa Fe. These access experiences reveal how people live through health–illness processes and how they perceive their rights in this area in their everyday lives. Accessibility is subject to various conditioning factors, among them the acceptability of health services, which is expressed in varying degrees of satisfaction. The empirical focus involves the Las Delicias CAPS during the years 2023–2024. A qualitative methodology is adopted, and as part of this analysis, the practices through which the community accessing the CAPS reproduces and sustains its life are described, with special emphasis on its health needs. The experiences are reconstructed, and an attempt is made to understand their acceptability. The evaluative criteria of the community that influence acceptability include: the free provision of health services, territorial proximity, relationships between the community and health workers,

waiting times, building conditions, and the provision of free medication. Taking these criteria—embedded in the health–illness–care processes—into account is essential both for enabling the community to use and take ownership of public health services and for helping the State expand its knowledge on the matter and strengthen its planning, management, and evaluation capacities for its policies.

Introducción

La presente tesina se desarrolla en el marco de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional del Litoral. El tema que se aborda son las políticas públicas que intervienen sobre la salud de las personas. Para Hermann (2008) la Atención Primaria de la Salud (en adelante APS) es una estrategia organizadora de todo el sistema de salud que prioriza el primer nivel de atención, ya que como efector de mayor cercanía a la comunidad posibilita el acceso equitativo a la salud. La APS tiene distintos pilares, entre ellos la accesibilidad. La accesibilidad al Centro de Atención Primaria de la Salud (en adelante CAPS) como un efector de APS está sujeta a distintos condicionantes, entre ellos la aceptabilidad de los servicios de salud que manifiestan en forma de satisfacción las personas. Para saber qué tan satisfechos están con los servicios de salud es necesario conocer sus condiciones de reproducción ampliada de la vida y sus necesidades en salud, debido a que de acuerdo a ellas crean distintas valoraciones de sus experiencias de accesibilidad al CAPS.

La accesibilidad al CAPS es central ya que, como efector de primer nivel, al ser la instancia de mayor proximidad a la comunidad, desempeña un papel clave en la garantía del derecho constitucional a la salud. Su función abarca la atención de necesidades de salud, la promoción de hábitos saludables, la prevención de enfermedades y la coordinación con otros niveles de atención cuando es necesario. Las experiencias de accesibilidad al CAPS reflejan el modo en que la comunidad accede a su derecho de atención, bienestar y salud.

Distintos autores investigaron sobre la accesibilidad a la salud. Algunos de ellos, como Carballeda (2014), Perelmiter (2015) y, Pérez y Perner (2018), se enfocaron en la mirada de los profesionales o trabajadores estatales, haciendo hincapié en cómo interpretan, gestionan y operan los mecanismos de acceso a derechos y prestaciones en su práctica cotidiana.

Carballeda (2014) centró su estudio en la accesibilidad a las políticas públicas de salud. Distingue la noción de accesibilidad como una vía de entrada para repensar las Políticas Sociales de Salud. Remarca que la accesibilidad, entendida como una relación cargada de

significados que relaciona a las políticas, las instituciones y a la sociedad, da cuenta de la salud de una población y muestra la llegada real de las políticas sanitarias a la población. El contexto socioeconómico condiciona la accesibilidad al derecho de salud, ya que el acceso al sistema de salud se transformó en un territorio de luchas y tensiones, modificando los recursos disponibles, la cantidad de actores que recurren al efector de salud y las lógicas desde la cual actúan los agentes. El declive de los lazos familiares y comunitarios generó la pérdida de espacios de construcción colectiva de la accesibilidad, quedando ésta reducida a estrategias individuales de acceso al sistema de salud, por ello la necesidad de revisar las maneras en que se accede al sistema de salud, se permanece y transita dentro de él.

Perelmiter (2015) investigó sobre los modos en que las múltiples sospechas que pesan sobre la asistencia regulan las prácticas de asignación de beneficios de agentes estatales pertenecientes al Ministerio de Desarrollo Social de la Nación en la Argentina de la última década. Se aplicó una metodología cualitativa con enfoque etnográfico y usó la técnica de entrevistas a agentes estatales que eran encargados del acceso al programa “Manos a la Obra” (PMO). Dentro de sus hallazgos se destaca que los agentes estatales ante los vacíos de las normas legales encuentran dificultades para acordar principios de justificación de sus prácticas que permitan eludir en simultáneo acusaciones potenciales de discrecionalidad e indiferencia. Esta situación hace que los agentes regulen la asignación de beneficios de modo extra-programáticos. El ejercicio de discrecionalidad y de la capacidad crítica de los agentes, configura compromisos parciales y situacionales como una maniobra de inclusión y el acceso a los derechos. Las contradicciones éticas y políticas son elementos constitutivos de la dinámica cotidiana de las organizaciones involucradas en la tarea de distribución de recursos como los efectores de salud.

Pérez y Perner (2018) analizaron las percepciones de los trabajadores del primer nivel de atención del subsistema público de salud rionegrino respecto a las condiciones que existen en la zona andina de dicha provincia para hacer efectivo el derecho a la salud. Utilizaron una metodología cualitativa con técnicas de grupos focales y encuestas autoadministradas a equipos del primer nivel de atención de Río Negro respecto a los recursos e insumos suministrados por el Estado en el año 2016. Se resalta entre los resultados: el primer nivel de atención actúa como una puerta de acceso al sistema de salud, donde los trabajadores, son “mediadores elásticos” en el acceso a los derechos de salud, ya que pueden modificar y construir los espacios donde se realiza y percibe (o no) el acceso al derecho. Enfatiza en la relevancia de problematizar las distintas dimensiones de la accesibilidad al derecho a la salud (disponibilidad de personal y

recursos), la que está dada por deficiencias a la hora de atender en tiempo y forma y la distancia geográfica.

Otros autores como Ariovich y Jiménez (2014); y, D'Agostino y Veloz (2021) sitúan su análisis en las experiencias, percepciones y estrategias de los usuarios para acceder al sistema de salud.

Ariovich y Jiménez (2014) analizaron la gestión local de la política sanitaria desde la perspectiva de la población, poniendo el foco en el acceso que tiene la población residente de Malvinas Argentinas a la atención de su salud en los efectores municipales. Analizaron los resultados de una encuesta a los hogares. Concibe a la APS como accesibilidad; puerta de entrada al sistema de salud. En esta trama intervienen diferentes profesionales que organizan prestaciones, a la vez que participan otros actores locales que llevan adelante distintas estrategias de acceso y de utilización de los servicios ofertados. Resalta que las características que terminan asumiendo los procesos de atención de la salud son definidas por la compleja trama de interacciones entre los servicios de salud, los hogares y las dinámicas territoriales. Garantizar la accesibilidad a la atención a la salud implica: disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad.

D'Agostino y Veloz (2021) realizaron un análisis de la accesibilidad al derecho a la salud a partir del estudio de los dispositivos (de salud) que implementan las políticas públicas y la forma en que estas producen subjetividades. Realizan una sistematización de las prácticas de un proyecto de extensión en un barrio de la ciudad de La Plata, mediante un mapeo del barrio y entrevistas a referentes y vecinos. Se concluye que el análisis de las políticas públicas debe introducir la lectura de los dispositivos de atención. Los elementos que implementan los efectores de políticas públicas son clave para evaluar su potencialidad de producir la salud como derecho. Reconocer a los sectores excluidos como titulares de derechos que obligan al Estado y tienen derecho a demandar prestaciones y conductas. La accesibilidad de la población al sistema de salud es un elemento fundamental de la APS. Se destaca la importancia de incorporar la voz de los principales destinatarios en todos los diferentes momentos de las políticas públicas (diseño, implementación, evaluación).

A la luz de estos antecedentes, se hace un recorte temático haciendo foco en la accesibilidad de la comunidad al Centro de Atención Primaria de la Salud. Dentro del campo de estudio de la accesibilidad el presente estudio se centra en una de las dimensiones de tan vasto problema, la aceptabilidad. No obstante, las otras dimensiones son reconstruidas a grandes rasgos.

La investigación, está situada en el CAPS “Las Delicias”, zona periférica noroeste de la ciudad de Santa Fe en el año 2023-2024. De allí las preguntas que dieron origen a la construcción del problema estuvieron orientadas en: ¿Cómo son las prácticas de reproducción ampliada de la vida de la comunidad que accede al CAPS? ¿Cómo se relacionan las prácticas de reproducción ampliada de la vida de la comunidad con sus necesidades en salud? ¿Qué aceptabilidad tiene la comunidad residente en la zona periférica noroeste sobre sus experiencias de acceso al CAPS?

Estas preguntas nos permiten poner en foco la accesibilidad a la política pública CAPS de la comunidad residente en la zona periférica noroeste de la ciudad de Santa Fe y construir como problema a investigar: ¿Cómo son las experiencias de accesibilidad de la comunidad residente en la zona periférica noroeste de Santa Fe al CAPS Las Delicias?

A partir del trabajo de campo y la lectura de distintos textos académicos, en el CAPS “Las Delicias” se observan tensiones en torno a la accesibilidad que posee la comunidad de la zona noroeste de Santa Fe.

El CAPS está situado en la zona periférica noroeste de Santa Fe, caracterizada por la escasa infraestructura urbana, la deficiencia en las vías de conexión, la escasa cantidad de espacios verdes, la presencia de microbasurales, entre otros (Soldano y Beretta, 2019). Estas características del territorio convierten al CAPS en un lugar significativo para analizar las experiencias de los residentes en la accesibilidad al derecho a la salud, ya que en estas zonas las organizaciones estatales de proximidad son centrales para la reproducción ampliada de la vida y el acceso a la salud. Esto nos obliga a problematizar sobre esta temática, dado que a pesar de la diversidad de estudios que existen sobre la política pública de CAPS aún persisten vacancias desde la singularidad territorial que propone esta investigación.

Sumado a ello, el discurso instalado por el gobierno nacional de turno y el sentido común predominante que tiende a deslegitimar lo público y cuestionar las políticas públicas (Soldano, 2024), nos invita a indagar acerca del lugar que ocupan las políticas públicas, como es el CAPS, en la vida de las personas y el rol que desempeñan en el acceso al derecho de salud.

Construir conocimientos y pensar las políticas ancladas en los contextos y territorios específicos posibilitan un adecuado acompañamiento de los receptores de derechos (Soldano, 2007). Analizar las experiencias de accesibilidad al CAPS por parte de la comunidad residente en la zona periférica del noroeste de Santa Fe, así como comprender la aceptabilidad de los servicios brindados, nos permite reflexionar sobre cómo las personas transitan su proceso de atención. Asimismo, este estudio ofrece información valiosa que puede orientar mejoras en la

atención, adecuar los servicios a las necesidades de la comunidad y fortalecer la participación activa de sus miembros en el CAPS.

De este modo, el trabajo de investigación se centró en analizar las experiencias de accesibilidad al CAPS Las Delicias de la comunidad residente en la zona periférica noroeste de la ciudad de Santa Fe, durante los años 2023-2024. Dada la amplitud de la categoría accesibilidad, su abordaje analítico se delimita a una de sus dimensiones, la aceptabilidad. Como parte de este análisis, se definieron como objetivos específicos: describir las prácticas de reproducción ampliada de la vida de la comunidad que accede al CAPS, con especial énfasis en sus necesidades en salud; reconstruir las experiencias en relación al CAPS; y comprender la aceptabilidad de la comunidad en relación al mismo.

Atendiendo a los objetivos propuestos se utilizó una metodología cualitativa, a partir de observaciones participantes en el CAPS y la aplicación de entrevistas semiestructuradas dirigidas tanto a los miembros de la comunidad residente en la zona geográfica que corresponde a la atención en el CAPS Las Delicias como a los trabajadores del mismo.

Esta tesina se estructura partiendo del Capítulo 1, titulado “Marco teórico y estrategia metodológica”, en el cual se exponen las categorías teóricas centrales para esta investigación y detalla la metodología utilizada para realizar el trabajo de campo y el análisis de los resultados. En el capítulo contiguo, “El Campo de la Salud y la Atención Primaria de la Salud” se presenta una caracterización del campo de salud argentino desde 1946 hasta la actualidad, con énfasis en la incorporación de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud y sus pilares. Sumado a ello, se explicita la articulación entre dicha estrategia y los CAPS, focalizando en el CAPS Las Delicias.

En el Capítulo 3 “Condiciones de vida en el territorio” se presenta una revisión histórica del barrio y se describen los rasgos presentes en el escenario actual, correspondientes a las gestiones de Maximiliano Pullaro¹, gobernador de la provincia de Santa Fe, y de Javier Milei², presidente de la Nación. Luego, en el Capítulo 4 “Trabajos, ingresos y organización del cuidado”, se desarrollan las prácticas de reproducción ampliada de la vida, es decir aquellas prácticas que conforman la vida cotidiana de las personas y que influyen en sus procesos de salud-enfermedad y en sus experiencias de accesibilidad.

¹ Maximiliano Pullaro integra la Unión Cívica Radical (UCR), una fuerza política tradicionalmente asociada al espacio de centro-derecha del sistema político argentino, desde la cual accedió a la gobernación de la provincia de Santa Fe en 2023.

² Javier Milei accedió a la presidencia de la Nación en el año 2023 como una de las principales figuras de la coalición política La Libertad Avanza (LLA), espacio de orientación libertaria y de derecha.

Seguidamente, en el Capítulo 5 “Experiencias de accesibilidad de la comunidad en relación al CAPS”, se identifican las necesidades en salud de la comunidad y se exponen los resultados de los análisis referidos a sus experiencias de accesibilidad, poniendo como foco el proceso de atención.

En el Capítulo 6 “Aceptabilidad en foco”, se presentan los principales hallazgos relacionados a los criterios destacados por la comunidad que influyen en la aceptabilidad de los servicios de salud, que se desprenden de la problematización teórica y del análisis del material empírico. Finalmente, se ofrecen las “Reflexiones finales” respecto a las experiencias de accesibilidad y la aceptabilidad de la comunidad hacia el CAPS,

al tiempo que se plantean posibles líneas de investigación futuras.

Capítulo 1. Marco Teórico y Estrategia Metodológica

1.1 Marco Teórico

Las políticas públicas estatales son directrices con carácter de interés público creadas por el Estado, quien posee un rol central en todas las etapas de la política pública (definición del problema, formulación, gestión y evaluación de la política). Son de cumplimiento obligatorio para todas las personas y se incorporan a la vida cotidiana de las mismas condicionando las dinámicas del territorio y las distintas tramas en que pueden actuar y relacionarse las instituciones y las personas. Las políticas públicas intervienen sobre la salud de las personas ya que comprometen el acceso a los recursos, el ambiente y sus decisiones (Gómez Arias, et. al, 2005).

La política pública de Atención Primaria a la Salud (APS) es comprendida como una estrategia vertebradora de todo el sistema de salud, que guía la atención de salud. Está centrada en el primer nivel de atención y promueve la salud de toda la sociedad, dado que está orientada a propiciar la equidad y a garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la atención en salud (Hermann, 2008).

En Santa Fe, los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) son efectores del primer nivel de atención de la salud. Se encuentran cercanos a la comunidad y se encargan del diagnóstico y tratamiento, ofreciendo atención médica general, sin internaciones (Gobierno de la Provincia de Santa Fe, s. f.). Para Arioovich y Jiménez (2014) el CAPS representa el acceso y relación más próxima entre el sistema de salud y la comunidad porque ofrece una diversidad de servicios con un enfoque integral orientado a la familia y la comunidad. Está constituido por la compleja interacción entre los servicios de salud, la comunidad y las dinámicas de un

territorio en particular. Tal interacción configura una trama que delimita las características de los procesos de atención de salud. Como participantes de este entramado, los trabajadores de salud reciben demandas, administran y distribuyen prestaciones, mientras que los residentes realizan distintas estrategias de acceso y de utilización de los servicios ofrecidos.

La accesibilidad de la comunidad al sistema de salud es un pilar fundamental para la Atención Primaria de la Salud (D'Agostino y Veloz, 2021). La accesibilidad tiene tres dimensiones que contribuyen a una distribución social equitativa en el acceso a los servicios de salud. La primera es disponibilidad, alude a la existencia de recursos humanos y materiales suficientes para responder a las necesidades de la salud de la población; la segunda es accesibilidad, refiere a la existencia de medios para acceder a los servicios en cuestión, los cuales deben responder a las necesidades y valores de los usuarios para que estos los utilicen apropiadamente; y por último, la dimensión sobre la que se centrará esta investigación es la *aceptabilidad* de los servicios que se enfoca en la satisfacción según sus preferencias y expectativas, que manifiestan los usuarios a partir de sus experiencias de accesibilidad al CAPS. (Wallace y Enriquez Haas, 2001).

Las experiencias son procesos socio-históricos complejos y dinámicos, individuales y colectivos que son vividas por personas. Son procesos vitales en permanente movimiento que combinan un conjunto de dimensiones objetivas y subjetivas de la realidad histórico-social. Entre estas dimensiones se encuentran las condiciones del contexto económico, político y social en el cual se hace la experiencia. También, la particularidad de las circunstancias, espacio y lugar donde se lleva a cabo. En la experiencia se manifiestan las percepciones, expectativas, preferencias, valoraciones de las personas protagonistas de la misma. Está constituida por acciones u omisiones de las personas y producen como efecto la modificación de elementos existentes anteriormente. La interrelación de estas dimensiones genera reacciones en las personas que intervienen, las cuales construyen relaciones personales y sociales entre ellas. En otras palabras, las personas en contextos y situaciones determinados pensamos, sentimos y hacemos, desde nuestras valoraciones y expectativas, y al hacerlo se construyen nuevos contextos, situaciones y relaciones (Jara, 2009).

Las experiencias de accesibilidad acontecen en las prácticas de reproducción ampliada de la vida, entendidas como el consumo, trabajo, ocio, espacio vivido y servicios urbanos, la recepción de políticas sociales, el acceso a sistema educativo y de salud, la participación socio-política, que las personas resuelven a partir de su condición estructural (Soldano, 2018).

Observar cómo las personas viven y transitan el proceso de salud-enfermedad en su vida diaria, nos posibilita conocer sus necesidades en salud (Casallas Murillo, 2017).

Las necesidades son un componente inherente a la condición humana e incluyen tanto los deseos como las valoraciones de los sujetos. Se refieren a las condiciones óptimas para la reproducción biológica y social de las personas. Son reconocidas como derechos universales y, por lo tanto, no pueden entenderse únicamente como carencias ni como meras demandas de los consumidores basadas en preferencias individuales (Rozas Pagaza, 2001).

Las personas a partir de sus prácticas cotidianas y sus necesidades en salud construyen sus preferencias, expectativas, razonamientos evaluativos y criterios sobre el Estado, las políticas públicas y sus experiencias de accesibilidad.

Las experiencias de accesibilidad a la política pública CAPS reflejan el modo en que la comunidad vive su proceso de salud-enfermedad y ejercen su derecho a la atención en salud.

Ferrara Floreal (s.f.) concibe a la salud-enfermedad como procesos con caracteres históricos sociales. Posee historicidad porque está determinado socialmente, ya que las situaciones de salud-enfermedad se encuentran integradas a un sistema profundo y complejo, el sistema productivo, que genera la estructura básica desde la cual se crean las condiciones generales de salud-enfermedad.

Reconocer al proceso salud-enfermedad-atención como un hecho social significa: en primer lugar, que cambia en el tiempo; en segundo lugar, que depende de las condiciones materiales concretas y simbólicas. Pese a los límites impuestos por las condiciones materiales, las personas y las comunidades poseen diferentes grados de autonomía que permiten enfrentarlas (Hermann, 2008). Considerar a la salud-enfermedad como un hecho social no significa desconocer la dimensión biológica de las personas, sino comprender la realidad humana como mucho más compleja (Hermann, 2008). Por lo tanto, se sostiene que la salud es un objeto construido y transformado cultural, político, social e históricamente como resultado de la existencia humana (Casallas Murillo, 2017).

En síntesis, podemos afirmar que el concepto de salud es una construcción cultural, histórica, social y subjetiva, con múltiples determinaciones sociales y que se ha modificado a lo largo del tiempo. De manera simultánea cambia y adquiere diferentes significados según la comunidad y el contexto determinado.

1.2 Metodología, Enfoque y Técnicas de Investigación

El objeto de estudio y objetivos perseguidos condujeron a la elección de una metodología cualitativa, ya que permite la comprensión de los acontecimientos sociales e interpretar la perspectiva de los sujetos con quienes y para quienes se realiza la investigación (Schettini & Cortazzo, 2016).

En el proceso de investigación se adoptó un diseño flexible, concebido como un proceso dinámico, que se abre a la posibilidad de transformaciones para captar aspectos que resulten relevantes durante el proceso de investigación (Mendizábal, 2006).

El primer acercamiento al escenario de investigación se produjo en el marco del proceso de prácticas preprofesionales de Licenciatura en Trabajo Social llevado a cabo en el CAPS Las Delicias durante los años 2021 y 2022. Dichas prácticas se llevaron a cabo en el contexto del proyecto “Espacio de abordaje emocional: Podemos hablar³”, del cual formé parte en el período mencionado, lo que permitió una inmersión progresiva en el campo de estudio y el establecimiento de contactos clave.

A fines del año 2023, una vez aprobado el diseño del Proyecto de Tesina, se afrontó un primer desafío, construir una nueva aproximación al territorio. En esta ocasión, el acercamiento no se produjo desde el rol de practicante en el marco de las prácticas preprofesionales, sino desde una nueva posición como investigadora, lo cual implicó reformular los modos de interacción como mi posicionamiento en el campo.

En cuanto al instrumento, se realizaron entrevistas semiestructuradas, en las que los entrevistados son expuestos a las mismas preguntas, sin forzar el eje y orden de las mismas (Schettini y Cortazzo, 2016).

Los criterios de selección de los entrevistados fueron tomados a partir del trabajo de acercamiento al campo y la participación en entrevistas realizadas en el marco del CAI+D (2019)⁴, a profesionales de la salud que trabajan en otros CAPS que se encuentran en la misma área testigo que se ubica el objeto de esta investigación. Por un lado, se seleccionaron como parte de los entrevistados a la comunidad que reside actualmente en el área de cobertura correspondiente al CAPS Las Delicias. Su inclusión se fundamenta en el interés central de la

³ El proyecto “Espacio de abordaje emocional: Podemos Hablar” se configuró como un espacio de intervención destinado a niñas, niños y adolescentes, orientado a favorecer el reconocimiento y la expresión de las emociones, así como a problematizar situaciones de violencia mediante estrategias lúdicas y didácticas. De manera transversal, se abordaron los vínculos sociales y se promovió la articulación con el CAPS Las Delicias como ámbito de referencia ante situaciones de vulnerabilidad. Las intervenciones se desarrollaron desde una perspectiva de género y de Educación Sexual Integral (ESI). El espacio consistía en encuentros presenciales de carácter semanal llevados a cabo en el CAPS, siendo planificados por las practicantes en articulación con la referente institucional y con las docentes a cargo de las asignaturas “Trabajo Social-Desafíos en el escenario de la post-reconceptualización” en 2021 y “Debates contemporáneos del Trabajo Social” en 2022, de la FCJS, UNL.

⁴ El CAI+D corresponde al proyecto “Ciudadanía, territorio y subjetividad en las periferias de ciudades intermedias. Ciudad de Santa Fe (2001–2019)”, centrado en la comprensión de los procesos de construcción de ciudadanía en áreas periféricas, tomando como caso de estudio la periferia noroeste de la ciudad de Santa Fe. El proyecto analiza la intervención estatal en las condiciones y modos de vida de la población, así como las experiencias cotidianas de los residentes en relación con las políticas sociales y urbanas y las instituciones estatales presentes en el territorio. La dirección del proyecto se encuentra a cargo de Daniela Soldano, con la co-dirección de Diego Beretta, y cuenta con la participación de investigadores-docentes de la UNL, así como de investigadores del campo del Trabajo Social y estudiantes. La presente tesina se inscribe en el objeto de estudio del mencionado proyecto.

investigación por analizar las experiencias de accesibilidad al CAPS por parte de la comunidad y comprender su aceptabilidad.

Para que la muestra sea significativa y adquiera profundidad, se tuvo en cuenta los siguientes criterios de selección: atributos heterogéneos de las personas en torno a edades, género, sexo, composición del grupo conviviente y ubicación de las viviendas en la zona testigo. Estos atributos permiten observar la diversidad de prácticas de reproducción ampliada de la vida, así como la exposición diferenciada a riesgos de salud y la presencia de diversas necesidades de salud.

El total de la muestra estuvo conformada por 13 participantes, con un rango etario de 25 a 66 años. Para ver más datos véase el cuadro “Entrevistas”.

Entrevistas							
Entrevista	Edad	Género	Sexo	Grupo conviviente	Rol en el grupo conviviente	Trabajos e ingresos	Ubicación de residencia
Entrevista I	67 años	Femenino	Femenino	Hijo de 29 años	Principal proveedora de ingresos	Jubilada, atención en Centro de jubilados y trabajo doméstico no remunerado	Las Delicias
Entrevista II	66 años	Femenino	Femenino	Hija de 30 años y nieto de 5 años	Comparte la provisión de ingresos con su hija	Jubilada, trabaja elaborando prendas de tejido artesanal y trabajo doméstico- de cuidado no remunerado	Las Delicias
Entrevista III	53 años	Femenino	Femenino	Hija de 17 años	Principal proveedora de ingresos	Cuidadora en hogares de personas mayores, empleada doméstica y trabajo doméstico no remunerado	29 de Abril II
Entrevista IV	52 años	Masculino	Masculino	Esposa de 50 años	Principal proveedor de ingresos	Constructor de aberturas de aluminio	Las Delicias
Entrevista V	25 años	Masculino	Masculino	Pareja de 24 años	Principal proveedor de ingresos	Constructor de aberturas de aluminio y mecánico de motos	Altos del Valle
Entrevista VI	33 años	Femenino	Femenino	Pareja e hija de 8 años	Comparte la provisión de ingresos con su pareja	Realiza múltiples tareas en carpintería familiar y trabajo doméstico remunerado y no remunerado	Altos del Valle
Entrevista VII	53 años	Femenino	Femenino	Pareja de 55 años	Proveedora de cuidados y tareas domésticas	Colabora con el trabajo de su esposo y realiza trabajo doméstico- de cuidado no remunerado	Altos del Valle
Entrevista VIII	28 años	Masculino	Masculino	Alterna entre: Grupo conviviente A: Pareja, suegra y suegro. Y, grupo conviviente B: abuela	Comparte la provisión de ingresos con sus convivientes	Albañil, ayudante de mecánico y ayudante de metalúrgico	Grupo conviviente A: Coronel Dorrego. Grupo conviviente B: 29 de Abril II.
Entrevista IX	27 años	Femenino	Femenino	Pareja de 27 años	Comparte la provisión de ingresos con su pareja	Enfermera, manicura y realiza tareas domésticas no remuneradas	Altos del Valle
Entrevista X	31 años	Masculino	Masculino	Madre de 50 años, padre de 57 años y hermanas de 33, 26 y 17 años	Comparte la provisión de ingresos con sus convivientes	Albañil y changarin	29 de Abril
Entrevista XI	30 años	Femenino	Femenino	Hijas de 11 y 9 años	Proveedora de cuidados y tareas domésticas	Tareas domésticas y de cuidado remuneradas y no remunerado	Las Delicias
Entrevista XII	32 años	Femenino	Femenino	Hijas de: 13, 9 y 8 años. Y, un hijo de 5 años	Proveedora de ingresos y cuidados	Producción y venta de comidas caseras y tareas del cuidado no remuneradas	29 de Abril
Entrevista XIII	62 años	Masculino	Masculino	Solo	Principal proveedor de ingresos	Gasista	29 de abril

Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas.

Los datos de las entrevistas se transcribieron y analizaron, siguiendo a Díaz, R. y Badano, M. (2014) se identificaron las frases significativas de los entrevistados y se establecieron relaciones con el tema investigado, para construir las categorías de significación. Además, se identificaron las categorías temáticas, es decir los tópicos sobre los que se habla. En la descripción analítica de las entrevistas, se consideraron los modos y categorías de sentido.

En otras palabras, una vez desgravadas las entrevistas se operó sobre temas y modos. De acuerdo al objeto de estudio planteado en este estudio y el conocimiento adquirido tanto en las prácticas académicas como en la participación del CAI+D, se seleccionaron las siguientes categorías temáticas: las prácticas de reproducción ampliada de la vida, necesidades en salud, experiencias en relación al CAPS, proceso de atención (tiempos de espera, motivos de consultas, frecuencia, información y tratamientos, acceso a medicamentos, vínculo profesional paciente), preferencias, expectativas y criterios en torno a la atención y aceptabilidad, entre ellos la cercanía territorial y el estado edilicio, e interrogantes.

Cada tema está ligado a modos o categorías de sentidos. Estos últimos son significantes, oraciones cortas, expresiones en las que se densifica el sentido y se personaliza el punto de vista. Por lo tanto, el tema está ligado a un significante y no a otro, para la persona entrevistada. La relación entre el significante en uso y el significado que se construye no es azarosa (Díaz y Badano, 2014).

Se utilizó un cuadro donde se articulan modos o categorías significativas (frases de la entrevista) con las categorías temáticas mencionadas, teniendo como eje el objeto de estudio. Una vez realizada esta operación, se procedió a construir una descripción analítica.

Por otro lado, se seleccionaron a trabajadores del Centro de Salud como informantes claves, concebidos como personas respetadas y conocedoras del objeto a investigar, que proporcionan una comprensión profunda del escenario. Teniendo en cuenta que la investigación está limitada en tiempo y alcances, los informantes claves pueden completar los conocimientos del investigador sobre lo que sucede cuando él no se encuentra presente (Taylor y Bogdan, 1984).

Estos informantes participaron de entrevistas semiestructuradas, orientadas a indagar sobre la organización, la distribución de horarios y otros aspectos vinculados al funcionamiento y organización del CAPS Las Delicias. Además, aportaron información valiosa en relación a las necesidades y demandas de la comunidad, así como respecto de las problemáticas que identifican en su práctica cotidiana en el territorio.

Es preciso señalar que, durante el proceso de aproximación al trabajo de campo surgieron distintos aspectos que no fueron contemplados en el diseño de la Tesina, lo cual exigió una constante revisión y ajuste de las estrategias metodológicas previstas. Uno de los aspectos más significativos fue la necesidad de establecer vínculos con nuevos informantes claves. Esta situación imprevista puede comprenderse a partir del carácter dinámico y mutable de los lugares, la cual forma parte de los procesos de investigación.

Esta tesina se sitúa en un lugar, entendido como espacios dotados de significados por las personas que están ligados con ellos de diferentes maneras y tienen una localización significativa. Estos espacios, están en constante movimiento, es decir que se encuentran en permanente transformación y resignificación (Ramirez Velazquez y Lopez Levi, 2015).

En este sentido, las decisiones adoptadas por el gobierno provincial, centradas en políticas de ajuste fiscal, recorte del gasto público y mayor control estatal (Curioni, 2024), acompañadas de un significativo incremento en las tarifas de servicios básicos, han tenido consecuencias regresivas sobre las condiciones de vida de la comunidad, sobre todo en los territorios más vulnerables⁵, como el espacio en el que se sitúa esta investigación.

En esta coyuntura se produjeron distintas situaciones conflictivas que los llevó a trabajadores del CAPS tomar la decisión de desvincularse del mismo.

Por tal motivo, fue necesario adoptar una serie de decisiones. En primer lugar, se procedió a realizar un nuevo acercamiento al CAPS, con el objetivo de obtener el consentimiento y la conformidad de los trabajadores de salud incorporados para llevar a cabo observaciones y entrevistas en el marco del trabajo de campo. En total se realizaron dos entrevistas, una a la Trabajadora Social y otra a quien realiza servicio de limpieza. La información obtenida permitió actualizar y profundizar los datos adquiridos durante los dos años de prácticas preprofesionales.

Del mismo modo, el CAPS se constituye en un lugar clave para la observación, ya que permitió describir dinámicas de vinculación entre la comunidad y trabajadores de salud, los tiempos de espera, el uso de los espacios, entre otros. En total se llevaron a cabo tres observaciones participantes, en la cual el investigador asume un rol activo, participando de las actividades que realizan los sujetos que investiga (Schettini y Cortazzo, 2016). Las observaciones fueron distribuidas estratégicamente en distintos días de la semana y franjas horarias, y se centraron en el desarrollo de dos talleres grupales llevados a cabo por el CAPS:

⁵ Según el informe de “Situación socioalimentaria de las primeras infancias del cordón oeste de la ciudad de Santa Fe”, realizado por el Centro Cultural y de Estudios Demos, publicado en Pausa (2024).

el Taller de PAP (Papanicolau) y el Taller de Salud Mental, ambos seleccionados por su regularidad y por convocar a distintos grupos de personas.

Asimismo, con el fin de ampliar la comprensión del proceso de atención de salud que vive la comunidad, se realizaron observaciones en la sala de espera y de la puerta de entrada principal, entendida como un espacio de tránsito, encuentro y negociación (Stavrides, 2016), así como por fuera del CAPS.

A partir de las observaciones realizadas, se produjeron diversas notas de campo y se elaboraron registros sistemáticos, los cuales constituyeron insumos fundamentales para el desarrollo de la presente tesina.

Capítulo 2. El Campo de la Salud y la Atención Primaria de la Salud

2.1 Campo de la Salud Argentino

Rovere (2004) plantea que el campo de la salud es una construcción humana y un reflejo del grado de alianzas y disputas de los capitales de poder en nuestro país.

Este campo tuvo grandes transformaciones a lo largo del tiempo. En 1946 el gobierno Nacional Argentino crea la Secretaría de Salud Pública, a cargo de Ramón Carrillo⁶ utilizando como modelo de organización sanitaria nacional a las fuerzas armadas. Luego, se incorporan en 1949 a la Constitución Nacional los derechos sociales, concretándose el derecho a la salud y por ello se establece el deber del Estado de proveer y garantizar las prestaciones para hacerlo efectivo.

Carrillo reconocía que el derecho a la salud en tanto derecho-prestación precisaba una explicación de cómo se financiaría la estructura de servicios, ya que la salud pública requería de elementos materiales y humanos. Consideraba que la salud pública era una gran inversión y para su financiamiento propuso crear un impuesto sanitario, porque para garantizar su acceso a toda la población debía ser gratuito. La estructura hospitalaria pasó a ser predominantemente pública. A mediados de 1953 las contradicciones creadas por el crecimiento del ministerio y el éxito de su gestión hacen que renuncie.

⁶ Ramón Carrillo fue un médico sanitarista argentino, cuya trayectoria se caracterizó por una incorporar una concepción integral de la salud como derecho social. Fue designado Secretario de Salud Pública de la Nación en 1946, durante la presidencia de Juan Domingo Perón y en 1949 se convirtió en el primer Ministro de Salud Pública de la Argentina. Desde ese cargo impulsó una profunda reorganización del sistema de salud nacional, basada en la planificación estatal, la expansión de la infraestructura hospitalaria y el fortalecimiento de políticas preventivas, vinculando los procesos de salud-enfermedad con las condiciones sociales y económicas de la población (Agüero, s. f.).

En 1955 el golpe militar de la autodenominado Revolución Libertadora⁷, basó su gestión en la cooperación internacional excesiva, es decir que dependió de organismos internacionales para la toma de decisiones sobre la salud, rompiendo con la independencia resolutoria de los años anteriores.

Este gobierno antidemocrático siguiendo con su afán de borrar todo símbolo que representara el gobierno peronista anterior, por un lado, derogó la Constitución Nacional de 1949 creada bajo el gobierno de Perón⁸, y por el otro, intentó desarmar la estructura hospitalaria pública nacional, pero ésta era tan fuerte y compleja que, con apoyo de la Organización Panamericana de Salud (OPS) y de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en 1957 optaron por transferir a las provincias y municipios las infraestructuras, funciones, gobernabilidad, competencias, entre otras de la salud pública nacional y estimular el sector privado de salud. En resumen, arrasaron con los logros alcanzados por Carrillo y su ideal de salud pública nacional para todos.

Este período argentino está marcado por una sucesión de gobiernos militares y gobiernos civiles debilitados, este vaivén entre tipos de gobiernos se vio reflejado en la transferencia constante de responsabilidades de salud entre provincia y nación, debido a que los servicios de salud nacionales eran transferidos a las provincias y municipios bajo las dictaduras y vueltos a la esfera nacional en los gobiernos democráticos. Esta política de transferencia generó el desmantelamiento de los servicios asistenciales nacionales y una sensación de caos e incertidumbre ante la falta de presupuesto, dotación de personal y renovación de equipos técnicos.

Es necesario destacar que en 1957 se crea la obra social de la provincia de Buenos Aires llamada Instituto de Obra Médico Asistencial, lo destacable es que se basaba en un sistema de salud solidario y una distribución equitativa de los servicios donde todos reciben la misma cobertura pese a que aportaran de modo diferencial.

⁷ Revolución Libertadora es la autodenominación del régimen de facto instaurado tras el golpe de Estado del año 1955, mediante el cual las Fuerzas Armadas argentinas derrocaron al gobierno constitucional de Juan Domingo Perón. Dicho régimen procedió a la disolución de las instituciones democráticas, la proscripción del peronismo y la intervención de los poderes provinciales, municipales y universitarios, asumiendo además el control del Poder Judicial. Esta dictadura fue encabezada por el general Lonardi, quien posteriormente fue reemplazado por el general Aramburu (Gayubas, 2025).

⁸ Juan Domingo Perón fue un militar y dirigente político argentino, electo presidente de la Nación en 1946, 1951 y 1973, cuyo liderazgo dio origen al peronismo como movimiento político. Durante sus gobiernos promovió políticas de justicia social, ampliación de derechos laborales y fortalecimiento del rol del Estado, así como la consolidación del sistema de seguridad social y del movimiento sindical. Tras ser derrocado en 1955, permaneció proscripido y en el exilio hasta su retorno y reelección en 1973 (Instituto Nacional Juan Domingo Perón, s. f.)

A comienzos de los años 1960 en Argentina se crea la Escuela de Salud Pública de Buenos Aires dando inicio a la época de tecnificación. Durante los gobiernos de Frondizi⁹, Illia¹⁰ y Onganía¹¹ la construcción técnica de la salud pública tiene su mayor auge y se crean las bases del funcionamiento del sistema de seguridad social, muchas de las cuales aún siguen en vigencia, como lo son la Ley de Obras Sociales y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

Otra modificación destacable en el campo de la salud sucedió en 1970 cuando para consolidar el modelo de obras sociales del país se crea en Buenos Aires el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) por ley de facto 18.610. Esta ley establecía la obligatoriedad de afiliación del trabajador a la obra social del ramo y los aportes obligatorios de empleados y trabajadores independientemente de su afiliación sindical. El INOS es el primer organismo de coordinación y control de obras sociales. En 1971 se crea PAMI y en 1974 durante el gobierno de Perón se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS); estos avances en la búsqueda de la consolidación de un sistema de salud público se vieron opacados ante un nuevo golpe militar.

El gobierno de facto llamado Proceso de Reorganización Nacional¹² tenía una marcada ideología liberal que impregnó todas sus políticas, inclusive las de salud. En este momento, se realiza la transferencia definitiva de las responsabilidades de hospitales nacionales a las provincias sin financiamiento y en relación a la seguridad social se crean leyes que regulan la actividad sindical en un intento de eliminar el protagonismo de los sindicatos en las obras sociales.

En Santa Fe, esta descentralización de la salud, derivó en una disminución de la capacidad del subsector público y profundizó el deterioro tanto edilicio como tecnológico (Gorrochategui, 2021).

⁹ La asunción de Arturo Frondizi a la presidencia en 1958, en representación de la Unión Cívica Radical Intransigente (UCRI), marcó el cierre del régimen de facto Revolución Libertadora, en un contexto político signado por la proscripción del peronismo (Gayubas, 2025).

¹⁰ Arturo Illia fue un presidente constitucional argentino, electo en 1963 como representante de la Unión Cívica Radical (UCR). Su mandato se extendió hasta 1966, cuando fue derrocado por un golpe de Estado encabezado por las Fuerzas Armadas (Anguita y Cecchini, 2021).

¹¹ Juan Carlos Onganía fue un general argentino que ejerció la presidencia de la Nación como gobernante de facto a partir de 1966, tras el golpe de Estado autodenominado “Revolución Argentina”, mediante el cual la junta militar derrocó al presidente constitucional Arturo Umberto Illia (Anguita y Cecchini, 2021).

¹² El Proceso de Reorganización Nacional fue la dictadura cívico-militar que gobernó la Argentina entre 1976 y 1983, instaurada tras el golpe de Estado de 1976 que derrocó al gobierno constitucional de María Estela Martínez de Perón. El régimen, conducido por una Junta Militar integrada por los comandantes en jefe de las Fuerzas Armadas (Videla, Massera y Agosti), se caracterizó por la suspensión del orden constitucional, la represión sistemática, el terrorismo de Estado y la implementación de un modelo económico neoliberal. Los crímenes cometidos durante este período han sido calificados como delitos de lesa humanidad, incluyendo la desaparición forzada de treinta mil personas y la apropiación de niños (Pigna, s. f.).

En 1978 Argentina adhiere a la estrategia propuesta por la Conferencia de Alma-Ata que proponía la Atención Primaria de la Salud, la creación de políticas públicas con participación ciudadana y la protección de la salud como derecho humano fundamental (Hermann, 2008). Podemos preguntarnos al respecto ¿Era posible una participación ciudadana en la construcción de políticas públicas bajo un gobierno antidemocrático? ¿Cómo asegurar el derecho a la salud ante un gobierno que planificó y ejecutó crímenes de lesa humanidad? Claramente aniquiló lo que por adherencia a la Conferencia de Alma-Ata garantizaba proteger, es por ello que, pese a esta adherencia, la modificación del campo de la salud recién se plantearía al culminar el gobierno de facto.

Por su parte, en la provincia de Santa Fe en 1979 comenzaron a delinearse las primeras políticas de APS, orientadas a grupos específicos y a territorios particulares del norte provincial, como fue el Programa Nacional de Salud Rural tecnológico, que en 1980 sería reemplazado por el Programa de atención Primaria de la Salud (Gorrochategui, 2021). Tras el retorno de la democracia en 1983 representada por la presidencia radical de Raúl Alfonsín¹³ (Rovere, 2004), en 1984, en el marco de la adhesión al Plan Nacional de APS, Santa Fe dictó la Resolución N.º 2612, con el objetivo de extender la cobertura de salud mediante la estrategia de Atención Primaria (Gorrochategui, 2021).

Rovere (2004) señala que en 1984 se pone en debate un nuevo proyecto de universalización e integración de salud nominado Seguro Nacional de Salud. Este último fue propuesto por el ministro Aldo Neri¹⁴, quien pretendía suplir la fragmentación del campo de la salud, debido a que el 30% de los argentinos no tenían ningún tipo de cobertura en salud. Este Seguro Nacional de Salud que cubriría a toda la población con el aporte solidario del Estado garantizando la misma salud para todos, fue sancionado como ley en 1988, sin embargo, nunca fue reglamentado y culminó con su abandono.

El Proyecto de Seguro Nacional de Salud fue la última vez que se puso en agenda política el debate sobre la universalidad del derecho a la salud en el país. Esto nos lleva a preguntarnos ¿Por qué no se puso más en debate la reforma del campo de salud? ¿Quiénes se

¹³ Raúl Alfonsín fue presidente de la Nación Argentina entre 1983 y 1989 y encabezó el proceso de restauración democrática tras la última dictadura militar (1976–1983). Su gobierno se destacó por la reafirmación del Estado de derecho y la promoción del Juicio a las Juntas Militares. No obstante, su presidencia estuvo atravesada por severas dificultades económicas, como la hiperinflación y la crisis de la deuda externa, que lo llevó a la entrega anticipada del poder (Fitz Patrick, Ruiz y Crucianelli, 2023).

¹⁴ Aldo Neri fue médico, diplomado en Salud Pública. En 1983 asumió como ministro de Salud y Acción Social durante el gobierno de Raúl Alfonsín, período en el cual impulsó el Programa Alimentario Nacional (PAN). Asimismo, se desempeñó como director de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires y fue diputado nacional por la Unión Cívica Radical (UCR), entre otros cargos de relevancia en la administración pública (Oggier, 2023).

benefician con la fragmentación de este campo? ¿A quiénes perjudica y qué capitales de poder poseen para visibilizar sus experiencias y demandas?

En ese período se comienza a consolidar en el país un fenómeno de alcance mundial, como lo es la globalización, dando paso a la aparición de discursos, ideas y propuestas neoliberales sostenidas por actores conservadores. La propuesta neoliberal sostenía que cierta desigualdad social era necesaria para el crecimiento económico de ciertos sectores. El Estado debía reducir su intervención y reducir su accionar a planes asistenciales para lograr el incremento de las relaciones de mercado (Hermann, 2008).

Rovere (2004) describe cómo la corriente neoconservadora se asentaría en el país durante la presidencia de Menem¹⁵ quien asume en 1989 tras la gran crisis hiperinflacionaria vivida. El presidente lejos de cumplir con sus propuestas de campaña política, su gobierno tuvo una fuerte impronta neoliberal y privatizadora de empresas públicas. Implementó un mecanismo de gobierno por decreto que deslegitima el poder legislativo y debilita las instituciones democráticas.

El sector salud santafesino también fue afectado por la gran crisis hiperinflacionaria de 1989. La suspensión de pagos por parte de Instituto Autárquico Provincial de Obra Social (IAPOS), los reclamos salariales, las renunciaciones colectivas, la interrupción de la cadena de pagos, el faltante de medicamentos e insumos esenciales y la acentuación del deterioro edilicio y técnico del subsector, afectó de manera crítica la capacidad operativa de los servicios de salud. Para afrontar esta situación, la provincia presentó un Plan Provincial de Emergencia con el propósito de reforzar la atención en los centros periféricos y priorizar las áreas materno infantiles en los hospitales (Gorrochategui, 2021).

Rovere (2004) plantea que en 1991 el área nacional de salud se crearon dispositivos como el Hospital de Autogestión por decreto y la libre elección de afiliación en las obras sociales. La apertura económica y el endeudamiento público para el financiamiento de las políticas sociales y sanitarias generó que los organismos multilaterales de créditos tuvieran poder en la segmentación de las políticas sociales del Ministerio de Salud. En resumen, entregó el país a capitales privados y extranjeros con la excusa de que eran más eficientes que la regulación estatal, desmantelando el Estado de Bienestar.

Acorde a la lógica neoliberal imperante en 1997 con el objetivo de lograr una mejor eficacia y funcionamiento de las obras sociales, se procede a su desregulación, ya que la

¹⁵ Carlos Menem, dirigente del Partido Justicialista, ejerció la presidencia de la Nación en dos períodos consecutivos, iniciados en 1989 y 1995. Su gestión se caracterizó por la orientación fuertemente neoliberal, que incluyó un amplio proceso de privatización de empresas públicas (Fitz Patrick, Ruiz y Crucianelli, 2023).

libertad de elección de afiliados sobre las obras sociales aumentaría la competencia entre prestadores privados y obras sociales haciendo más eficiente el sistema. Claramente, esta ilusión de eficiencia proveniente del libre mercado tuvo el resultado contrario al esperado, aumentando la desocupación y precarización laboral y su consecuente brecha entre ricos y pobres. Los derechos sociales se convirtieron en un bien de consumo.

En 1999 en el gobierno de la Alianza¹⁶ la situación socioeconómica del país lejos de mejorar tiende a agravarse ante la presión de los organismos internacionales para que el Estado pagara los préstamos contraídos por el gobierno anterior (Rovere, 2006).

La crisis de 2001 representó uno de los colapsos institucionales más profundos en la historia reciente de la Argentina. A fines de noviembre de ese año, la masiva retirada de depósitos del sistema bancario, facilitada por un esquema financiero que, en el marco de la convertibilidad, permitía la extracción de dólares a partir de depósitos en pesos, profundizó la fragilidad económica. Paralelamente, la negativa del Fondo Monetario Internacional a refinanciar la deuda externa o conceder un nuevo préstamo agravó la situación financiera del país. Frente a la intensificación de la corrida bancaria, el 2 de diciembre se dictó el Decreto N.º 1.570, que estableció un tope semanal de extracción de efectivo, medida que incrementó la conflictividad social y dio lugar a protestas y disturbios en diversas zonas urbanas (Santos, 2021).

El 13 de diciembre se produjo una huelga general, acompañada por episodios de saqueos a comercios y a supermercados. El 19 de diciembre, el presidente Fernando De la Rúa declaró el estado de sitio y ordenó el desalojo de los espacios públicos ocupados, lo que derivó en una represión estatal que tuvo como consecuencia personas fallecidas y otras heridas. El 20 de diciembre, ante la gran crisis (social, económica y política) y el estallido social, el presidente presentó su renuncia y abandonó la Casa Rosada en helicóptero, inaugurando un período de profunda inestabilidad política caracterizado por la sucesión de cinco presidentes en el transcurso de once días (Santos, 2021).

En este escenario, el desgranamiento progresivo de la salud llegó a su máxima expresión, donde el desabastecimiento de medicamentos y la falta de financiamiento de las

¹⁶ El gobierno de la Alianza por el Trabajo, la Justicia y la Educación, fue el resultado de una coalición política de centroizquierda conformada en 1997 entre la Unión Cívica Radical (UCR) y el Frente País Solidario (Frepasso). En las elecciones de 1999, la fórmula integrada por Fernando de la Rúa como presidente y Carlos “Chacho” Álvarez como vicepresidente resultó vencedora. Su gestión se desarrolló en un contexto de profunda crisis económica y social, marcada por el déficit fiscal, el endeudamiento externo, la recesión y el deterioro de las condiciones de vida. Este escenario derivó en la renuncia del vicepresidente Álvarez en el año 2000 y la posterior renuncia de De la Rúa el 20 de diciembre de 2001 (Piscetta, 2017).

obras sociales generó el traspaso masivo de pacientes a hospitales públicos ya desabastecidos, con deterioro de infraestructura no pudo responder a la demanda excesiva (Rovere, 2006).

La crisis se prolongó durante varios meses y tuvo impacto considerable en la desregulación de actividades productivas, la interrupción de pagos, la caída generalizada de empleo formal y la disminución de los ingresos laborales y previsionales (Santos, 2021). Esta situación dio a lugar a que, en 2002, persistan efectos significativos sobre las condiciones de vida y la salud de la población, observándose una intensificación de los nacimientos con bajo peso, la mortalidad infantil y materna. Como se ha demostrado, liberar la salud a las reglas del libre mercado sólo puede generar la reducción de accesibilidad de la población a su derecho a la salud (Rovere, 2006).

Todas estas transformaciones en el campo de la salud dieron paso a la conformación actual del campo de la salud. Es un campo mixto ya que se compone por tres sectores. Un sector es el público, que posee una lógica de universalidad y se subdivide en nación, provincia y municipio. Otro sector son las obras sociales, tienen una lógica solidaria ya que ofrece las mismas prestaciones a todos los afiliados independientemente de su aporte. Estas pueden ser nacionales, provinciales, universitarias, entre otras. Y, por último, el sector privado, que posee una heterogeneidad de prestaciones en cuanto a calidad y composición que son proporcionadas acorde a lo abonado (Spinelli, 2010).

Casallas Murillo (2017) afirma que la salud en los países occidentales ha sido representada por el modelo médico hegemónico, históricamente caracterizado por una visión positivista, marcadamente biológica y medicalizada, centrada en la enfermedad y no en la salud.

Spinelli (2010) caracteriza al campo de la salud argentino como complejo producto de la corrupción, estructuras administrativas arcaicas, bajas capacidades de gestión, etc.

Este país posee un gran gasto en efectores de salud, una extensa oferta asistencial y una elevada capacidad técnica. Sin embargo, esta caracterización varía entre las provincias y los municipios, ante las desigualdades existentes entre ellas, ya sea en el acceso a la atención, la cobertura prestacional, las capacidades institucionales, los marcos de regulación, los perfiles epidemiológicos, los recursos disponibles y el nivel de gasto.

Spinelli (2010) advierte que el gran capital económico invertido por el país en el campo de salud no condice con los indicadores de salud a nivel poblacional. Esto se debe en parte a que dicho gasto no se dirige a la prevención y promoción de la salud por medio de políticas públicas que disminuyan los impactos de determinantes de la salud en las personas, sino que se destinan para la cura de la enfermedad.

Esta política pública centrada en atención de la enfermedad deja traslucir la perspectiva biologicista adoptada por el Estado y de la cual se benefician principalmente los grandes capitales financieros (aseguradoras, laboratorios y clínicas).

En palabras de Spinelli (2010), en este campo se encuentra la fuerte presencia del capital financiero, los cuales desarrollan estrategias para no comprometerse con poblaciones sin capacidad de compra de seguros, con aquellos que requieran prestaciones de alto costo o padecen enfermedades crónicas. Enfermedades huérfanas o poco frecuentes, que afectan a un número reducido de personas (por lo general más vulnerables) como sífilis congénita, chagas, tuberculosis, tampoco son abordadas por estas industrias debido a vulnerabilidad de quienes las padecen, y a que no representan ganancias significativas ni para la industria farmacéutica ni para las clínicas, quedando bajo la responsabilidad del Estado.

Estas enfermedades son producto de problemas sociales, donde sus raíces son multicausales, desigualdades en distintas variables: sociales, alimentos, educación, agua potable, saneamiento, empleo. La presencia de estas viejas enfermedades en la actualidad no se debe a desconocimientos en sus controles o erradicación, sino a que afectan a sujetos sin acceso pleno a sus derechos, y que por lo tanto presentan mayores dificultades para que sus problemas sean incorporados en la agenda del Estado.

En nuestro país la Salud es considerada como un bien público esencial desde 1994 con la adhesión de pactos internacionales con jerarquía constitucional, en la cual el Estado se comprometió a asegurar salud a todos sus habitantes y financiar a través de prestadores estatales o privados para posibilitar el acceso a toda la población. Sin embargo, en el escenario actual organismos internacionales, representantes del gobierno y actores con importante repercusión social insisten en colocar las prácticas de salud como prácticas de mercado, donde el propósito es la expansión del dominio del capital económico, ya que solo se podría acceder a la salud quienes pueden pagarla, como un objeto vendible en el mercado y no como un derecho (Spinelli, 2010).

Las prácticas médicas no son ajenas a lo que pasa en la sociedad, a pesar de los avances técnicos, los pacientes están cada vez más descontentos con la atención que reciben, al igual que los trabajadores de salud quienes presentan frustración e insatisfacción en su trabajo (Chávez, 2017). La tan ansiada propuesta de Alma Ata en 1978 de “Salud para todos en el año 2000” quedó lejos de lograrse. Estas divergencias se relacionan, en gran medida, con las distintas concepciones de salud adoptadas a nivel nacional. En varios países, la APS fue reducida a la mera provisión de servicios asistenciales, sin integrar el abordaje de los

determinantes sociales de la salud ni asumir el compromiso estatal necesario para el diseño e implementación de políticas públicas orientadas a su transformación (Hermann, 2008).

Si bien, en Argentina logró cambios favorables en algunos indicadores generales de salud, la contradicción entre la promesa de igualdad del derecho a la salud y la desigualdad en las condiciones de acceso a dicho derecho, se refleja en la persistencia de problemas de salud en gran parte de población (Hermann, 2008).

Rovere (2004) manifiesta que el campo de la salud argentino se encuentra tan fragmentado como la sociedad que lo posee y que esta tendencia ha sido funcional para muchos actores sociales. Es necesario repensar el campo de la salud donde converjan mecanismos para garantizar una ciudadanía igualitaria para todos los habitantes del país, independientemente de sus determinantes sociales.

De este modo, se puede observar la fragmentación del campo de la salud como un espejo de la fragmentación social, donde las personas más vulnerables no tienen garantizado su derecho al acceso a la salud. Hoy es urgente debatir sobre el campo de la salud y afirmar la importancia de la centralidad del sector público nacional en la regulación de la salud (pública, obras sociales y privada). Para que las leyes de salud dejen de estar solo en el plano formal se requiere que sean acompañadas por instituciones, mecanismos y financiamientos que permitan efectivizarla.

2.2 Atención Primaria de la Salud

Barri y Escudero (2018) sostienen que la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el marco de la Conferencia de Alma-Ata de 1978, planteó un cambio paradigmático frente al modelo médico biomédico, tradicional y hegemónico vigente, cuya capacidad de respuesta se hallaba en crisis. Dicho cambio se refiere a la introducción del enfoque de Atención Primaria de la Salud (APS), al cual los Estados fueron convocados a adherirse.

Para Hermann (2008) la APS es una estrategia vertebradora de todo el sistema sanitario, y no únicamente un nivel de atención. Funciona como una guía sólida para la acción y la reflexión que debe adecuarse al contexto específico de cada territorio y a las necesidades de salud de su población. Su finalidad es contribuir a la conformación de un sistema de atención sanitaria con énfasis en el primer nivel de atención, orientado a promover la equidad y garantizar el derecho a la salud para toda la población.

Esta estrategia se refiere a la asistencia esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente validadas, socialmente aceptables y a costo sostenible. Busca garantizar el acceso universal a la salud para toda la comunidad, promoviendo su plena

participación en todas las etapas del desarrollo, fomentando el espíritu de responsabilidad y autodeterminación.

Este enfoque otorga prioridad a la multicausalidad que generan desequilibrios en los procesos salud-enfermedad, los cuales se encuentran estrechamente vinculados con las condiciones y los ambientes de vida, trabajo y desempleo de las comunidades (Barri y Escudero, 2018).

La APS propone los siguientes pilares: integralidad, accesibilidad, universalidad, equidad, participación comunitaria, acción intersectorial, tecnologías básicas científicamente válidas y eficacia/costo (Hermann, 2008).

Argentina adhirió en 1978 a la estrategia de Atención Primaria de la Salud, sin embargo, dado que en ese período el país se encontraba bajo un gobierno de facto, dicha adhesión tuvo un carácter meramente formal y no se tradujo en transformaciones sustantivas. La posibilidad de impulsar una reconfiguración del campo de la salud orientada por los principios de la APS comenzó a plantearse recién tras la finalización del régimen dictatorial (Hermann, 2008).

Gorrochategui (2021), expresa que, en la provincia de Santa Fe, en 1979 comenzaron a delinearse las primeras políticas de APS, eran más bien intervenciones selectivas orientadas a grupos y territorios determinados. Su antecedente directo fue el Programa Nacional de Salud Rural, el cual tenía como propósito garantizar un conjunto básico de prestaciones sanitarias y establecer mecanismos de articulación que posibilitaran la derivación oportuna de la población hacia servicios de mayor complejidad. Su implementación se orientó principalmente a comunidades de hasta 2.000 habitantes del norte provincial, caracterizadas por registrar elevadas tasas de mortalidad infantil.

En 1980 el Programa de Salud Rural fue reemplazado por el Programa de Atención Primaria de la Salud, el cual retomó los principios conceptuales, las estrategias de intervención y la estructura de conducción de su antecesor. Si bien preservó su orientación hacia la salud materno-infantil y las enfermedades infectocontagiosas, así como los instrumentos utilizados en el Programa de Salud Rural, la política redefinió su ámbito de aplicación, trasladándose a las áreas urbanas y suburbanas de las ciudades de Rosario y Santa Fe. Su propósito consistió en ampliar la cobertura destinada a la población residente en villas de emergencia, mediante la implementación de acciones preventivas y reparadoras en el ámbito sanitario, promoviendo la participación comunitaria y la articulación intersectorial.

A partir de 1984, el gobierno provincial puso en marcha una política de regionalización sanitaria que integró dispositivos originados durante el período dictatorial, las Áreas de Salud y el Programa de APS. Esta estrategia procuró vincular la atención territorial con los hospitales

de mayor complejidad y ordenar el campo de la salud provincial según niveles de complejidad crecientes. Con el fin de avanzar en esta “territorialización” de la atención, se amplió el cuerpo de agentes sanitarios incorporados por el programa de APS.

A mediados de 1987, si bien el gobierno provincial puso en funcionamiento algunos centros territoriales de atención médica en la ciudad de Santa Fe, la expansión de la oferta pública durante este período se vio significativamente restringida por el contexto de crisis económica que atravesaba todo el país

En 1995, el Ministerio de Salud de la Nación puso en marcha el Programa de Reforma del Sector Salud, orientado a reestructurar los sistemas de aseguramiento y la atención primaria. La provincia de Santa Fe fue una de las pocas que avanzó en esta dirección.

El 29 de abril de 2003, bajo el la presidencia de Eduardo Duhalde y la gobernación de Carlos Reutemann en Santa Fe, irrumpe la inundación del río Salado, acontecimiento que conmocionó profundamente a la ciudad de Santa Fe (Gorrochategui, 2021). Aproximadamente un tercio de la ciudad de Santa Fe fue cubierto bajo las aguas del río Salado, generando que miles de residentes abandonaran sus hogares y la pérdida de bienes materiales y de vidas. La actuación negligente de las autoridades quedó en evidencia ante la ausencia de alertas tempranas por parte de los gobiernos provincial y municipal, la falta de un plan de emergencia y la minimización de la gravedad de la situación hasta instancias críticas. A ello se sumó que el entonces intendente, Marcelo Álvarez, comunicó públicamente que los barrios del sudoeste no debían evacuarse ya que no se verían afectados, afirmación que fue desmentida por los hechos y que expuso a cientos de personas a una situación riesgosa (Guerrero, 2023).

La inundación tuvo un impacto significativo en la salud de la población. Tras el descenso de las aguas, la contaminación ambiental, la acumulación de residuos, las condiciones de hacinamiento y la falta de higiene favorecieron la aparición de focos infecciosos y la propagación de enfermedades. En los meses posteriores se registraron diversas afecciones físicas y psicosociales, incluyendo enfermedades infecciosas, trastornos respiratorios y gastrointestinales, así como alteraciones en la salud mental (Castaños, 2023).

Resulta necesario remarcar que este hecho no constituyó un fenómeno natural inevitable, sino que ha sido caracterizado como un crimen hídrico, consecuencia de la ausencia de obras públicas. El impacto de la inundación, expresado en el sufrimiento y la pérdida de vidas, dejó una marca profunda en la trayectoria de vida de quienes la transitaron (Guerrero, 2023).

Siguiendo con el planteo de Gorrochategui (2021), la inundación operó, aunque de manera no prevista, como un impulso para el fortalecimiento de la oferta pública de servicios

de salud, particularmente en el primer nivel de atención. Hasta este evento, la oferta pública del primer nivel de atención se limitaba a servicios médicos, odontológicos y de enfermería, la cual se amplió incorporando a psicólogos, trabajadores sociales y agentes sanitarios. Se impulsó la coordinación de la APS y el trabajo interdisciplinario. Se destaca el Programa Vuelta a Casa, como una política que amplió la oferta pública. A mediados del 2005, se reestructuraron los efectores de salud que habían sido dañados por la inundación y se produjo un fortalecimiento de la atención territorial.

Por su parte, en el año 2007, durante el gobierno provincial de Hermes Binner, quien se constituyó en el primer gobernador de orientación socialista en la historia argentina, se crea un Plan estratégico provincial en la búsqueda de constituir un sistema integrado de salud basado en una red de atención, para ello se requería la participación ciudadana y la descentralización o regionalización, que consistió en la división de la provincia en regiones, cada una organizada en torno a un nodo.

El Plan estratégico estableció a la salud como un principio ordenador, concibiéndola como un derecho humano universal y fundamental, cuya garantía recae en el Estado. Asimismo, incorporó una perspectiva integral de la salud, orientada a la satisfacción de múltiples necesidades. Este modelo sanitario se estructuró en torno a los principios de universalidad, gratuidad, equidad y un marcado énfasis en la promoción de la salud.

En este marco, la APS se tomó como el eje ordenador del sistema sanitario. Bajo este enfoque, los servicios deben organizarse¹⁷ territorialmente y cada centro de salud debe asumir responsabilidad sobre un sector poblacional definido. Esta estrategia requiere, además, la conformación de una red amplia de servicios en el primer nivel de atención, la adopción de un enfoque basado en derechos, la ampliación de los mecanismos de captación poblacional para lograr cobertura universal, la provisión de internación domiciliaria, la implementación de medidas de protección selectiva para grupos en situación de riesgo y la ubicación de efectores en los espacios donde transcurre la vida cotidiana de la comunidad.

2.3 Centros de Atención Primaria de la Salud

Los efectores de salud pública se encuentran organizados territorialmente en cinco nodos, cada uno de los cuales cuenta con una ciudad nodo que actúa como centro de información, articulación y distribución de recursos y capacidades. La red sanitaria se

¹⁷ La organización del sistema de salud se desarrolla en el ítem siguiente, titulado “2.3. Centros de Atención Primaria de la Salud”.

estructura en distintos niveles de complejidad, definidos en función de las necesidades de atención de la población (Gobierno de la Provincia de Santa Fe, s. f.).

El primer nivel de atención está conformado por los Centros de Salud o Centros de Atención Primaria de la Salud, que constituyen el lugar de mayor proximidad con la comunidad. Su función principal es garantizar una atención sanitaria territorializada y accesible, sin contar con camas de internación. En el segundo nivel se ubican los Hospitales y SAMCO de baja y mediana complejidad, que brindan servicios diagnósticos y terapéuticos de mayor especialización. Finalmente, el tercer nivel comprende los Hospitales de alta complejidad, que representan el nivel más avanzado de la red y están destinados a la atención de patologías graves y procedimientos especializados. Los efectores de los distintos niveles trabajan de forma articulada para dar respuesta efectiva a las personas (Gobierno de la Provincia de Santa Fe, s. f.).

Como se ha señalado, la APS propone la conformación de un sistema de atención en salud centrado en el primer nivel de atención, es decir en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS). Esta investigación aborda la política pública de salud CAPS, ya que como efector de primer nivel mantiene una mayor proximidad con la comunidad y nos permite analizar las experiencias de accesibilidad y comprender la aceptabilidad que la comunidad de Las Delicias presta a este efector.

2.4 Centro de Atención Primaria de la Salud “Las Delicias”

El CAPS Las Delicias, es un efector de primer nivel de atención. Se encuentra ubicado geográficamente en Barrio Las Delicias, zona noroeste de la ciudad de Santa Fe. El mismo se encuentra a dos cuadras pavimentadas de la ruta, mientras el resto de las cuadras que rodean al Centro de Salud son de tierra y tienen numerosos pozos. Se accede a dicha zona solo a través de las líneas de colectivo n°10 y la de Monte Vera, esta última tiene un costo superior ya que no se considera transporte urbano. El CAPS está en cercanía de otras organizaciones como: la Vecinal Las Delicias, la Asociación Civil “Todo Por Vos”, la Iglesia Católica Sagrada Familia y algunas escuelas como la Escuela Primaria N°1341 “Esperanza Solidaria” y la Escuela Secundaria Orientada N°510 “La Esmeralda”.

Respecto a su origen, se desconoce una fecha o documento concreto que certifique su creación. Sin embargo, según relatos de vecinos y trabajadores del CAPS, se reconoce de manera informal que inicialmente se ubicaba en un tráiler en la Granja de la Esmeralda, donde funcionaba con un reducido equipo compuesto por un profesional médico y un enfermero. Luego, a partir del reclamo y petición de los vecinos del barrio para contar con una atención

en salud más cercana a sus hogares, el efector fue trasladado a su actual ubicación. El edificio en el que actualmente opera permanece en comodato con la vecinal barrial, la cual, al momento de su construcción, cedió una parte del espacio físico para que se traslade y funcione allí el CAPS. En la actualidad, la vecinal reclama el traslado del efector para reapropiarse de ese espacio, situación que ha generado un clima de conflictos y enfrentamientos.

En cuanto al diseño edilicio y espacialidad, el CAPS Las Delicias presenta una infraestructura sumamente reducida. Este efector dispone de tres salas de atención: una contigua a la puerta de entrada, otra al lado la primera y una tercera, ubicada frente al pasillo de espera, que constituye el espacio de mayor amplitud. Asimismo, cuenta con una cocina que actúa como boticario; dicho ambiente es de dimensiones muy acotadas, de 3x3 metros aproximadamente, y antecede al baño destinado exclusivamente al personal. Además, posee un pasillo que funciona como sala de espera y espacio de realización de talleres, equipado con un banco largo de madera y algunas sillas de plástico para el uso de las personas mientras esperan ser atendidos. Un baño usado como depósito de residuos patológicos, por lo tanto, su acceso al público se encuentra prohibido por orden Ministerial.

Dadas estas limitaciones espaciales, resulta fundamental la organización rigurosa de los horarios de atención entre los distintos profesionales, considerando que únicamente se dispone de tres consultorios. Esta planificación es indispensable para garantizar que cada persona reciba una atención personalizada en condiciones adecuadas de privacidad.

Por otro lado, la política sanitaria de la ciudad de Santa Fe depende, en gran medida, de la provincia. De los 44 Centros de Atención Primaria de la Salud de salud que integran el primer nivel de atención en la ciudad, 42 pertenecen a la órbita provincial, uno llamado Centro de Atención Primaria Municipal “Nuevo Horizonte” se encuentra bajo dependencia funcional de la Municipalidad, mientras que otro opera bajo el régimen SAMCo (Beretta et al., 2023).

El CAPS posee una dependencia provincial de la Región 4ta (Santa Fe) y no posee autonomía financiera ni presupuesto propio, siendo los gastos administrados por la sección regional y abonados por el ministerio. Las interconsultas o derivaciones son coordinadas con el CEMAFE y el Hospital Sayago es su farmacia de referencia. En casos que se necesite de algún recurso extraordinario, debe solicitarse por vía de excepción a la sección regional, lo que también sucede en el caso de solicitar al Hospital Sayago un medicamento que no esté contemplado dentro del plan Remediar o en la medicación regular que se solicita.

En cuanto a el área programática asignada al Centro de Atención Primaria de la Salud, se encuentran los vecinos del barrio “Las Delicias” y otros barrios aledaños, como lo son Altos del Valle, 29 de Abril I, 29 de Abril II, La Esmeralda, entre otros.

Este efector brinda sus servicios de lunes a viernes, en el horario comprendido entre las 7:00 y las 17:00 horas. El equipo que trabaja allí está constituido por dos médicas generalistas, las cuales realizan atención en pediatría y ginecología, una médica clínica, enfermeras, una psicóloga, una neurologa, una trabajadora social, un agente comunitario, dos administrativas y el servicio general.

La ausencia de un organigrama formal o documentación que defina el rol a desempeñar de cada profesional en forma individual y en sus interacciones, como también la ausencia de un coordinador general (puesto vacante) que establezca objetivos comunes, genera intersticios de libertad y autonomía. Para algunos trabajadores del CAPS estos espacios se traducen en una posibilidad de realizar prácticas interinstitucionales, interdisciplinarios y en equipo. Para otros, esos mismos intersticios de espacios de libertad y poder, dan lugar a que no quieran contribuir a trabajar en equipo, posibilitando una atención de salud segmentada.

Asimismo, el CAPS cuenta con principios postulados en marcos normativos, que orientan la operativización de la organización de manera general. Entre ellos están: los Principios de Atención Primaria a la Salud, la Ley 26.529 de Derecho del Paciente en su relación con los Profesionales e Institución de la Salud y la Ley provincial 12.967 de Promoción y Protección Integral de los Niños, Niñas y Adolescentes, por la cual se adhiere a la Ley nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. La Ley 24.714 de Asignación Universal por Hijo (AUH), Ley 27.711 de Certificado Único de Discapacidad (CUD).

En cuanto a la Ley 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo, existen disidencias, ya que el personal médico como parte del personal de enfermería son objetoras de conciencia, por lo que se llegó a un acuerdo para que las personas accedan a los estudios necesarios para constatar el embarazo y luego se procede a la derivación a otro efector de salud.

Además, el Centro de Salud trabaja con el Programa Vacunate, que forma parte de los objetivos en relación a la prevención en ámbitos de salud. El Programa Santa Fe Más, que pretende acompañar a los jóvenes en su recorrido formativo y educativo brindándoles herramientas para la inserción en el mundo del trabajo. El Programa Sumar, tiene como objetivo profundizar el descenso de la tasa de mortalidad materno infantil, disminuir las muertes por cáncer de cuello de útero y de mama, así como cuidar la salud de las infancias y adolescentes de todo el país. El Programa Remediar, que contribuye a garantizar el derecho al acceso y cobertura a los medicamentos esenciales a través de la distribución directa a los Centros de Salud. El Programa Progresar, orientado a fortalecer las trayectorias educativas. Y, el Programa Alimentario Municipal, que consta en la entrega de bolsones de alimentos.

Puntualmente en el CAPS Las Delicias, se realizan abordajes interdisciplinarios entre los profesionales que conforman el equipo de trabajo. También entre otros centros de salud, hospitales y en articulación con organizaciones cercanas a las cuales asiste la comunidad. Además, se construyen abordajes intersectoriales con el Ministerio Público de Acusación, la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia, los servicios socioeducativos de la Región IV y la Mutual Ley N°5110.

Capítulo 3. Condiciones de Vida en el Territorio

3.1 Rasgos territoriales ¿Cómo es Vivir en el Barrio Las Delicias?

El Barrio Las Delicias, donde residen los sujetos centrales de esta investigación y donde se emplaza el CAPS, está situado en la periferia noreste de la ciudad de Santa Fe. Este barrio tuvo un origen rural y con el tiempo se consolidó como una zona semiurbana. Inicialmente, este territorio estaba constituido por amplias quintas agrícolas dedicadas al abastecimiento del mercado local. Luego, con la expansión de la frontera urbana hacia el norte, dichos terrenos destinados a la actividad agrícola fueron transformados en lotes para la construcción de viviendas, motivados por el crecimiento de la demanda inmobiliaria y la mejora de las infraestructuras de comunicación, como la Avenida Aristóbulo del Valle, que favoreció la conectividad de la zona con otras áreas (Santa Fe Mi Barrio, n.f.).

La urbanización del barrio fue un proceso gradual que abarcó desde mediados del siglo XX hasta las primeras décadas del siglo XXI. En los años 1970, comenzaron a desarrollarse los primeros loteos urbanos en la zona, promoviendo una mayor densificación poblacional y con ella la incorporación de servicios básicos (Santa Fe Mi Barrio, n.f.).

A pesar del crecimiento demográfico y el proceso de urbanización experimentado por la zona en las últimas décadas, los servicios básicos no se han extendido de manera equitativa en el barrio (Santa Fe Mi Barrio, n.f.). En palabras de la Entrevistada L.: “Hay partes del barrio donde no tienen los servicios básicos” (Entrevista L., comunicación personal, 23 de agosto de 2024).

Aunque el servicio de electricidad llegó en etapas tempranas, el acceso al agua potable se concretó sólo en algunas zonas recién a mediados del 2007, por medio del programa municipal “Agua + Trabajo” y en otras zonas, dichos accesos a servicios siguen estando pendientes (Santa Fe Mi Barrio, n.f.).

La falta de alumbrado público y servicio de electricidad en parte del barrio, por un lado, no permite la conservación de alimentos frescos y medicación que requiere refrigeración. Por

el otro, expone a las personas a la inseguridad, como menciona una entrevistada: “[...] inseguridad, a la mañana cuando uno ingresa al centro de salud hay partes oscuras” (Entrevista L., comunicación personal, 23 de agosto de 2024).

De este modo, la ausencia de electricidad y, en particular, de alumbrado público en el barrio, no sólo compromete las condiciones de habitabilidad, sino que también incrementa el riesgo a sufrir hechos de inseguridad. Esta situación se agrava durante los meses de invierno, cuando aún está oscuro en los horarios en que muchas personas deben salir de sus hogares para dirigirse al trabajo, asistir a Centros de Salud, llevar a sus hijos a la escuela, entre otras.

Con respecto a ello, una de las personas entrevistadas manifestó su preocupación respecto a las condiciones del barrio, destacando la ausencia de servicios esenciales, “Todo lo que queremos es que sea para el barrio algo mejor, que podamos recuperar la limpieza, las luces que no tenemos, ¿viste? [...] tenemos el mismo asfalto que hace veintiséis años, desde que estamos viviendo acá el asfalto nunca fue arreglado. Las luces, no tenemos luces, el yuyal, todo eso” (Entrevista I., comunicación personal, 5 de abril de 2024).

En cuanto al acceso al agua potable, se observa que su provisión no abarca la totalidad del barrio. Incluso el Centro de Salud Las Delicias carece de conexión a una red de agua potable, ocupando en su lugar un sistema de agua de pozo. La falta de acceso universal a este recurso esencial evidencia una vulneración de derechos esenciales y expone a la comunidad a mayores riesgos de salud, dado que la disponibilidad de agua segura es fundamental para la prevención de enfermedades hídricas y para realizar prácticas higiénicas.

Asimismo, los servicios de cloacas y gas natural están ausentes, lo que repercute directamente en la calidad de vida de sus habitantes (Santa Fe Mi Barrio, n.f.). Ante la falta de un sistema de cloacas adecuado, los residentes deben recurrir a pozos sépticos, que incrementan el riesgo de contaminación de las fuentes de agua y el suelo, generando problemas de saneamiento. Y, en cuanto a la ausencia de acceso a gas natural, obliga a los vecinos a utilizar combustibles alternativos, como gas en garrafas, lo que representa una desventaja significativa en términos de costos y comodidad.

Por otro lado, la falta de pavimentación y la presencia de canales a cielo abierto sin un sistema adecuado de desagües pluviales han generado recurrentes problemas de anegamientos e inundaciones, particularmente en sectores como el Callejón El Sable (Santa Fe Mi Barrio, n.f.). La falta de pavimento no solo afecta el tránsito cotidiano, especialmente en épocas de lluvias, sino que también limita el acceso de vehículos de emergencia. A ello se suma el impacto ambiental y sanitario derivado de los canales a cielo abierto, que en muchos casos

actúan como focos de contaminación, acumulación de residuos y proliferación de enfermedades.

Este territorio se caracteriza por la escasez de espacios públicos verdes accesibles y de calidad (Soldano y Beretta, 2019). Este hecho incide en el bienestar de la comunidad, ya que éstos contribuyen al equilibrio ambiental, la promoción de la actividad física y el bienestar psicosocial.

Además, como resultado de la ausencia de un sistema regular de recolección de residuos sólidos urbanos el territorio posee microbasurales, entendidos como pequeños focos de basura a cielo abierto, no autorizados, que surgen en esquinas, plazas, baldíos y calles (Fundación Igualar, 2024). Si bien distintas organizaciones como las cuadrillas de limpieza del Movimiento Evita¹⁸ realizan tareas de limpieza y mantenimiento del pasto, su labor no alcanza para erradicar la presencia de los microbasurales que se han hecho parte del paisaje habitual del barrio. La exposición a estos microbasurales atraen a distintas plagas, genera olores desagradables, contamina las aguas y produce afecciones respiratorias debido a la quema de basura, en resumen, expone a los vecinos a riesgos ambientales y sanitarios.

Otro rasgo que caracteriza al barrio es el marcado contraste entre las viviendas. Mientras algunas casas edificadas reúnen las condiciones mínimas de habitabilidad, otras por sus características estructurales comprometen la seguridad y el bienestar de quienes las habitan. En muchos casos, varias familias cohabitan en unidades habitacionales reducidas, generalmente de un solo ambiente, lo que evidencia situaciones de hacinamiento.

Además, aún persisten viviendas construidas con bloques, las cuales fueron entregadas a las familias evacuadas al barrio luego de la trágica inundación del Río Salado en el 2003. Estas estructuras, destinadas a ser soluciones habitacionales temporales, continúan siendo utilizadas como residencia habitual, evidenciando la persistencia de necesidades habitacionales insatisfechas.

Las condiciones habitacionales de los residentes ya están causando efectos sobre la salud de las personas, esto se ve reflejado en la presencia de tuberculosis en personas cada vez más jóvenes. Como expresa una integrante del equipo de salud “[...] la tuberculosis antes era más en los adultos mayores, ahora se ve más en los adolescentes. Bueno, es un dato que me llamó la atención”. (Entrevista L., comunicación personal, 23 de agosto de 2024).

¹⁸ El Movimiento Evita es una organización social y política de alcance nacional en la Argentina creada a fines del 2004, que forma parte de la Unión de Trabajadores y Trabajadoras de la Economía Popular (UTEP). Se inscribe dentro de una tradición ideológica peronista, nacional, popular, federal y revolucionaria (Longa, 2019).

Esta enfermedad, suele propagarse con mayor facilidad en lugares de hacinamientos y poca ventilación, lo que evidencia su estrecha vinculación con las condiciones materiales de vida de las personas afectadas. En este sentido, es preciso reconocer que el proceso salud-enfermedad-atención tiene una dimensión biológica pero también social. Es social porque cambia en el tiempo y depende de las condiciones materiales simbólicas y concretas que atraviesan la vida de los sujetos. Como señala Hermann (2008), dos personas de la misma edad, que habitan una misma ciudad en un mismo momento histórico, no necesariamente se enferman de la misma manera, ya que sus condiciones materiales de vida limitan el espacio de lo posible y con ello sus posibilidades de bienestar y acceso a la salud.

En lo que respecta a los transportes públicos, el barrio sólo es accesible mediante las líneas de colectivo n.º 10 y la línea que conecta con Monte Vera. Sin embargo, la línea de Monte Vera presenta una particularidad significativa, es un servicio interurbano con tarifas superiores a las del transporte urbano convencional. Esta diferencia de tarifas y la escasa disponibilidad de transportes públicos urbanos dificulta el acceso no solo a efectores de salud de referencia, tales como CEMAFÉ y el Hospital Sayago, sino también a otras actividades fundamentales en la vida cotidiana de los habitantes del barrio, como el trabajo, la educación y el acceso a otras infraestructuras urbanas clave. En otras palabras, la limitada disponibilidad de transportes públicos restringe la conexión eficiente de la zona con el resto de la ciudad.

En resumidas cuentas, como afirman Soldano y Beretta (2019), el borde noroeste de la ciudad presenta una configuración urbana caracterizada por la insuficiente provisión de infraestructura y servicios esenciales, lo que impacta negativamente en la calidad de vida de la comunidad. La conectividad territorial se ve limitada por la precariedad y desarticulación de las vías de acceso, mientras que el tejido urbano presenta una estructura discontinua y fragmentada. A esto se suma una notable irregularidad en la tenencia de la tierra, una escasa disponibilidad de espacios verdes por habitante y un entorno ambiental deteriorado, tanto por la proliferación de microbasurales como de la proximidad al relleno sanitario

Sumado a ello, Durán y Andreozzi (2022) destacan que en esta zona una proporción significativa de la población presenta necesidades básicas insatisfechas, así como una limitada tenencia de determinadas tecnologías, teléfono de línea, computadora, heladera, entre otros. Estas condiciones de vida se reflejan, entre otros aspectos, en la reducida proporción de personas que alcanzan la vejez en comparación con la zona centro de la ciudad de Santa Fe.

Y, en cuanto a la educación, la población activa con nivel superior completo alcanza apenas un 3%. Este bajo nivel educativo puede vincularse a las condiciones de vida y con

distribución desigual de establecimientos educativos, cuya presencia en el noroeste es considerablemente menor (Durán y Andreozzi, 2022).

Los diversos rasgos que conforman el territorio, por un lado, contribuyen a su singularidad, lo que lo distingue de otros espacios. Y, por el otro, configuran en gran medida las condiciones de vida de las personas e influyen en sus procesos de salud-enfermedad, ya que el territorio incide sobre las probabilidades de desarrollar enfermedades, recuperarse y mantener el bienestar, dado que las condiciones ambientales y la disponibilidad de servicios esenciales son aspectos determinantes para la salud.

Los “determinantes sociales de la salud”, son un conjunto de variables (determinantes estructurales y condiciones de vida) que tienen el potencial para generar protección o daño a la salud, esto quiere decir que son condicionantes que determinan la salud (López Arellano, et al., 2008).

Cabe señalar que se han priorizado aquellos rasgos territoriales con mayor incidencia en la salud de la población, en tanto repercuten en la configuración de las necesidades y las experiencias de accesibilidad al derecho a la salud. Dichos aspectos fueron identificados a partir del análisis de los registros de campo y de las entrevistas realizadas. Ello no implica desconocer la existencia de otros rasgos territoriales que puedan afectar en las condiciones de vida de las personas residentes en este territorio, pero que, no han sido destacados por los entrevistados y por razones de delimitación temática adoptada, no han sido incluidas en el desarrollo de esta tesina.

3.2 Contexto. Vivir en Las Delicias Bajo la Presidencia de Milei y la Gobernación de Pullaro en Santa Fe

Existe un entrecruzamiento entre el contexto general que atraviesa Argentina y la provincia de Santa Fe con las singularidades del barrio. De este modo, los rasgos territoriales deben leerse como expresiones locales de procesos estructurales más amplios y no pueden ser analizados de manera aislada, en tanto se configuran en estrecha relación con el contexto que atraviesa el país y, particularmente, Santa Fe.

La asunción, en diciembre de 2023, de la coalición política Libertad Avanza representada por el actual presidente Javier Milei, significó el avance de un modelo de Estado basado en ideologías libertarias y anarcocapitalistas, estructurado en torno a la centralidad del libre mercado, el individualismo y la noción del sujeto como 'capital humano' (Zehringer, 2025).

Bajo el lema de la “motosierra”, el Estado, en primer lugar, se replegó a funciones mínimas transfiriendo responsabilidades sociales a provincias y municipios sin los recursos necesarios. En segundo lugar, elimina programas territoriales y retrocede en políticas de empleo, ciencia, educación y género (Carpio, 2025).

En tercer lugar, crea el Ministerio de Capital Humano, uno de los cambios institucionales más relevantes, que concentró funciones anteriormente distribuidas en distintos Ministerios. Esta creación respondió a una lógica de reorganización administrativa que estuvo acompañada por un cambio ideológico en el diseño de las políticas públicas enfocado en la reducción de costos (Schipani et al., 2025). De allí, que en la redefinición de estas políticas se priorizó criterios de eficiencia técnica y sostenibilidad presupuestaria por sobre consideraciones de equidad o justicia social (Zehringer, 2025).

El nuevo paradigma de las políticas sociales, está caracterizado por la adopción de un enfoque de intervención estatal mínima, focalizada y condicionada, que reemplazó políticas de carácter universal y comunitarias por dispositivos de asistencia individualizados y meritocráticos (Zehringer, 2025).

Las políticas sociales no contributivas fueron especialmente afectadas por el ajuste fiscal que experimentó el país. Se reemplazaron esquemas colectivos por transferencias directas, por lo que programas como PROGRESAR y Potenciar Trabajo sufrieron recortes profundos y las transferencias directas como la AUH y la Tarjeta Alimentar fueron potenciadas (Schipani et al., 2025). Al mismo tiempo que se eliminaron políticas territoriales y con ella el vínculo con organizaciones sociales que operaban como redes de contención territorial (Carpio, 2025).

Este giro en las políticas públicas impacta especialmente en jóvenes, adultos y jubilados, y agrava problemas como la pobreza infantil, la precariedad laboral, la informalidad y la movilidad social futura (Schipani et al., 2025).

Es indispensable señalar que una parte considerable de las personas entrevistadas en el marco de esta investigación se encuentran desempeñando actividades laborales en el marco de la informalidad, bajo condiciones precarias, inestables y con altos niveles de pluriempleo. Estas formas de inserción en el mercado laboral no sólo vulneran derechos fundamentales, al carecer de garantías básicas como la seguridad social, cobertura médica, licencias y aportes jubilatorios, sino que además conllevan serios riesgos para la salud física y mental de quienes las ejercen, producto de las largas jornadas, la sobreexigencias y la falta de regulación.

Por consiguiente, las políticas sociales han cumplido un rol central como mecanismo de contención, ya que, por un lado, ante la falta de ingresos estables para numerosos hogares

estas transferencias representaban el único ingreso asegurado, y, por el otro, promueven la autonomía de las personas, la justicia social y refuerzan el vínculo entre la comunidad y con organizaciones.

Comentaba una persona integrante del equipo de salud: “Por lo que más vienen ahora a preguntar las personas es por el tema de las asignaciones y los Programas como el Progresar. Algunos tenían los beneficios y después de la nada no los tuvieron más”. (Entrevista L., comunicación personal, 23 de agosto de 2024). El relato de la entrevistada permite visibilizar la situación de quienes cuentan con un ingreso regular en el marco de una política pública o participan activamente en un programa o capacitación laboral y que, de manera repentina y sin previo aviso, ven interrumpida la continuidad de dicha política. De lo expuesto se desprenden los siguientes interrogantes, ¿Qué posibilidades reales tendría una persona en esa situación de proyectar su vida a mediano o largo plazo? ¿Cómo se experimenta la vida cotidiana cuando predomina la incertidumbre sobre la posibilidad de satisfacer necesidades básicas al día siguiente?

La modificación o falta de continuidad y previsibilidad en las políticas sociales vulnera el derecho a una vida digna, en tanto profundiza la situación de vulnerabilidad e inseguridad socioeconómica en la que se encuentra la comunidad. Es decir, estas medidas agravan las desigualdades existentes, debilitando aún más sus condiciones de vida.

Deslegitimar estas políticas públicas implica ignorar el papel fundamental que tiene el Estado como garante de derechos sociales. El Estado debe actuar con responsabilidad y compromiso en la construcción de condiciones estructurales que permitan a toda la población acceder efectivamente a sus derechos.

En Santa Fe, el actual gobernador Maximiliano Pullaro, perteneciente al partido Unión Cívica Radical y en funciones desde 2023, ha adoptado, en consonancia con el gobierno nacional, una serie de políticas orientadas al ajuste fiscal, la reducción del gasto público y el fortalecimiento del control estatal (Curioni, 2024). Estas políticas, junto con un significativo incremento en las tarifas de servicios básicos y esenciales (como la electricidad, gas, agua, combustibles y transporte) han profundizado los niveles de pobreza, indigencia y crisis alimentaria, especialmente entre los sectores más vulnerables, tal como advierte un informe publicado por el Centro Cultural y de Estudios Demos (Pausa, 2024).

En este marco, se evidencia una reconfiguración del rol del Estado Nacional y Provincial, que, dejando atrás su faceta de protector social y garante de derechos, adopta predominantemente una función de control y coerción, como un Estado gendarme (Carballeda, 2024).

Las dinámicas de desigualdad, la precarización de las condiciones de vida, las políticas públicas de alcance limitado y los procesos de desinversión en infraestructura y servicios básicos inciden directamente en la conformación del territorio y en las posibilidades de acceso efectivo a derechos fundamentales, como el derecho a la salud.

Los efectos de estos modelos de gobiernos atraviesan las políticas públicas, las organizaciones y los actores sociales que interactúan dentro de ellas. Por lo que, conocer las maneras en que se accede al sistema de salud, se permanece y transita dentro de él se hace imprescindible.

Sin dudas, los rasgos territoriales, por un lado, develan cómo los vecinos están expuestos de manera diferencial a las crueles consecuencias que producen las políticas libertarias del actual gobierno sobre la vida de las personas; y por el otro, ponen al Centro de Salud en un lugar central, ya que como organización estatal de proximidad es crucial para la reproducción ampliada de la vida, el acceso al derecho de salud y promover mayores niveles de equidad en salud.

Capítulo 4. Trabajos, Ingresos y Organización del Cuidado

Las experiencias de accesibilidad a efectores de salud tienen lugar en el marco general de las prácticas de reproducción ampliada de la vida, las que implican al trabajo, al ocio, al consumo, a las vivencias del espacio y de los servicios urbanos, la recepción de políticas sociales, el acceso a los servicios sociales universales y la participación socio-política. Las personas “resuelven” los desafíos cotidianos de la vida con los recursos que ofrecen las condiciones estructurales que ocupan vis a vis sus preferencias, expectativas y juicios de valor que esgrimen sobre el Estado y la política pública (Soldano, 2018).

Para comprender la accesibilidad a los servicios de salud es clave incorporar el análisis de indicadores demográficos de género y edad ya que, por un lado, son en su mayoría mujeres en edades reproductivas quienes asisten a efectores de salud; y por el otro, porque estos indicadores son mediadores culturales, sociales y económicos de las experiencias que viven las personas en su rutina diaria y en su proceso de salud-enfermedad (Mario, citado en Piovani y Salvia, 2018).

El trabajo de campo permitió constatar una notable diferencia entre la cantidad de hombres y de mujeres que asisten al CAPS. Del total de las personas entrevistadas que acceden al Centro de Salud bajo estudio, el 61,5% son mujeres con edades que van de los 18 y más de 65 años tanto para realizarse controles como para acompañar a familiares, amistades o a sus

hijos/as; mientras que el 38,5% de los entrevistados son hombres de entre 25 años y 65 años que asistieron por motivos personales y generalmente por urgencias médicas.

Tal estado de las cosas estaría indicando que la accesibilidad al Centro de Salud se halla atravesada por las desigualdades de género ¹⁹. Dichas desigualdades inciden tanto en la manera en que las personas perciben su estado de salud como en los riesgos de enfermarse o sufrir accidentes. También condicionan sus posibilidades para organizar su vida cotidiana en lo relativo a la atención sanitaria adecuada en tiempo y forma, a la frecuencia en el uso de los servicios, la correcta valoración de los motivos que las impulsan a realizar consultas, en suma, todo aquello vinculado al proceso salud-enfermedad-atención-cuidado. En conjunto, estas prácticas configuran modos de acceso, tránsito y permanencia en el Centro de Salud diferenciados y distintos modos de vivir el proceso de salud-enfermedad según los géneros.

En otras palabras, y de modo general, este estudio confirma el acumulado de investigaciones que dan cuenta del modo en que las desigualdades de género atraviesan las prácticas de reproducción ampliada de la vida, en tanto configuran y condicionan los distintos momentos del curso de vida de las personas, desde el nacimiento hasta la muerte. Estas desigualdades operan de manera estructural, impregnando las formas en que se organizan y distribuyen el cuidado, el trabajo y el acceso a recursos materiales y simbólicos.

Esquivel, Faur y Jelin (2012) destacan que a las mujeres históricamente se les han adjudicado las tareas de cuidado y del hogar, entendidas como actividades indispensables para que las personas puedan alimentarse, educarse, estar sanas y vivir en un hábitat adecuado. Dichas tareas implican tanto el cuidado directo a otras personas como la provisión de precondiciones para realizar el cuidado, (por ejemplo, la compra de alimentos y su preparación) para satisfacer las necesidades básicas de todo el grupo familiar.

El trabajo doméstico y de cuidado no remunerado comprende las tareas que realizan las personas para vivir cada día, algunas de ellas son: ordenar, limpiar, lavar y planchar la ropa; ayudar con la tarea escolar, hacer compras o trámites; cuidar a niños, niñas y adolescentes; cuidar a personas mayores o con discapacidad; cuidar a un familiar enfermo/a; preparar la comida; amamantar, etc. (Esquivel, Faur y Jelin, 2012).

Los relatos de las entrevistadas dan cuenta de la persistente distribución desigual del trabajo doméstico y de cuidado. El total de las mujeres entrevistadas manifestó, al describir un

¹⁹ Las desigualdades género son culturales, en tanto se basan en el sistema sexo-género, concebido como una construcción social que adjudica simbólicamente valores, expectativas, roles, tareas de forma desigual por su sexo a los distintos géneros para justificar diferencias y relaciones de opresión entre los mismos (Sandoval Acosta, 2014).

día típico en su vida cotidiana, asumir de manera principal y muchas veces exclusiva, las responsabilidades vinculadas al cuidado de otras personas y a las tareas del hogar. Esta situación constata la reproducción de mandatos de género que asignan a las mujeres la carga del trabajo reproductivo, usualmente invisibilizado y no remunerado.

Asumir las responsabilidades por las tareas domésticas y de cuidado representa una disminución de tiempo y oportunidades de hacer otras actividades vinculadas al ocio y laborales, o doble trabajo para quienes realizan todas las tareas del hogar y a su vez poseen un trabajo fuera del ámbito doméstico (Esquivel, Faur y Jelin, 2012).

Las mujeres entrevistadas, ponen de relieve la persistencia del doble trabajo, es decir, dentro y fuera del hogar. Esta doble carga implica una mayor exigencia en términos de organización cotidiana, lo que repercute directamente en las posibilidades y modalidades de atención de sus procesos de salud-enfermedad. Dichas condiciones refuerzan las desigualdades de género en el acceso y uso de los servicios de salud. La Entrevistada I, comenta en relación a su vida diaria: “[...] trabajo [...] Y, bueno, hago los quehaceres de mi casa y atiendo a la gente que viene por mi trabajo” (Entrevista I., comunicación personal, 5 de abril de 2024).

Otra de las entrevistadas da cuenta a través de su relato la persistencia de una doble jornada laboral, evidenciando que las responsabilidades vinculadas al cuidado continúan recayendo predominantemente sobre las mujeres y se transfieren entre ellas. Ella expresa: “[...] decidí trabajar por mi cuenta y eso es lo que a mí me entretiene. Después, este, cerca del mediodía, yo le cocino a mi nieto, lo espero de la escuela [...]. Es como que yo cumpla el rol de la mamá”. (Entrevista II, comunicación personal, 16 de mayo de 2024).

Asimismo, las profesiones y trabajos remunerados relacionados con el cuidado, se caracterizan por una remuneración insuficiente para cubrir las necesidades básicas de quienes lo desempeñan, obligándose a asumir sobrecargas laborales por medio de horas extras o realizar pluriempleo (Esquivel y Pereyra, 2017).

En los registros obtenidos durante el trabajo de campo en uno de los Talleres de PAP, realizados en septiembre de 2024 y organizados por el Centro de Salud, se pudo constatar que 8 de las 19 mujeres participantes desempeñan tareas de cuidado tanto en el ámbito doméstico como en el laboral. En este último caso, las actividades se vinculan al cuidado de niñas, niños y personas mayores, ya sea en domicilios particulares como en instituciones geriátricas.

De manera consistente con lo observado en el trabajo de campo, tres de las ocho mujeres entrevistadas desempeñan trabajos remunerados vinculados al cuidado, tales como enfermería, tareas domésticas, atención en hogares de personas mayores y en centros de jubilados. Dichas ocupaciones no constituyen su única fuente laboral, dado que los bajos salarios percibidos y

las condiciones de trabajadoras monotributistas o informales, las coloca en una situación en la que la realización de múltiples empleos se vuelve crucial para el sostenimiento de la vida. Ello devela cómo las condiciones de pluriempleo y sobrecarga laboral afectan a las mujeres en el sector del cuidado, así como las tensiones entre trabajo, salud y sostenibilidad de la vida.

Así, podemos denotar que las tareas domésticas y de cuidado se erigen como el eje en torno al cual se estructuran las prácticas de reproducción ampliada de la vida de las mujeres. La centralidad de estas actividades incide directamente en sus trayectorias de acceso a la atención en salud, ya que son la base sobre la cual las mujeres organizan sus rutinas diarias, condicionando sus posibilidades de acceso a los servicios de salud, ya sea para su atención personal o para acompañar a personas.

No obstante, a pesar de la necesidad de reorganizar sus rutinas cotidianas y de implementar diversas estrategias para acceder a los servicios de salud ante la limitada disponibilidad horaria, las tareas de cuidado asignadas socialmente a las mujeres favorecen, en ciertos casos, una mayor vinculación con el Centro de Salud. Esta situación se refleja en que el 80% de las mujeres que participaron en las entrevistas no solo concurren para atender su propia salud, sino también para acompañar a sus parejas, hijas/os u otros familiares.

De este modo, el rol de cuidadoras que históricamente se les ha adjudicado no solo representa una carga adicional de trabajo, sino que también se convierte en una vía desigual, de acercamiento al sistema de atención de salud, reforzando la feminización del vínculo con los servicios de salud.

Asimismo, el imperativo social de cuidarse a sí mismas y a los demás influye de manera significativa en el proceso salud-enfermedad de las mujeres. En este sentido, todas las entrevistadas indicaron que entre las razones por las cuales accedieron al Centro de Salud se incluyen tanto los controles periódicos y de prevención. Además, al indagar sobre el seguimiento de los tratamientos prescritos por los trabajadores de salud, siete de ocho mujeres entrevistadas manifestaron haberlos completado, lo que indica una alta adherencia a las indicaciones médicas. Este comportamiento refleja cómo los mandatos de cuidado, tanto hacia ellas mismas como hacia los otros, impactan directamente en sus prácticas relacionadas con la salud.

En cuanto a las masculinidades²⁰ también están atravesadas por las desigualdades de género, dado que el sistema sexo-género construido socialmente le asigna el rol de trabajador

²⁰ La diversidad sexogenérica en la atención de salud no es abordada de manera específica en esta investigación, dado que su inclusión excede los límites y alcances establecidos para el presente estudio.

productivo, quedando por fuera de las tareas del cuidado, donde la salud y el autocuidado no juegan un rol central en la construcción de la identidad masculina, lo que genera una menor atención, prevención y seguimiento de sus procesos de salud-enfermedad (De Keijzer, 2001).

La muestra reveló que los hombres suelen dedicar la mayoría de su tiempo a realizar trabajos de mayor carga física, pesados y riesgosos que los exponen a accidentes y daños crónicos para su salud. A pesar de esto, se recoge de los relatos del 100% de los hombres entrevistados que su principal motivo de consulta al CAPS es por urgencias médicas, y que no suelen realizar controles periódicos de salud ni seguir los tratamientos prescritos por los profesionales de salud. En consecuencia, su estado de salud, al momento de ser atendidos, refleja un marcado deterioro o la presencia de enfermedades en etapas avanzadas. Uno de los entrevistados señalaba: “He tenido muchos cortes por el oficio” (Entrevista IV., comunicación personal, 25 de marzo de 2025). Incluso otro entrevistado ha naturalizado los riesgos para la salud asociados a su actividad de trabajo, tal como lo expresa: “[...]en el laburo cortarme es normal” (Entrevista VI., comunicación personal, 25 de marzo de 2025).

En relación con lo expuesto, De Keijzer et al. (2022) coinciden en que las diferencias en las condiciones de salud entre varones y mujeres no pueden atribuirse exclusivamente a factores biológicos, sino que responden también a construcciones socioculturales de género y a la interacción con diversos determinantes sociales. A lo largo del ciclo de vida, se evidencian desigualdades significativas en los patrones de morbilidad y mortalidad según el sexo, destacándose en los hombres una mayor exposición a causas de muerte evitables, tales como la violencia, el consumo problemático de sustancias, entre otras. Estas problemáticas están profundamente asociadas con la reproducción de formas hegemónicas de masculinidad, cuyo impacto no solo compromete la salud física y mental de los propios varones, sino que también genera consecuencias en la salud de las personas que lo rodean.

De esta forma, podemos afirmar que el modo en que las personas experimentan el proceso salud-enfermedad, los roles que asumen respecto a ella y la atención que efectivamente reciben están condicionados, tanto por el género y la edad, entre otros determinantes sociales, como por los obstáculos y facilitadores a los accesos al sistema de salud.

Por otra parte, las prácticas de reproducción ampliada de la vida también comprenden al trabajo remunerado.

Como se explicita en el capítulo titulado “Campo de Salud Argentino” en Argentina se observa un sistema de salud fragmentado, en el cual el tipo de relación laboral incide directamente en el acceso a derechos sociales, previsionales y de seguridad social de las personas. Por lo tanto, las modalidades de trabajo, ya sea en relación de dependencia formal,

trabajo informal o trabajo monotributista, determinan el tipo de cobertura de salud accesible para cada persona. Esta segmentación, influye directamente en las posibilidades de acceso a la atención sanitaria y en la elección de los servicios de salud disponibles, lo que refuerza las desigualdades en el acceso a la salud.

Como se ha mencionado previamente, la comunidad que conforma la muestra centra sus actividades laborales en tareas domésticas, de cuidado y en trabajos pesados, con exigencias físicas, que, debido a sus características, los expone a mayores riesgos para la salud.

El total de 13 personas entrevistadas revisten diversas condiciones laborales, empleo en relación de dependencia formal, trabajo informal y monotributo. Una posee empleo en relación de dependencia formal y trabajo informal; dos se encuentran jubiladas y poseen trabajos informales; cuatro se encuentran registradas bajo el régimen de monotributo; y, seis realizan trabajos informales.

Se pudo constatar que las personas que se desempeñan en empleos bajo relación de dependencia formal, así como aquellas que se encuentran jubiladas, presentan mayores posibilidades de acceso sostenido a la atención en salud. Esta situación se vincula tanto a la cobertura brindada por obras sociales y PAMI como a la estabilidad relativa de sus ingresos, que incluyen haberes previsionales, salarios fijos, aguinaldos y, en el caso de los trabajadores activos, seguros laborales. Estas condiciones favorecen no solo la continuidad en los tratamientos médicos y la posibilidad de elección entre efectores públicos y privados, sino también una mejor calidad de vida y la capacidad de proyectar a futuro, aspectos que contrastan con las limitaciones observadas en personas con inserciones laborales con menos protecciones laborales.

En contraste, las personas que se encuentran inscriptas bajo el régimen de monotributo gestionan y financian de forma individual su cobertura de salud, ya sea mediante una obra social o una prepaga. Al tratarse de trabajadores monotributistas, por un lado, carecen de derechos de la seguridad social, como seguros por accidentes o enfermedades laborales, licencias por maternidad-paternidad, entre otros; y por el otro, no cuentan con derechos laborales como aguinaldo, vacaciones pagas e indemnización por despido, lo que implica una mayor inestabilidad económica y una menor capacidad de planificación de su vida.

A pesar de contar formalmente con la posibilidad de acceder a una cobertura de salud, las personas al ser consultadas sobre el sistema que efectivamente utilizan, el total de las personas entrevistadas manifestaron recurrir exclusivamente al sistema público y no utilizar obra social. Esta situación deja en evidencia cómo, más allá de la afiliación formal, los trabajos en condiciones laborales de desprotección limitan el acceso en tiempo, forma y calidad a la

atención sanitaria, consolidando así una segmentación en el uso de los efectores de salud que reproduce desigualdades estructurales.

En el caso de las personas que tienen trabajos informales, su situación representa un escenario aún más desfavorable en términos de calidad de vida y acceso efectivo al derecho a la salud, incluyendo la oportuna atención médica, la recepción de medicación y tratamientos indicados por el equipo de salud. Esto se vincula, en primer lugar, con la exposición a condiciones de trabajo marcadas por jornadas extensas que superan los límites aceptables, ausencia de medidas de seguridad, mayor riesgo de accidentes laborales, enfermedades profesionales y exposición a ambientes laborales insalubres. En segundo lugar, la falta de derechos laborales básicos, como licencias por enfermedad, implica que cualquier ausencia puede traducirse en la pérdida del ingreso diario o incluso en el riesgo de perder su fuente de ingreso familiar ante la inexistencia de protección frente a despidos arbitrarios o sin indemnización. Estas condiciones obstaculizan el acceso equitativo a los servicios de salud y profundizan las desigualdades en el ejercicio del derecho a la atención.

En el marco de la observación participante realizada durante uno de los talleres sobre Papanicolaou (PAP), se evidenció que la mayoría de las mujeres participantes identificaron sus condiciones laborales como una de las principales razones por las cuales no podían asistir a sus controles ginecológicos periódicos, llegando en algunos casos a postergarlos por más de cinco años. Destacaron que las jornadas laborales extensas, la necesidad de sostener múltiples empleos, el temor a perder el trabajo por ausentarse, la ausencia de remuneración ante faltas y la escasez de tiempo libre, limitan el acceso efectivo a prácticas preventivas en salud sexual y reproductiva.

En otras palabras, la lucha por la supervivencia y conseguir el sustento diario conlleva la postergación del acceso al Centro de Atención Primaria de la Salud, hasta que el malestar físico o emocional alcanza una gravedad que se vuelve imposible de ignorar o sobrellevar. Esto refleja cómo las condiciones materiales de vida inciden directamente en los tiempos y modos de acceso al sistema de salud. Del mismo modo, un entrevistado manifestó: “No fui por no perder mi trabajo, mi jefe del trabajo que tenía antes me hacía problema y si iba capaz ya habían dado todos los turnos y me quedaba sin atender igual”. (Entrevista VIII., comunicación personal, 25 de marzo de 2025).

Las palabras del Entrevistado VIII, reflejan la doble incertidumbre al que están expuestos la comunidad, por un lado, ante la posible pérdida de su ingreso diario o, en el peor de los casos, del trabajo mismo; y por otro, la inseguridad respecto al acceso efectivo a la atención de salud por la gran demanda de turnos y la poca disponibilidad.

En esta misma línea, lo manifestado por un grupo de personas que participan del Taller de salud mental ofrecido por el CAPS, deja entrever que la condición laboral afecta a la salud mental de las personas, dado que la inestabilidad laboral genera una pérdida del bienestar emocional, preocupación, estrés, depresión y ansiedad ante la vulneración constante de sus derechos.

Cabe destacar que estos trabajos como una fuente de ingreso, no logran satisfacer las necesidades básicas del núcleo familiar. Se requiere la combinación de múltiples fuentes de ingresos dentro del grupo conviviente para alcanzar un nivel de vida que cubra únicamente las necesidades básicas.

Se afirma sólo es posible pensar en el acceso al derecho de salud garantizando trabajos con condiciones y salarios dignos que permitan a la comunidad satisfacer sus necesidades básicas, tener una vivienda digna con todos los servicios públicos, tener tiempos de ocio y ejercicio recreativo y poder pensarse a futuro.

En relación a las actividades de ocio, las personas residentes de las Delicias principalmente utilizan ese tiempo para reunirse con familiares y amistades, realizar actividades físicas o colaborar con los trabajos de familiares o amigos.

La participación en este tipo de actividades puede ser comprendida como parte constitutiva de la salud de las personas, ya que el ejercicio físico y la socialización contribuyen significativamente al bienestar integral. Asimismo, estas acciones no solo promueven beneficios individuales, sino que también fortalecen los lazos comunitarios y las condiciones de vida.

Es destacable el hecho de que algunas mujeres en su tiempo libre realizan tareas vinculadas al cuidado y ayuda comunitaria. Esto se observa en la participación de la Entrevistada II en GRAVIDA realizando confecciones manuales para recién nacidos que luego son donadas.

Y de la Entrevistada I. quien trabaja en un centro de jubilados y reconoce la situación de vulnerabilidad que atraviesan las personas mayores y organiza viajes, entre otras actividades recreativas. En relación a ello, comentaba: “[...] porque vos ves cómo vive cada abuelo, cómo vive cada adulto mayor. Y a veces tenés que pararte un poquito y decir, todas las necesidades que hay y vos no te das cuenta [...]” (Entrevista I., comunicación personal, 5 de abril de 2024).

De este modo, podríamos afirmar que, en los contextos de crisis y exacerbación de las problemáticas sociales, tal como se ha descrito previamente, los lazos comunitarios actúan como un sostén solidario y de cuidado recíproco, que permiten la reproducción ampliada de sus vidas.

Estas prácticas pueden ser concebidas como formas de reproducción social de la salud por parte de la comunidad, en tanto que la salud no se limita únicamente a aspectos biológicos, sino que, como plantea Laurell (1982), es un proceso social complejo históricamente determinado, vinculado a las condiciones de vida, las relaciones sociales y las formas de organización del trabajo y la reproducción social. En palabras de la autora, “la salud es un proceso determinado socialmente, que refleja las condiciones de vida y trabajo de las poblaciones, así como su acceso a los bienes materiales e inmateriales necesarios para una vida digna” (Laurell, 1982, p. 15). Desde este punto de vista, la acción comunitaria y las prácticas cotidianas de cuidado constituyen formas concretas de incidir en la producción de salud colectiva.

Capítulo 5. Experiencias de Accesibilidad de la Comunidad en Relación al CAPS

En el presente capítulo se exponen los principales resultados de la investigación empírica analizados en función de la red conceptual propuesta al inicio de este trabajo.

5.1 Necesidades en Salud de la Comunidad

La accesibilidad a la salud requiere que las personas tengan la posibilidad de obtener los servicios que necesita en el momento y lugar que lo requiera, en suficiente cantidad y a un costo razonable (Programa de Atención Primaria de Salud, 2006).

La posibilidad de acceder a los servicios que la población necesita implica que estos, junto con los recursos disponibles, sean diseñados, planificados y adaptados de acuerdo con las necesidades reales y percibidas de las comunidades a las que se destinan, posibilitando así una accesibilidad efectiva y pertinente.

Las “necesidades” son parte de la condición humana y comprenden tanto los deseos como las valoraciones de estos. Refieren a las condiciones óptimas de reproducción biológica y social de los sujetos y su satisfacción debe ser considerada un derecho universal (Rozas Pagaza, 2001).

Las necesidades en salud se encuentran históricamente constituidas, algunas se vinculan con problemáticas de larga data que requieren ser resignificadas, mientras que otras emergen de contextos más recientes. Esta combinación produce necesidades cada vez más complejas y diversas, cuya comprensión exige un análisis profundo y situado (Rovere, 2006).

La identificación de necesidades en salud requiere observar cómo las personas viven y transitan el proceso de salud-enfermedad en su vida diaria (Casallas Murillo, 2017).

Las necesidades en salud identificadas a partir del trabajo de campo son múltiples y diversas. En la zona testigo se identifica la necesidad de la atención clínica y pediátrica. En primer lugar, para controles y seguimientos de enfermedades crónicas, tales como asma, hipertensión arterial, artrosis, diabetes, sinusitis crónica, enfermedades renales, entre otras. En segundo lugar, para controles preventivos, incluyendo exámenes clínicos y ginecológicos orientados a la salud sexual y reproductiva. En tercer lugar, para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades infecciosas de alta incidencia en la zona de estudio, como la tuberculosis, la sífilis y el VIH.

Se destaca, asimismo, la necesidad de atención ante situaciones de emergencias y urgencias leves. En este sentido, la comunidad indica que, debido a la cercanía del Centro de Salud, suelen acudir a este ante accidentes laborales, lesiones por esfuerzos repetitivos en el trabajo y otras emergencias, con el fin de recibir atención médica oportuna.

A su vez, acceder a la atención en salud mental constituye una necesidad percibida. La atención psicológica es valorada como un espacio seguro y de contención emocional, esencial para el abordaje de problemáticas como depresión, ansiedad, adicciones, los efectos psicoemocionales posteriores a un accidente cerebrovascular (ACV), entre otros padecimientos de carácter subjetivos. En consonancia, la atención psiquiátrica se reconoce como un componente complementario e indispensable dentro del conjunto de necesidades sentidas por la población.

Otras necesidades se vinculan con la atención de enfermería, que comprende procedimientos como curaciones diarias, vacunación y el acceso a medicamentos tanto de uso continuo como ocasional. Este último constituye un aspecto particularmente relevante, dado que su disponibilidad es uno de los criterios principales que influye en la decisión de la comunidad de acudir o no al CAPS.

La atención bioquímica, orientada a la realización de análisis clínicos diversos, tales como estudios de sangre, orina y materia fecal. Estos exámenes son fundamentales tanto para el diagnóstico temprano como para el seguimiento de enfermedades y contribuyen a guiar los tratamientos médicos, así como a implementar acciones preventivas.

De igual manera, se requiere atención de trabajo social, orientada a la gestión de políticas sociales, que abarca desde la implementación de programas sociales hasta la distribución de bolsones de alimentos, así como el acompañamiento en situaciones de vulnerabilidad u otras problemáticas sociales.

Otras necesidades en el ámbito de la salud que han sido manifestadas por los entrevistados, están estrechamente relacionadas con el acceso a servicios básicos

fundamentales para el bienestar de vida de la población. Estos servicios incluyen el suministro de agua potable, acceso a cloacas, disponibilidad de gas natural, alumbrado público, recolección de residuos y otras infraestructuras esenciales.

También, se identifica como una necesidad el acceso a ingresos económicos que posibiliten asegurar una vida digna y saludable. Estos ingresos son fundamentales para garantizar una alimentación saludable, acceder a una vivienda en condiciones óptimas de habitabilidad, y cubrir los costos de transporte hacia otros efectores de salud. Además, el disponer de recursos económicos facilita el cumplimiento de los tratamientos prescritos, lo que incide directamente en la efectividad de la atención médica y en la prevención de enfermedades.

La comprensión de las necesidades constituye un componente esencial en los procesos salud-enfermedad-atención, ya que permite orientar la atención de los trabajadores del CAPS hacia una respuesta pertinente y contextualizada.

Las necesidades en salud identificadas tienen una estrecha relación con las prácticas cotidianas y condiciones de vida de la comunidad que fueron previamente expuestas, lo que permite reflexionar sobre su carácter potencialmente evitable en tanto estén orientadas por políticas públicas que apunten a la reducción de las desigualdades sociales que las originan y reproducen.

En este sentido, resulta fundamental comprender que dichas necesidades se manifiestan a nivel individual como colectivo, por ello no pueden atribuirse exclusivamente a condiciones individuales, sino que emergen de procesos estructurales compartidos. En consecuencia, el abordaje de estas necesidades como problemas sociales colectivos se convierte en una obligación del Estado y en derechos a reclamar por parte de la comunidad.

5.2 Experiencias de Accesibilidad al CAPS

Las “experiencias” son procesos sociohistóricos complejos, dinámicos y en constante transformación, que involucran tanto dimensiones individuales como colectivas. Estas articulan elementos objetivos y subjetivos del contexto histórico-social, incluyendo condicionantes económicos, políticos y sociales, así como las particularidades del tiempo, espacio y lugar en que ocurren. En ellas se manifiestan expectativas, valoraciones y razonamientos evaluativos de los sujetos involucrados, cuyas acciones u omisiones generan modificaciones en la realidad. La interacción de estas dimensiones genera relaciones personales y sociales, mediante las cuales las personas, a partir de sus preferencias y

expectativas, piensan, sienten y actúan, contribuyendo así a la construcción de nuevos contextos y vínculos (Jara, 2009).

Las experiencias de accesibilidad y la aceptabilidad por parte de la comunidad se configuran a partir de la compleja trama de interacciones que se establece entre la comunidad y los servicios de salud (Ariovich y Jiménez, 2014).

La "accesibilidad" refiere a la posibilidad de los usuarios para obtener los servicios de salud que necesitan, en el momento y lugar que lo requieran, en cantidad suficiente y a un costo razonable (Programa de Atención Primaria de Salud, 2006).

La accesibilidad se compone de tres dimensiones que contribuyen a una distribución social equitativa de la atención en los servicios de salud (Wallace y Enriquez Haas, 2001). La equidad en la atención de la salud se basa en el principio de garantizar que toda la comunidad pueda acceder y utilizar recursos y servicios sanitarios de calidad, conforme a sus necesidades (Lago, et al., 2013). Una de estas dimensiones es la disponibilidad, entendida como la existencia de recursos humanos y materiales suficientes que permitan dar respuesta a las necesidades de salud de la población. Otra dimensión es la accesibilidad, que hace referencia a la existencia de medios que posibiliten el ingreso efectivo a los servicios en cuestión, los cuales deben estar alineados con las necesidades, valores y características socioculturales de los ciudadanos, de modo que su utilización sea adecuada. Por último, la dimensión sobre la que se centra esta investigación es la "*aceptabilidad*" de los servicios, se vincula con el grado de satisfacción que los usuarios según sus preferencias, expectativas y valoraciones, manifiestan en relación a sus experiencias de accesibilidad al Centro de Atención Primaria de la Salud (Wallace y Enriquez Haas, 2001).

Con el objetivo de reconstruir las experiencias de accesibilidad al Centro de Salud Las Delicias se recurrió a las voces de la comunidad residente en el área programática del efector. Se parte de la consideración, sustentada por antecedentes previos, de que las posibilidades de acceso al CAPS y el proceso de atención de la comunidad estarían condicionados por los horarios de atención, los tiempos de espera, el vínculo de los equipos de salud con la comunidad, la oferta de especialidades médicas, la disponibilidad de recursos humanos y materiales, el estado edilicio y las singularidades propias de los miembros de la comunidad.

Las experiencias de accesibilidad recuperadas en esta investigación muestran cómo se cristalizan los procesos de atención y cómo las personas viven su derecho a la salud. En el análisis de estas experiencias nos centramos en la aceptabilidad de la comunidad al CAPS.

5.2.1 Procesos de Atención en el Centro de Salud. Para comprender las experiencias de accesibilidad al primer nivel de atención de Las Delicias, es necesario observar cómo las personas viven y transitan su proceso de atención. El proceso de atención en salud, es concebido como una práctica social, histórica y culturalmente situada, que implica una interacción compleja entre los distintos saberes profesionales y los saberes de la comunidad (Spinelli, 2016). A continuación, se analizan los procesos de atención en cuanto a las siguientes subcategorías: turnos y tiempos de esperas; motivos de consultas y utilización de los servicios de salud según especialidades; y atención, que comprende la frecuencia de uso del servicio, información y tratamientos recibidos, el acceso a medicamentos gratuitos y los vínculos entre la comunidad y trabajadores de salud.

5.2.1.1 Turnos y Tiempos de Esperas. Para garantizar la accesibilidad, el Centro de Salud tiene que asumir el compromiso de asegurar que la población bajo su responsabilidad reciba oportunamente los servicios necesarios, es decir, en el momento preciso en que los requiera (Programa de Atención Primaria de Salud, 2006). Por lo tanto, el tiempo de espera que afrontan las personas para atender su proceso de salud-enfermedad constituye uno de los factores determinantes en el ejercicio efectivo del derecho a la salud. Retrasos prolongados en la atención pueden agudizar las condiciones de salud existentes, generar sufrimiento evitable y comprometer gravemente la calidad de la atención recibida.

En relación con los tiempos de espera en el primer nivel de atención, es posible distinguir entre tres momentos diferenciados: el tiempo requerido para ingresar al CAPS, el tiempo transcurrido entre la solicitud del turno y el turno asignado y el tiempo de espera desde la llegada al centro hasta ser atendido por el profesional de salud correspondiente.

Cruzando umbrales. El primer paso para efectivizar la atención requiere del acto de ingresar al Centro de Atención Primaria de la Salud por las rejas de la puerta principal. En línea con lo planteado por Stavrides (2016), este ingreso lejos de ser un simple tránsito físico, representa el cruce por un umbral, aquel espacio intermedio donde se produce el encuentro entre dos mundos diferentes. Este umbral no solo implica una aproximación a la alteridad, sino que también se configura como un territorio de tensión, donde coexisten la hostilidad y la posibilidad de negociación.

En el ingreso al CAPS, tanto para solicitar un turno como para asistir a una consulta previamente asignada, las personas deben primero anunciar su presencia mediante golpes en la puerta o aplaudiendo, ya que el ingreso se encuentra restringido por unas rejas que permanecen

cerradas, funcionando como una barrera de control que delimita quiénes pueden o no acceder al efector de salud. En este sentido, las rejas operan como una frontera ambivalente que, al mismo tiempo, separa y conecta dos espacios.

De acuerdo con Stavrides (2016) las fronteras se establecen para proteger a una comunidad, que se siente amenazada por su entorno. En este sentido, y de acuerdo con lo señalado por el equipo de salud, las rejas del centro podrían interpretarse como una forma de resguardo frente a la creciente inseguridad del barrio y como un requisito administrativo indispensable para diversos procedimientos dentro sistema de salud, cuya exigencia trasciende la voluntad de los trabajadores. Esta delimitación también puede leerse desde la mirada de la comunidad en un sentido inverso, como una expresión de desconfianza o sospecha constante hacia ellos, los propios destinatarios de la política pública CAPS.

Sin embargo, estas fronteras existen para ser atravesadas, y ese paso suele implicar rituales, gestos y acciones cargadas de simbolismo. Generalmente, el personal de enfermería u otro trabajador de salud se acerca a las rejas a solicitar la documentación correspondiente para su verificación antes de autorizar o no el ingreso. Las gestiones vinculadas a la entrega de turnos y medicamentos se realizan a través de las rejas, sin permitir el acceso al interior del CAPS. El acceso al interior del edificio se habilita para quienes cuentan con turno programado o presentan una situación de urgencia. Un entrevistado relató: “Fui por una urgencia, me corté el tendón con un vidrio, cuando llego le digo y me dijeron que aguarde un momento y diera mi documento, todo esto atrás de las rejas. Una vez que cargaron todo me dejaron pasar”. (Entrevista V., comunicación personal, 25 de marzo de 2025).

Cabe preguntarse hasta qué punto ciertos procedimientos administrativos, como la exigencia de la entrega de documentación al momento del ingreso al CAPS, adquieren una centralidad que podría llegar a desdibujar la importancia de la urgencia. Esta práctica, aparentemente neutral y rutinaria, abre interrogantes éticos y políticos en torno a las prioridades y criterios de atención, que, en la circunstancia descrita por el entrevistado, terminan condicionando el derecho a la atención oportuna.

En este sentido, la documentación requerida para el acceso puede convertirse en una herramienta de poder, donde el acto de "identificarse" se vuelve un umbral de legitimación del acceso, incluso por encima del motivo de consulta. Estos modos de ingresos instituidos pueden pensarse como prácticas de accesibilidad restringida.

Así, el ingreso al centro de salud se define tanto por la demanda sanitaria de la comunidad como por la mediación de los trabajadores de salud, cuyas decisiones determinan la posibilidad o no de ingreso al efector público en ese momento. Esta instancia inicial, por

tanto, no solo organiza el flujo de atención, sino que también expresa dinámicas de inclusión y exclusión que atraviesan el acceso al CAPS.

En cuanto al tiempo de espera para ingresar, según lo expresado por los entrevistados es de los diez a los veinte minutos y transcurre en la vereda del efector. Si bien este tiempo podría considerarse razonable en términos formales, adquiere otra significación al sumarse al tiempo total que las personas deben destinar hasta ser efectivamente atendidos por un profesional de salud.

El tiempo de espera en el ingreso constituye uno de los aspectos más cuestionados por la comunidad. Una entrevistada observó que, “estaba cerrada la reja y ellas charlaban y había gente que estaba esperando y, bueno, estaban en lo de ellas”. (Entrevista II., comunicación personal, 16 de mayo de 2024). Las expresiones de la entrevistada develan una percepción de demora o falta de predisposición por parte del personal para habilitar el ingreso. Ante la consulta de si el personal sabía que había personas esperando, la misma entrevistada señaló: “Sí, sí, se veía la puerta, la reja de la puerta principal desde donde estaban las enfermeras”. (Entrevista II., comunicación personal, 16 de mayo de 2024). Esta percepción de indiferencia fue reforzada por otra persona, quien cuestionó: “Tampoco podés estar en una joda, estás en un dispensario, no podés estar a las carcajadas, y la gente está esperando afuera”. (Entrevista I., comunicación personal, 5 de abril de 2025).

Los relatos de los entrevistados nos permiten reflexionar sobre cómo en situaciones de malestar físico y emocional, acuden al Centro de Atención Primaria de la Salud en busca de empatía, escucha y atención oportuna. Sin embargo, al llegar se encuentran con unas rejas que operan como un umbral, donde las demoras en la atención, combinadas con determinadas acciones del personal, serían interpretadas por la comunidad como indiferencia. Estas situaciones influyen negativamente en la aceptabilidad al CAPS condicionando la disposición de la comunidad a utilizar sus servicios y la confianza en el mismo.

Lejos de generar un entorno de acogida, las dinámicas de ingreso tienden a reforzar percepciones de exclusión y distancia en un espacio que, por su carácter público y por corresponder al primer nivel de atención, debería promover proximidad y accesibilidad.

Tiempo transcurrido entre la solicitud del turno y el turno asignado. Las demoras en la asignación de turnos o en la sala de espera pueden contribuir al agravamiento de la condición de salud que motivó la consulta inicial. En situaciones extremas, estas demoras pueden inducir a los usuarios a buscar alternativas fuera del sistema formal de salud o incluso a abandonar los

tratamientos indicados, con los consecuentes riesgos para su bienestar e inciden en la satisfacción de la comunidad (Ballesteros, 2016).

En relación al tiempo de espera entre la solicitud del turno con un profesional de salud y la atención efectiva, 11 de los 13 entrevistados indicaron que dicho lapso fue de algunos días, mientras que dos personas manifestaron haber esperado aproximadamente un mes. Ninguno de los participantes manifestó haber experimentado tiempos de espera superiores.

No obstante, las personas, en determinados casos y ante las demoras en la asignación de turnos, particularmente cuando se requiere la coordinación entre los distintos niveles de atención y la complejidad de su salud lo demanda, recurren a realizar gastos de bolsillo, aún cuando ello suponga un esfuerzo económico considerable. Una situación ilustrativa es la de una persona entrevistada, quien decidió financiar personalmente la realización de todos los estudios prequirúrgicos en el ámbito privado, mientras que la intervención quirúrgica fue llevada a cabo en un efector público. En palabras de la entrevistada: “Yo me operé en el Protomédico, me atendía en el dispensario la doctora y ella me recetaba para poder hacerme todos los estudios por particular porque no podía esperar”. (Entrevista VII., comunicación personal, 25 de marzo de 2025).

En esta situación, la coordinación entre el primer nivel de atención (CAPS) y el segundo nivel (Protomédico), este último encargado de la realización de los estudios prequirúrgicos y de la posterior intervención, resultó lenta frente a la urgencia de la situación clínica de la entrevistada. Esta dificultad de coordinación en las derivaciones generó que la entrevistada no pudiera acceder oportunamente a los estudios requeridos, colocándola en la necesidad de realizarlos en clínicas privadas y por ende generando gastos de bolsillos.

Como afirma Ballesteros (2016), las personas con mayores ingresos económicos presentan una mayor posibilidad de contar con cobertura de obra social, medicina prepaga o con capacidad económica para asumir gastos de bolsillo. Ello otorga a esta parte de la comunidad un mayor margen de elección en cuanto al acceso a servicios de salud fuera del subsector público. Esta capacidad de optar por prestadores del subsector privado puede facilitar la reducción de los tiempos de espera.

Lo planteado hasta aquí nos invita a reflexionar sobre la situación de aquellas personas que dependen exclusivamente de la cobertura pública y carecen de recursos para afrontar gastos de bolsillo. ¿Qué ocurre con sus necesidades, dolencias y patologías mientras esperan por el turno asignado? Es importante señalar que el tiempo no se detiene y, en muchos de estos casos, la falta de atención oportuna contribuye al agravamiento del estado de salud e incluso al abandono de los tratamientos. Tal fue el caso de una entrevistada, cuyo relato de su experiencia

da cuenta de las consecuencias concretas: “Dejé de ir a la psicóloga porque me daban un turno al mes y yo necesitaba ir más (...) mientras esperaba el turno del otro mes empecé a tener ataques de pánico” (Entrevista IX., comunicación personal, 6 de mayo de 2025).

En otras palabras, la falta de atención oportuna tuvo como consecuencia un deterioro significativo en su salud mental, manifestado en episodios de ataques de pánico. Ante la imposibilidad de conseguir un turno a la brevedad, desarrolló estrategias personales, tales como la visualización de videos informativos que le proporcionaron algunas herramientas para manejar dichos episodios.

Esta situación nos lleva a reflexionar sobre diversos interrogantes: ¿Qué podría haber ocurrido si la persona entrevistada no hubiese desarrollado esas estrategias personales para afrontar sus síntomas? ¿Y si el contenido de esos videos era equívoco o incluso contraproducente? ¿Qué sucede con quienes no logran generar este tipo de recursos individuales? En este sentido, se revela la importancia crítica de una atención oportuna y efectiva como condición necesaria para el ejercicio pleno del derecho a la salud, así como para la prevención de daños que, en muchos casos, podrían ser evitables o tener consecuencias irreversibles.

Tiempo transcurrido en la sala de espera para recibir la atención. En relación con los tiempos de espera experimentados por las personas entrevistadas durante su última consulta médica en el Centro de Salud, se relevaron datos que permiten dimensionar la situación, del total de 13 personas, cuatro señalaron una espera de alrededor de treinta minutos, siete manifestaron haber esperado aproximadamente una hora y otras cuatro indicaron haber aguardado más de una hora. Si bien los tiempos no son uniformes, se evidencia que, en términos generales, la espera promedio ronda los 60 minutos.

Este dato adquiere especial relevancia si se considera la configuración espacial del lugar. El CAPS no dispone de un baño accesible al público, ya que, por disposición ministerial, ha sido reasignado como espacio exclusivo para el almacenamiento de residuos patológicos. En este escenario, el tiempo de espera prolongado, combinado con la ausencia del baño y el espacio reducido de la sala de espera, puede no solo generar malestar e incomodidad, sino también influir a la exposición de factores de riesgo para la salud.

En cuanto a las personas que manifestaron haber esperado más de una hora, este tiempo de demora también puede interferir significativamente en la organización de sus rutinas cotidianas. Tal como se expuso en el capítulo “Trabajos, ingresos y organización del cuidado”, muchas de ellas son responsables del cuidado de personas, lo cual implica que para poder asistir

al CAPS realizan una planificación previa que puede verse alterada ante la falta de previsibilidad en los tiempos de atención. Asimismo, esta prolongada espera podría comprometer la permanencia en sus trabajos, especialmente en aquellos donde no se cuenta con permisos formales o licencias por razones de salud.

5.2.1.2 Motivos de consultas y utilización de los servicios de salud según especialidades.

Motivos de consulta. El análisis de las causas que motivan las consultas de la comunidad en el CAPS permite identificar las necesidades en salud de esta comunidad específica y conocer los modos en que el efector de salud establece y sostiene vínculos con la misma.

Las personas entrevistadas señalaron que el motivo más frecuente por el que realizaron consultas fue la atención en situaciones de urgencias leves y consultas inmediatas no programadas. En segundo lugar, mencionaron motivos vinculados a acciones de prevención y control de la salud, entre estas, vacunación, control clínico, control pediátrico y control ginecológico. En tercer lugar, las consultas se relacionaron con la atención con especialistas y, en último término, se identificó la concurrencia por tratamientos prolongados.

Resulta ineludible considerar que estos motivos de asistencia están estrechamente vinculados con las condiciones de vida de las personas desarrolladas con anterioridad (ver capítulos 3 y 4).

Especialidades. En relación con las especialidades consultadas, las más frecuentes en el total de la muestra fueron Enfermería y Medicina Clínica, seguida por Pediatría, Ginecología y Asistencia Social, mientras que las consultas a Psicología y Psiquiatría fueron las menos recurrentes.

5.2.1.3 Atención. Comprende la frecuencia de uso, la información y tratamientos recibidos por la comunidad, el acceso a medicamentos gratuitos y los vínculos entre la comunidad y trabajadores de salud.

Frecuencia. La frecuencia en el acceso a los efectores de salud para atender su proceso salud-enfermedad, puede pensarse a partir de dos cuestiones fundamentales, en primer lugar, identificar el efector de salud al que recurren con mayor frecuencia las personas entrevistadas. Y, en segundo lugar, la regularidad con que asisten al Centro de Atención Primaria de la Salud Las Delicias

En relación a la elección del efector de salud al que las personas acuden prioritariamente, se observó que de los 13 entrevistados, la opción mayoritaria fue el 'Centro de Salud Las Delicias', elegido por cinco de ellos. En segundo lugar, cuatro personas manifestaron acudir con más frecuencia al Hospital. Resulta significativo advertir la escasa diferencia entre los entrevistados que refieren asistir con mayor frecuencia al CAPS en comparación con quienes manifiestan recurrir principalmente al hospital.

Además, tres entrevistados señalaron que acuden mayoritariamente a un sanatorio o clínica privada. Por último, una persona mencionó recurrir a otro centro de salud, categoría que, aunque minoritaria, indica la existencia de distintas alternativas dentro del sistema de salud público. Los motivos de estas elecciones no fueron indagados en esta investigación acorde a los alcances de la misma.

En cuanto a la frecuencia con la que las personas entrevistadas asisten al CAPS Las Delicias, del total de 13 participantes, 10 afirmaron haber concurrido en un período inferior a los seis meses. Esta alta proporción sugiere un acceso relativamente reciente y sostenido del efector, lo cual puede interpretarse como un indicador de vinculación activa con el primer nivel de atención. Por su parte, dos personas señalaron haber asistido por última vez hace aproximadamente un año, y una persona indicó que su última consulta tuvo lugar hace alrededor de dos años. Estos datos permiten inferir distintos niveles de continuidad en la atención en salud.

Información y tratamientos. En cuanto a la información recibida de manera clara y oportuna respecto a la salud, los tratamientos y las medidas de prevención de posibles enfermedades durante el proceso de atención, se identificó que, de un total de 13 personas entrevistadas, 10 afirmaron haber recibido dicha información, mientras que tres señalaron que ésta no fue suficiente o no resultó completamente comprensible.

El acceso adecuado a esta información resulta fundamental para la salud de la comunidad, ya que no solo posibilita la prevención de enfermedades evitables, sino que también favorece la adherencia y continuidad de los tratamientos indicados.

En relación a la continuidad de los tratamientos indicados por los trabajadores de salud, siete personas entrevistadas manifestaron haberlos completado, mientras que seis expresaron haberlos interrumpido. Esta proporción indica una escasa diferencia entre quienes logran adherirse al tratamiento prescrito y quienes, por diversos motivos, no logran completarlo.

Las razones para la interrupción del tratamiento pueden ser múltiples y complejas. Si bien el acceso a información clara y oportuna constituye un aspecto relevante, no resulta

suficiente para garantizar la continuidad de tratamientos. En este sentido, influyen condicionantes como el acceso a medicamentos, la disponibilidad de turnos para el seguimiento, los recursos económicos necesarios para afrontar los gastos asociados al tratamiento, entre otros. El testimonio de una entrevistada da cuenta de ello, quien debido a un paro del transporte público y a la falta de medios propios o recursos económicos para costear un traslado alternativo, no pudo asistir a un estudio programado en CEMAFE (ubicado en el microcentro de la ciudad de Santa Fe), lo que derivó en la interrupción de su tratamiento cardiológico.

Acceso a medicamentos. En Argentina, el Programa Remediar se dirige a fortalecer la oferta de servicios de salud, atenuar las barreras económicas a través de la formalización de la gratuidad, fundada en el pilar de universalidad de la salud. Pretende asegurar el acceso y cobertura de servicios de salud a la totalidad de la población por medio de la provisión gratuita y pública de medicamentos esenciales, capacitaciones gratuitas y procedimientos de registro (Chiara, 2017).

La distribución de los medicamentos esenciales se realiza de forma directa a los botiquines de los Centros de Atención Primaria de la Salud, ya que está orientado exclusivamente a este nivel de atención e incorpora como efectores a los hospitales sólo de manera excepcional y cumpliendo con estrictos mecanismos de asignación. La decisión de sostener su distribución centralizada y dirigida a los Centros de Atención Primaria apunta a fortalecer el primer nivel y contribuir a la desconcentración de las demandas canalizadas en los hospitales (Chiara, 2017).

El contexto de desocupación, desprotección laboral y la disminución del gasto público en políticas públicas (Soldano, 2024), tiene repercusiones en las condiciones de vida de las personas y en el acceso a los medicamentos sobre todo en los hogares más vulnerables, ya que muchas personas se ven imposibilitadas para comprar sus medicamentos por propia cuenta recurriendo al Centro de Atención Primaria de la Salud como su principal dispensador de medicación. Es por ello que una de las demandas más recurrentes al CAPS es la entrega de medicamentos. Menciona una trabajadora del Centro de salud: “Otra demanda que también veo mucho, pero por ahí las chicas lo solucionan, es el tema de la medicación” (Entrevista L., comunicación personal, 23 de agosto de 2024).

Esta gran demanda también se ve reflejada en las entrevistas, ya que, del total de 13 entrevistados, nueve manifiestan recibir principalmente medicación del CAPS.

Del mismo modo, el recorte del gasto público repercute en la reducción tanto de la cantidad como de la variedad de medicamentos provistos desde provincia y nación a los Centros de Atención Primaria de la Salud. Una persona integrante del equipo de salud comentó: “[...] estamos teniendo el faltante de mucha medicación básica y de los psicotrópicos y, bueno, lógicamente la gente lo necesita y muchos no tienen para comprar la medicación [...]” (Entrevista L., comunicación personal, 23 de agosto de 2024).

En otras palabras, se produjo una disminución de los recursos que dispone el CAPS, dado que recibieron en el mes de julio de 2024 una larga lista con los medicamentos básicos, psicotrópicos y anticonceptivos que estarían faltantes de forma permanente, entre ellos: aspirinas, adapaleno, amlodipina, azatioprina, ampollas de diclofenac, agujas para insulina, hierro, latano, lamotrigina, quetiapina, sertralina, valproato de magnesio y anticonceptivos.

Frente a esta situación, los profesionales de la salud se ven en la necesidad de recurrir a la prescripción de medicamentos alternativos, que, si bien pueden generar alguna mejoría en el proceso de salud-enfermedad de las personas, no siempre constituyen la opción de tratamiento más adecuado. En algunos casos, estos fármacos no producen el efecto esperado o incluso pueden ocasionar efectos adversos, según lo manifiestan las personas. En palabras de una integrante del equipo de salud: “[...] y la misma persona te dice: bueno, pero esto a mí esto no me hace efecto, entonces hay que ir probando [...]” (Entrevista L., comunicación personal, 23 de agosto de 2024).

Durante una de las observaciones participantes realizadas en la sala de espera, mientras las personas aguardaban el inicio del taller de salud mental, una mujer compartió su experiencia respecto al acceso a la medicación. Comentó que, debido a la falta de disponibilidad del fármaco prescripto para su tratamiento en el CAPS, la psiquiatra le indicó una medicación alternativa. Sin embargo, al iniciar dicho tratamiento, comenzó a experimentar efectos adversos, manifestando sentirse mal físicamente, al punto de observarse babeando al mirarse al espejo. Ante esta situación, tomó la decisión de suspender la medicación por cuenta propia y continuar únicamente con acompañamiento psicológico.

De este modo, adquirir los medicamentos necesarios para la continuidad de los tratamientos indicados, en muchas ocasiones queda supeditado a la capacidad económicas de las personas para afrontar su compra.

Vínculos entre la comunidad y los trabajadores de salud. En esta sección se presentan algunas consideraciones generales acerca del vínculo entre los trabajadores de la salud y la

comunidad, dado que, al ser un criterio de valoración, su análisis será desarrollado con mayor profundidad en el apartado de “Aceptabilidad en foco”.

La Atención Primaria de la Salud es una estrategia que atraviesa todo el campo de la salud (Hermann, 2008). En esta estrategia cobran relevancia los equipos de trabajo, quienes son intermediarios entre las políticas públicas y los sujetos; y actúan como “mediadores elásticos”, porque sus intervenciones tienen la capacidad de acortar o estirar las distancias para hacer efectivo el derecho a la salud (Pérez y Perner, 2018).

Sobre las experiencias en el proceso de atención con los trabajadores de salud del CAPS, de un total de 13 personas entrevistadas, seis calificaron su experiencia como "buena", cinco como "muy buena" y dos como "excelente".

Estos datos indican una valoración predominantemente favorable por parte de la comunidad en relación con el trato recibido por el equipo de salud del CAPS.

Sin embargo, los relatos de la mayoría de los entrevistados hacen referencia a experiencias de maltrato al momento de intentar ingresar por las rejas principales del CAPS. Es en ese espacio exterior donde, tras aplaudir para anunciar su llegada, se ven obligados a esperar, con frecuencia con dolores o malestares, hasta que los trabajadores adviertan sus presencias y acudan para su recepción, registro y admisión.

Los datos obtenidos permiten inferir la existencia de un trato polisémico por parte de los trabajadores de salud hacia las personas, que se expresa en la coexistencia de gestos de atención y cuidado con prácticas de desconfianza, distancia o deslegitimación.

Capítulo 6. Aceptabilidad en Foco

Para comprender la aceptabilidad al Centro de Atención Primaria de la Salud “Las Delicias” por parte de la comunidad, resulta imprescindible recuperar una serie de aspectos claves. Las personas evalúan experiencias de accesibilidad al CAPS, mediante distintos razonamientos evaluativos, expectativas, preferencias y valoraciones construidos a partir de sus prácticas de reproducción ampliada de la vida, incluyendo sus necesidades en salud.

Los análisis realizados permitieron identificar que las *prácticas de reproducción ampliada de la vida* del grupo estudiado, están atravesadas por las desigualdades de género, donde las mujeres asumen predominantemente tareas de cuidado y del hogar en los ámbitos familiar, laboral y comunitario; mientras que, los hombres suelen realizar trabajos de elevada exigencia física y con niveles significativos de riesgo, que los exponen a accidentes y

afecciones crónicas en su salud. En ambos casos, en contextos marcados por condiciones laborales precarizadas y remuneraciones insuficientes para el sostenimiento de la vida.

Sus *necesidades en salud*, comprenden la atención médica interdisciplinaria, el acceso a medicamentos, la inclusión efectiva en políticas sociales, la disponibilidad de servicios básicos, las condiciones laborales que garanticen ingresos dignos y las mejoras en las condiciones generales de vida.

A partir del trabajo de campo se distinguieron los criterios de elección y las características destacadas del CAPS considerados por la comunidad. Dichos criterios operan como el marco de referencia a través del cual las personas evalúan sus experiencias de accesibilidad y la aceptabilidad al mismo. Se puede diferenciar entre aquellos que presentan mayor aceptabilidad, es decir que las personas presentan mayor satisfacción en torno a ellos: los mismos refieren a la gratuidad del servicio de salud; cercanía territorial; y, el acceso a medicación en forma gratuita. Y, entre los que poseen una menor aceptabilidad: los tiempos de espera y el estado edilicio. El criterio vínculo entre la comunidad y trabajadores de salud reviste un carácter polisémico, ubicándose en la proximidad de la aceptabilidad para algunos, mientras que sucede lo contrario para otros miembros de la comunidad.

6.1 Gratuidad

El criterio principal considerado por las personas al momento de evaluar su experiencia de accesibilidad al CAPS Las Delicias es la *Gratuidad*. En Argentina contamos con un sistema público de salud, que pretende garantizar la universalidad de los servicios básicos esenciales por medio de prestaciones gratuitas. Si bien el derecho a la atención sanitaria está reconocido para todas las personas que se encuentren en territorio nacional, principalmente tiene a su cargo la población más vulnerable que no cuentan con cobertura por parte del sector privado o el de las obras sociales. Sus servicios tienen una amplia distribución geográfica y una fuerte presencia en las zonas consideradas no rentables por el sector privado (Gutiérrez, 2009).

Por consiguiente, la gratuidad del efector de salud constituye una manifestación concreta de su carácter público, ya que no se configura únicamente como un principio normativo que orienta el funcionamiento del sistema de salud, sino que también posibilita el acceso universal a la atención en salud, independientemente de la capacidad económica de las personas.

El hecho de que la gratuidad del servicio de atención en salud se constituya como el principal criterio valorado por las personas al momento evaluar y elegir asistir a este efector de

salud revela cómo las profundas desigualdades estructurales atraviesan el acceso a los derechos esenciales como es la salud.

Esta preferencia no se explica únicamente en términos individuales, sino que atraviesa a la toda una comunidad que se encuentra en condiciones de precariedad laboral, expresada en ingresos insuficientes, ausencia de derechos laborales básicos, como el acceso a cobertura médica, y, en muchos casos, la necesidad de sostener múltiples empleos para alcanzar ingresos que, aún así, resultan insuficientes para garantizar el sostenimiento de la vida. Diversos entrevistados señalaron: “Voy por lo económico y porque mi experiencia no fue mala. Si llegaría para pagarlo me iría a un privado” (Entrevista VIII., comunicación personal, 25 de marzo de 2025). “Está cerca y no tenemos obra social, tampoco podemos pagar” (Entrevista XI., comunicación personal, 14 de mayo de 2025).

El acceso gratuito a servicios de salud no solo constituye una alternativa frente a la imposibilidad de acceder a efectores privados, sino que se presenta como una condición imprescindible para el ejercicio efectivo del derecho a la salud.

Otro aspecto relevante a destacar es que en el CAPS se brinda atención a toda la comunidad sin establecer distinciones entre quienes poseen o no cobertura médica. Así lo manifestaron dos entrevistadas, quienes señalaron que, aun contando con cobertura médica como PAMI e IAPOS, recibieron atención en su proceso salud-enfermedad sin ningún tipo de restricción. En la misma línea, una entrevistada que trabaja en un centro de jubilados refirió que gestiona turnos para vacunación o atención en salud para vejez con cobertura de PAMI, las cuales son atendidas en dicho efector. Comenta una entrevistada: “[...] no se tiene nada que denegar. ¿Me entendés? Entonces, también hablamos para que atiendan a los abuelos del PAMI y por las vacunaciones [...]” (Entrevista I., comunicación personal, 5 de abril de 2024).

Si bien podría considerarse evidente que toda persona tiene derecho a recibir atención sanitaria en un efector público como lo establece la legislación argentina, los testimonios recogidos indican que esta situación no se replica en todos los CAPS, donde en algunos casos se ha denegado la atención a quienes poseen cobertura médica.

Cabe precisar, además, que disponer de una obra social o cobertura médica no garantiza el acceso efectivo a un efector de salud privado, dado que este suele implicar gastos de bolsillos adicionales, como en movilidad o coseguros o “plus” por consulta, que muchas personas no están en condiciones de afrontar.

La gratuidad no debe entenderse únicamente como la ausencia de un costo monetario directo, sino como una política pública orientada a asegurar la disponibilidad y accesibilidad efectiva de los servicios sanitarios a toda la población. Implica reconocer a la salud como un

asunto de orden público y como un bien público, cuya garantía corresponde al Estado (López Arellano, et al., 2008).

Este criterio es considerado por parte de la comunidad uno de los aspectos más destacados del CAPS, lo cual incide en su elección y favorece una amplia aceptabilidad dentro de la misma.

6.2 Cercanía Territorial

Otro de los criterios valorativos identificados es la *cercanía territorial*. El CAPS, como efector de primer nivel de atención, tiene una ubicación próxima a la comunidad, lo que le permite mantener un contacto directo y constante con ella. Tiene como propósito garantizar la salud en el territorio y cumple un rol fundamental en la detección temprana de problemáticas sanitarias, el acompañamiento a las familias y la articulación con otros niveles del sistema de salud (Ariovich y Jiménez, 2014).

Atendiendo a lo manifestado por los entrevistados y por los participantes de los talleres observados, es posible establecer como criterio considerado por la comunidad a la cercanía geográfica en que se encuentra el CAPS. Esta cercanía coloca al Centro de Salud en un lugar privilegiado en comparación a otros efectores de mayor distancia. La concurrencia a efectores más lejanos conlleva resolver una serie de cuestiones, entre estas: la imposibilidad de afrontar gastos de bolsillo asociados al traslado, la reducida disponibilidad de líneas de transporte público y las deficientes condiciones de las calles, que en situaciones de lluvia impiden el ingreso de vehículos.

Además, es importante tener en cuenta que algunas personas presentan diversas condiciones físicas o limitaciones funcionales que pueden restringir significativamente su movilidad. Estas condiciones pueden dificultar el desplazamiento autónomo y seguro hacia otros efectores de salud, especialmente cuando la movilidad depende del uso del transporte público.

Otro aspecto a considerar es la limitada disponibilidad de tiempo de las mujeres que realizan tareas domésticas y de cuidado, dado que el desplazamiento hacia otros efectores de salud implica una complejidad organizativa adicional, especialmente cuando deben trasladarse junto a las personas a su cuidado, lo que supone un esfuerzo y un gasto extra. En otros casos, la necesidad de trasladarse a otros efectores obliga a contratar o solicitar la colaboración de terceros para el cuidado de dichas personas, generando también un gasto o una carga adicional en su organización cotidiana.

Otra cuestión relevante es que una parte significativa de estas personas no cuenta con empleos formales. En consecuencia, procuran realizar la atención de su proceso salud-enfermedad en el menor tiempo posible para poder reincorporarse rápidamente a sus actividades laborales. Esto se debe a que, en la mayoría de los casos, no disponen de licencias o permisos para ausentarse, y deben retornar a sus trabajos para evitar la pérdida del pago correspondiente al día o, incluso, el riesgo de perder su fuente de trabajo.

Por estas razones, la cercanía geográfica del CAPS se configura como uno de los aspectos más destacados y constituye un factor central en la aceptabilidad y preferencia de este efector por parte de la comunidad. La cercanía no solo facilita el acceso físico al Centro de Salud, sino que también reduce los costos y tiempos de traslado, aspectos significativos para los sectores más vulnerables de la población. Participantes de las entrevistas comentaron: “Es lo más cerca que tengo, es gratis y tiene buena atención” (Entrevista X., comunicación personal, 14 de mayo de 2025). “Es lo más práctico porque lo tengo cerca y tiene todos los servicios” (Entrevista IV., comunicación personal, 25 de marzo de 2025). Y, “Es lo más rápido y cerca que tengo” (Entrevista V., comunicación personal, 25 de marzo de 2025).

Además, la presencia del CAPS dentro del propio territorio promueve el vínculo entre la comunidad y los trabajadores de salud, favoreciendo, por un lado, el seguimiento del proceso salud-enfermedad y el conocimiento de las realidades territoriales por parte de los trabajadores de salud, y, por el otro, la continuidad de los tratamientos, la generación de confianza en el equipo de salud y en el efector por parte de la comunidad. En este sentido, la cercanía territorial del CAPS se convierte en un elemento clave para fortalecer el enfoque comunitario en la atención primaria de la salud.

6.3 Vínculo Entre la Comunidad y Trabajadores de Salud

Del análisis también emerge como criterio valorativo *el vínculo entre la comunidad y trabajadores de salud*. El CAPS como política pública es el resultado de un proceso social y político. Durante su implementación, suele producirse desviaciones respecto de lo inicialmente planificado, tanto en el modo en que se implementa como en la participación de los diversos actores y agentes involucrados. Estos, a través de sus representaciones, intereses y prácticas, previstas o no, influyen de manera directa o indirecta en dicha política. (Chiara y Di Virgilio en Gabrinetti, 2012).

De este modo, los trabajadores de salud son quienes pueden modificar y construir los espacios donde finalmente se realiza y percibe (o no) el acceso al CAPS y se ejerce el derecho

de salud. Dentro de los criterios más valorados del CAPS, la comunidad destaca la buena atención recibida por parte de los trabajadores de salud.

En este sentido, una entrevistada, comentó que asiste al CAPS desde hace 18 años aproximadamente y que siempre ha recibido una excelente atención. Según sus propias expresiones: “Cada vez que vine me atendieron excelente, son muy buenas personas, me han atendido muy bien a la mañana y a la tarde” (Entrevista III., comunicación personal, 5 de septiembre de 2025).

Otro entrevistado, que reside en el barrio desde hace seis años, mencionó: “La atención es muy buena, me atendieron re bien porque me conocen” (Entrevista XIII., comunicación personal, 16 de mayo de 2025).

Estas apreciaciones sugieren la existencia de prácticas de atención que se sostienen en la construcción de vínculos basados en la confianza, la cercanía afectiva, el reconocimiento de la singularidad de cada persona y el buen trato.

Pese a la buena atención recibida, los entrevistados reiteran que la elevada demanda de atención a la que se enfrentan los trabajadores de la salud incide en la calidad del proceso de atención, por ser restringido tanto en el tiempo disponible como en la profundidad de la atención. Comenta una entrevistada:

“Fui a llevarle los análisis y la doctora me sacó volando, que me fuera rápido porque estaban atendiendo lo del dengue. Eso está mal, yo le lleve para que viera mis análisis, había perdido turno y tenía que verlos con tranquilidad. Tienen que aprender, son doctoras nuevas que vienen, uno no está en contra de ellas ni nada porque atienden, no sé si es por la gran cantidad de gente que tienen que atender” (Entrevista I., comunicación personal, 5 de abril de 2024).

Esta situación tiene implicancias sobre el proceso salud-enfermedad de la comunidad, ya que limita la posibilidad de brindar una atención centrada en la persona, como protagonista de su proceso. Las personas poseen el derecho a disponer de un tiempo individual suficiente que les permita expresarse, relatar sus experiencias, dudas y necesidades, y recibir una atención acorde a su situación particular.

La restricción de dicho tiempo afecta tanto la experiencia de atención, como la construcción del vínculo entre los trabajadores del CAPS y la comunidad, fundamental para la promoción, prevención y recuperación de la salud.

Asimismo, disponer de un tiempo adecuado posibilita que los trabajadores de la salud puedan desarrollar intervenciones más integrales, con una mirada que contemple los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad. En este sentido, una atención menos

fragmentada y más humanizada contribuye no solo a mejorar los resultados clínicos, sino también a fortalecer la confianza, la adherencia al tratamiento y la participación activa de la comunidad en su propio cuidado.

Si bien todos los entrevistados manifestaron haber recibido una buena atención por parte de los trabajadores de salud, también refirieron en menor medida, haber experimentado situaciones de maltrato por parte de algunos trabajadores del CAPS.

En los siguientes fragmentos de las entrevistas puede observarse que, en lo referente a mala atención recibida, se vincula principalmente con el personal de enfermería y con los procedimientos de ingreso al efector. Mencionó un entrevistado: “Como negativo el hacerte esperar afuera está mal y como positivo la atención y buena onda” (Entrevista V., comunicación personal, 25 de marzo de 2025).

Otra persona expresó: “Las enfermeras no te atienden de la manera que sabemos que tiene que ser atendido un vecino, un paciente. Hay enfermeras que te atienden de buen modo y otras que tienen mal carácter” (Entrevista II, comunicación personal, 16 de mayo de 2024).

Cabe señalar que no se dispone de información precisa respecto de quién tomó la decisión de implementar esta modalidad de ingreso, ni acerca del grado de acuerdo o desacuerdo de los trabajadores con dicha medida. En la mayoría de las ocasiones, la solicitud del documento necesario para el ingreso al CAPS es realizada por el personal administrativo o por el equipo de enfermería. Esta situación podría explicar, en parte, el bajo nivel de aceptabilidad por parte de la comunidad, que presenta el grupo profesional de enfermeras, al constituirse como las figuras más visibles y encargadas de permitir el ingreso por el umbral.

Esta forma de organización del ingreso tiende a ser experimentada por algunas personas como una instancia de control, es decir un momento en el que se sienten sujetos a sospecha, discriminación o evaluación en función de sus características físicas. Ello queda plasmado en las fuertes palabras utilizadas por uno de los entrevistados: “Las enfermeras porque no tienen humanidad, juzgan mucho por tu color de piel y como estás vestido” (Entrevista X., comunicación personal, 14 de mayo de 2025).

No obstante, el vínculo establecido con otros trabajadores del CAPS se destaca por su trato, compromiso y disposición para acompañar en los procesos de atención y contribuye en la elección y uso del efector.

Cabe señalar que las dinámicas de trabajo en equipo resultan evidentes por la propia comunidad. La incorporación de personal de salud con una perspectiva interdisciplinaria o de redes (Rovere, 2006) se manifiesta tanto en los modos de atención como en la manera en que las personas experimentan el trato recibido. De acuerdo con lo relatado por los entrevistados:

“Cambió el personal, antes no nos daban buenos tratos” (Entrevista II, comunicación personal, 16 de mayo de 2024). Y, otra persona comenta:” Lo que destaco es la atención y la limpieza como positivo, años atrás era un desastre” (Entrevista VII., comunicación personal, 25 de marzo de 2025).

Además, en la observación de uno de los talleres del PAP, una participante manifestó de manera explícita la diferencia percibida en las dinámicas de trabajo en equipo de los nuevos trabajadores del CAPS. Por lo tanto, a medida que se produce el recambio del personal de salud pueden transformarse las perspectivas de trabajo. En este sentido, es posible distinguir entre equipo multidisciplinario y equipo interdisciplinario.

En este sentido, a partir de lo recabado en el trabajo de campo es posible advertir que el equipo de salud trabaja de forma interdisciplinaria. En el equipo interdisciplinario, existe una interacción entre distintos trabajadores, teniendo como resultado una práctica colaborativa donde participan también las personas como protagonistas de su propio proceso de salud (Reyes Perea, et al., 2018).

Los talleres dirigidos a la comunidad fueron diseñados a partir de las demandas y necesidades expresadas por las propias personas e identificadas conjuntamente por el equipo. La planificación y ejecución de dichas actividades se realiza de manera colectiva, asegurando que todos los integrantes del equipo tengan acceso a la misma información que será posteriormente presentada en los talleres.

Los talleres no se presentan como espacios cerrados al diálogo, sino que promueven e incentivan la participación comunitaria a través de preguntas abiertas y de una disposición permanente a atender consultas o inquietudes que puedan surgir durante su desarrollo.

Dentro del CAPS, la trabajadora de servicio general desempeña un rol fundamental, ya que, por su cercanía cotidiana con la comunidad, con frecuencia es quien conduce las charlas, lo que refleja una participación efectiva y horizontal de todos los miembros del equipo de salud.

Además, debido a su vínculo estrecho con la comunidad, muchas personas muestran mayor confianza para compartir información personal con ella, lo que la convierte en una portadora de información altamente relevante para el abordaje de los procesos de salud-enfermedad. Este conocimiento resulta fundamental, dado que la perspectiva de los sujetos es central para comprender y orientar adecuadamente las intervenciones en salud.

Durante los talleres, la comunicación se caracteriza por un lenguaje accesible, cordial y cercano, promoviendo un espacio de diálogo y confianza. Además, se ofrece a las y los participantes una infusión de té o café acompañada de masitas, gesto que contribuye a generar un ambiente de cobijo y comodidad. Este aspecto, aunque pueda parecer secundario, resulta

significativo, en tanto el buen trato constituye un componente esencial del proceso de atención en salud.

Del mismo modo, el carácter interdisciplinario del trabajo en equipo se manifiesta, por un lado, en las intervenciones singulares, donde se establece una interrelación constante entre los trabajadores del CAPS, favoreciendo un abordaje integral de las necesidades de salud. Por el otro, en el trabajo colaborativo realizado por los profesionales de salud junto con el agente comunitario, este último establece vínculos directos con la comunidad, acercándose a sus hogares, en lugar de limitarse a esperar que las personas acudan al CAPS, lo que posibilita realizar acciones de prevención y promoción de la salud.

Por lo tanto, el enfoque interdisciplinario fortalece la capacidad resolutoria del equipo y mejora la experiencia de atención de las personas y la comunidad. De este modo, se evita que la comunidad deba concurrir reiteradamente al centro de salud, reduciendo el riesgo de comprometer sus fuentes laborales, afectar sus ingresos o enfrentar complejas reorganizaciones del cuidado para poder asistir. Y, por sobre todas las cosas, posibilita que las personas accedan a una mejora integral de su salud, y no a una recuperación parcial.

En resumen, el vínculo entre la comunidad y los trabajadores del CAPS es uno de los puntos considerados importantes para conocer la satisfacción de la comunidad, es decir la aceptabilidad. La mayoría de los encuestados realizó una evaluación positiva de los aspectos del servicio, entre ellos la buena información y comunicación, el respeto en el trato y el trato cercano, aspectos que favorecen que las personas se sientan reconocidas por el equipo de salud. Por otro lado, el estudio mostró que la satisfacción con el personal de enfermería fue comparativamente menor que con otros profesionales del equipo, quienes recibieron valoraciones más favorables y constituyen un componente destacado en la elección del CAPS por parte de la comunidad.

6.4 Estado Edificio del CAPS

El estado edilicio de un efector de salud constituye un componente un condicionante de la calidad de la atención y un factor con incidencia directa sobre la salud de las personas. Los efectores de salud, en lo que respecta a su estado edilicio, por su condición material deben responder a dos dimensiones. Una urbanística, ya que los CAPS son fundamentales para la ciudad y el barrio donde están situados. Al ser lugares de referencia para la población, deben ser rápidamente identificables y accesibles considerando cualquier medio y modo de circulación. Deben ubicarse en terrenos seguros, contar con toda la infraestructura de servicios necesaria para su funcionamiento y como efectores públicos transmitir una sensación de

protección, cobijo y cuidado de la salud. Otra dimensión es la arquitectónica, debido a la complejidad de su funcionamiento para garantizar la accesibilidad y la seguridad de los usuarios, se requiere contar con una clara distribución de los sectores de atención para una rápida orientación, una adecuada organización interna de los espacios (Fernández, 2020).

El CAPS Las Delicias se encuentra aún distante de alcanzar dichas condiciones. En términos urbanísticos, únicamente la calle que conecta el ingreso al centro de salud con la ruta se encuentra pavimentada. En consecuencia, las personas que residen en las cuadras adyacentes enfrentan serias dificultades para desplazarse hacia el efector de salud durante los días de lluvia, situación que se agrava en los casos en que es necesario el ingreso o traslado de pacientes mediante ambulancia.

Asimismo, el efector no dispone de la infraestructura adecuada para el desarrollo óptimo de sus actividades, debido a que posee espacios reducidos. Menciona una persona entrevistada: “Es muy reducido, es todo chiquito no hay muchas comodidades” (Entrevista IV., comunicación personal, 25 de marzo de 2025).

El Centro de Salud cuenta con tres salas de atención, una cocina de dimensiones reducidas que, simultáneamente, funciona como depósito de medicamentos, y un pasillo que se utiliza como sala de espera. Dispone de un baño destinado al uso del personal y otro de uso público que, sin embargo, se encuentra ocupado como depósito de residuos patológicos, razón por la cual su uso por parte de los usuarios se encuentra prohibida conforme a una ordenanza ministerial, como se observa en la Figura 1 y en la Figura 2.

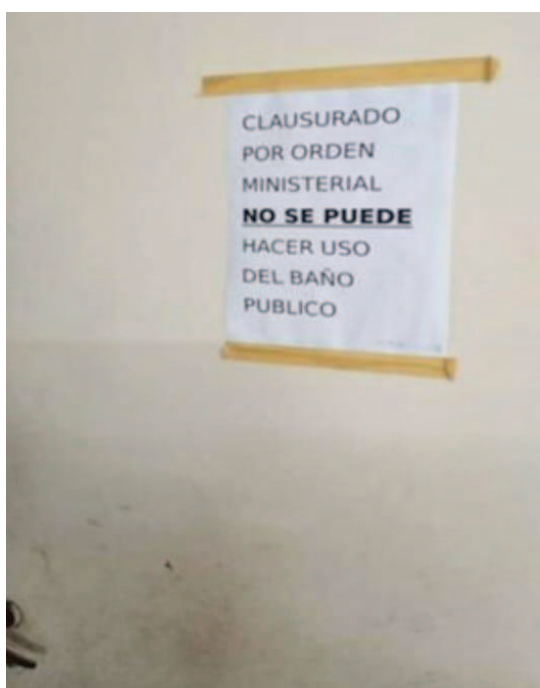


Figura 1

Puerta del baño del Centro de Salud Las Delicias

Nota. Fotografía recuperada de “Estado de alerta en el Centro de Salud Las Delicias” (UPCN Santa Fe, 2024). <https://www.upcnsfe.com.ar/2024/01/03/estado-de-alerta-en-el-centro-de-salud-las-delicias/>



Figura 2

Interior del baño del Centro de Salud Las Delicias

Nota. Fotografía recuperada de “Estado de alerta en el Centro de Salud Las Delicias” (UPCN Santa Fe, 2024). <https://www.upcnsfe.com.ar/2024/01/03/estado-de-alerta-en-el-centro-de-salud-las-delicias/>

La disponibilidad de baños accesibles, seguros y mantenidos bajo condiciones higiénicas adecuadas constituye un requisito esencial del edificio sanitario, para garantizar la dignidad, la privacidad y la seguridad de las personas, a la vez que contribuye a la prevención de riesgos sanitarios y al mejoramiento de la calidad de la atención. Estas instalaciones resultan imprescindibles para la satisfacción de necesidades fisiológicas básicas y no postergables, especialmente para personas con condiciones clínicas que incrementan la urgencia miccional o defecatoria. Asimismo, cumplen una función central en la realización de prácticas de higiene personal asociadas a diversas consultas, procedimientos o estudios diagnósticos y posibilitan el control de infecciones dentro del ámbito sanitario. Por lo tanto, la ausencia de un baño público en el CAPS afecta de manera significativa las experiencias de accesibilidad, con

repercusiones directas en la salud y el bienestar de las personas, al restringir la satisfacción de necesidades fisiológicas e higiénicas.

Los reclamos del equipo de salud junto con los gremios que integran el sector salud, tales como, Unión del Personal Civil de la Nación (UPCN), Sindicato de Profesionales Universitarios de la Salud (SiPrUS), Sindicato de Trabajadores de Enfermería (SITRE), Asociación de Trabajadores de la Sanidad Argentina (ATSA Santa Fe), Asociación Trabajadores del Estado (ATE), entre otros, respecto de esta problemática han sido numerosos y sostenidos a lo largo de los años, sin que hasta el momento se haya obtenido una respuesta institucional adecuada.

Esta carencia también afecta el desarrollo de los talleres propuestos por el equipo de salud, los cuales, desde una perspectiva de salud colectiva, buscan fortalecer el vínculo con la comunidad ofreciendo distintas infusiones y comidas, que promueva el encuentro, participación y cercanía entre la comunidad y equipo de salud. Sin embargo, esta estrategia se vio opacada por la falta de un baño público, situación que lleva a que algunas personas opten por no participar en dichas instancias.

Durante una de las observaciones participantes realizadas en el taller de Papanicolaou (PAP), se registró que, mientras compartían una infusión, algunas participantes bromeaban acerca de no querer beber demasiado té, dado que, ante la ausencia de un baño en el CAPS, se verían obligadas a recurrir al uso del espacio público, específicamente detrás de los árboles de la plaza contigua. Otras personas relataron que, en ocasiones, se han visto en la necesidad de desplazarse hasta la estación de servicio ubicada a dos cuadras del centro o de solicitar a algún vecino de confianza el uso de su baño.

Tal como señala una entrevistada, la disponibilidad de un baño en el CAPS se constituye en una necesidad básica para garantizar una atención digna y respetuosa. Sus palabras fueron directas y claras: “Necesitamos un baño” (Entrevista III., comunicación personal, 5 de septiembre de 2025).

Asimismo, este efector presenta múltiples espacios que requieren reparaciones y mantenimiento, incluyendo revoques desprendidos, acumulación de escombros y mobiliario en mal estado. A ello se suma la presencia de roedores, lo cual constituye un riesgo potencial para la salud de los usuarios. En consecuencia, la infraestructura existente no contribuye a generar sensaciones de confort, seguridad ni bienestar para las personas que acceden al centro de salud. Según lo relatado por una entrevistada: “El lugar donde atienden es deplorable, no es cómodo” (Entrevista II, comunicación personal, 16 de mayo de 2024).



Figura 3

Falta de mantenimiento en Centro de Salud Las Delicias

Nota. Fotografía recuperada de “Estado de alerta en el Centro de Salud Las Delicias” (UPCN Santa Fe, 2024). <https://www.upcnsfe.com.ar/2024/01/03/estado-de-alerta-en-el-centro-de-salud-las-delicias/>



Figura 4

Desechos de roedores en Centro de Salud Las Delicias

Nota. Fotografía recuperada de “Estado de alerta en el Centro de Salud Las Delicias” (UPCN Santa Fe, 2024). <https://www.upcnsfe.com.ar/2024/01/03/estado-de-alerta-en-el-centro-de-salud-las-delicias/>

Las condiciones edilicias reflejadas en la Figura 3 y en la Figura 4, son observadas y valoradas cuidadosamente por las personas que acceden al centro de salud. Expresa una

persona entrevistada: “Estructuralmente necesita refacciones” (Entrevista IX., comunicación personal, 6 de mayo de 2025). Y, otra al referirse al estado edilicio comenta con cara de tristeza “[...] tiene un estado de abandono” (Entrevista I., comunicación personal, 5 de abril de 2024).

Otra característica edilicia que genera que condiciona el acceso a la salud y la aceptabilidad de la comunidad es la ausencia de salas para garantizar la privacidad de las personas. El derecho a la privacidad e intimidad es muy importante, sobre todo considerando que por lo general quienes asisten se conocen entre sí. La ausencia de privacidad puede producir que las personas se vean limitadas al expresar sus dolencias y condiciones que limitan su vida. Asimismo, en ciertos casos, esta situación puede propiciar la intervención de personas ajenas al equipo de salud, lo que compromete la confidencialidad y la calidad de la atención brindada.

Sumado a ello, la insuficiencia de consultorios para todos los especialistas genera dificultades en el desarrollo de las prácticas profesionales del equipo de salud, viéndose en la necesidad de compartir los espacios de atención o de realizar intervenciones fuera de los consultorios destinados para tal fin. Una entrevistada, comenta al respecto: “La psicóloga hace reuniones en la placita o ahí en el dispensario donde cada uno va contando sus cosas y yo creo que la atención tendría que ser individual” (Entrevista II, comunicación personal, 16 de mayo de 2024).

La ausencia de espacios físicos privados genera incomodidad en las personas y puede tener consecuencias directas sobre la continuidad del tratamiento, como se evidencia en el caso de la entrevistada que decidió no proseguir con su atención psicológica.

A grandes rasgos también se menciona la ausencia de servicios de internet, teléfono y computadoras desde hace varios meses. Esta situación no les permite tener acceso a información relevante para la atención como las fichas clínicas, resultados de estudios y pedidos de derivaciones médicas. Según lo señalado por una integrante del equipo de salud entrevistada, el malestar de los trabajadores es evidente, se encuentran incomunicados y utilizando su teléfono personal, lo que contribuye a desdibujar los límites entre la vida privada y la laboral. Para la comunidad, la imposibilidad de obtener el acceso a documentos médicos y derivaciones tras múltiples visitas puede llevar a que opten por acudir a otro centro de salud o incluso a interrumpir su continuidad en su proceso de atención. Esta situación, además, constituye una interferencia en el proceso de atención, afectando directamente la salud de las personas.

Es relevante señalar que la totalidad de la muestra manifestó insatisfacción con el estado edilicio del CAPS, lo cual resulta comprensible a la luz de las condiciones observadas. La infraestructura reducida no solo restringe el funcionamiento del efector, sino que también

genera incomodidad en las personas. Asimismo, la ausencia de un baño adecuado constituye un obstáculo significativo para la salud y el bienestar de la comunidad, afectando directamente la calidad de la atención recibida.

La carencia de infraestructura adecuada puede provocar que las personas eviten concurrir al CAPS, retrasando la búsqueda de atención médica y, en consecuencia, afectando negativamente la prevención y la atención oportuna del proceso salud-enfermedad. Por ello, resulta imprescindible considerar la mejora de la infraestructura como un componente central para fortalecer la relación entre la comunidad y el equipo de salud, garantizar una atención de calidad y promover un entorno que propicie la confianza y la participación activa de las personas.

6.5 Tiempos de Espera

Asimismo, la comunidad en sus razonamientos evaluativos incorpora la consideración de los tiempos de espera. Tal como se desarrolló en el apartado referido al proceso de atención, en este efector de primer nivel es posible distinguir al menos tres momentos diferenciados: el tiempo requerido para ingresar al CAPS; el intervalo transcurrido entre la solicitud del turno y el turno efectivamente asignado; y, finalmente, el tiempo de espera comprendido entre la llegada al efector y la atención por parte del profesional de salud correspondiente.

En primer lugar, el *tiempo transcurrido para ingresar al CAPS* a través del acceso principal constituye el aspecto de menor aceptabilidad por parte de la comunidad.

Las personas entrevistadas coincidieron en manifestar su disconformidad con el sistema de ingreso, el cual no se encuentra determinado únicamente por las demandas de salud, sino también por la mediación ejercida por los trabajadores de salud. Las decisiones de estos últimos inciden en el reconocimiento o la negación del derecho de la comunidad a acceder al efector público en ese momento. Esta instancia inicial, por lo tanto, no solo regula el flujo de atención, sino que además configura y revela dinámicas de inclusión y exclusión que atraviesan las experiencias en relación al CAPS.

Los relatos recogidos evidencian que, en este proceso, las personas suelen sentirse bajo sospecha, juzgadas o incluso ignoradas, como si su presencia careciera de legitimidad o relevancia. Una persona entrevistada sintetizó esta experiencia señalando: “Como si nuestro tiempo no valiera” (Entrevista V., comunicación personal, 25 de marzo de 2025).

Tales vivencias permiten reconocer una relación entre las experiencias del tiempo y el funcionamiento del poder, donde la espera es una experiencia particular del tiempo y una de las formas de experimentar los efectos del poder. Como plantea Auyero (2009), hacer esperar,

demorar sin destruir la esperanza y suspender sin decepcionar completamente son mecanismos centrales de la dominación. En este sentido, quienes esperan suelen ser quienes poseen menor poder, y, en consecuencia, su tiempo es tratado como menos valioso, lo que contribuye a naturalizar que la espera no afectaría de manera significativa sus vidas. Sin embargo, esta presunción dista considerablemente de la realidad. Para muchas personas, los tiempos de espera prolongados pueden generar serias repercusiones, tanto en sus actividades como en sus ingresos. A ello se suman las implicancias directas en la salud, en tanto la demora en el acceso puede agravar síntomas, aumentar el malestar y retrasar diagnósticos y tratamientos oportunos.

Este tipo de experiencias configura un ambiente de primer encuentro identificado por la comunidad como hostil o poco acogedor, distante del ideal de acogida propio del primer nivel de atención. Así se potencian las brechas entre los trabajadores del CAPS y la comunidad.

En relación con los tiempos concretos, los entrevistados estimaron que la espera inicial detrás de las rejas es de diez a veinte minutos. Aunque este tiempo podría considerarse razonable de manera aislada, adquiere una significación distinta al analizarse en el marco del tiempo total que las personas deben dedicar para acceder finalmente a la atención por parte del equipo de salud. En síntesis, el sistema de ingreso vigente contribuye a prolongar la espera.

En segundo lugar, la comunidad para lograr acceder a la atención debe transitar un segundo tiempo de espera, que es el *tiempo transcurrido entre la solicitud del turno y el turno asignado*. En lo que respecta al tiempo transcurrido entre la solicitud de un turno con un profesional de la salud y la atención efectiva, once de las trece personas entrevistadas señalaron que dicho intervalo correspondió a algunos días, mientras que dos indicaron haber esperado aproximadamente un mes.

Aunque estos tiempos podrían considerarse aceptables si se valoran únicamente desde criterios administrativos, las entrevistas revelaron que, en determinadas circunstancias, la espera prolongada implica riesgos concretos para la salud. Frente a situaciones percibidas como urgentes o potencialmente graves, algunos usuarios se vieron obligados a recurrir a servicios privados, asumiendo gastos de bolsillo que no estaban contemplados en su economía cotidiana.

Un relato ilustrativo es el de una entrevistada con diagnóstico de endometriosis, quien enfrentó demoras significativas en la realización de estudios prequirúrgicos. Debido a la severidad de los síntomas y al temor de que el retraso afectara su salud, decidió realizar los estudios en una clínica privada, pese al esfuerzo económico que ello le representó. Este testimonio evidencia que la espera no solo tiene efectos sobre la oportunidad y eficacia de las intervenciones en salud, sino que además puede generar un desplazamiento hacia efectores de

salud pagos, profundizando desigualdades preexistentes, sobre todo para quienes no poseen la posibilidad de realizar esos gastos.

Del mismo modo, los tiempos prolongados de espera pueden contribuir al abandono de los tratamientos, especialmente en el ámbito de la salud mental. La elevada demanda que reciben estos servicios dentro del CAPS limita la disponibilidad de turnos, lo que en muchos casos se traduce en intervalos de atención de aproximadamente un mes. Para una parte de la comunidad, esta frecuencia resulta insuficiente para garantizar el sostenimiento del vínculo terapéutico y el acompañamiento necesario, además de incrementar el riesgo de interrupción del tratamiento y, en consecuencia, el empeoramiento de la salud.

En tercer, y último lugar, *tiempo transcurrido en la sala de espera para recibir la atención*. Del total de trece personas entrevistadas, cuatro indicaron haber esperado alrededor de treinta minutos, siete manifestaron haber aguardado aproximadamente una hora, y otras dos señalaron haber esperado más de una hora. Si bien los tiempos reportados no son uniformes, se observa que, en términos generales, la espera promedio se aproxima a los 60 minutos.

Este hallazgo adquiere especial relevancia si se considera el tiempo adicional que las personas deben permanecer detrás de las rejas para poder ingresar al efector.

Asimismo, la configuración edilicia contribuye a agravar las condiciones de espera, el espacio es reducido, carece de baños de uso público y presenta signos deterioros y falta de mantenimiento. Estas características no sólo prolongan la percepción de la espera, sino que también impactan de manera directa en la experiencia de las personas, generando incomodidad y posibles repercusiones en la salud de quienes deben permanecer en estas condiciones durante períodos prolongados.

En conjunto, estos elementos evidencian que la espera en el CAPS no puede considerarse únicamente en términos temporales, sino que es forma participar de transitar el tiempo, donde los tiempos de quienes esperan, en condiciones alejadas de cualquier tipo de comodidad, son considerados menos valiosos por quienes tienen mayor poder y disponen las reglas de ingreso y las dinámicas de trabajo. En general la comunidad manifiesta poca aceptabilidad en los tiempos de espera. No obstante, los entrevistados expresaron, de manera casi unánime, satisfacción por la posibilidad de acceder a un turno, aun cuando este requiera tiempos de espera prolongados que pueden comprometer su salud, alterar la organización de su vida cotidiana o afectar sus fuentes de trabajo.

En conjunto, estos elementos evidencian que la espera en el CAPS no puede considerarse únicamente en términos de duración temporal, sino que constituye una forma de experimentar y transitar el tiempo.

6.6 Acceso a Medicación Gratuita

Y, por último, como criterio valorativo se identificó el *Acceso a medicación en forma gratuita*.

El acceso a la medicación constituye uno de los principales motivos por los cuales la comunidad decide atender su proceso de salud-enfermedad en el CAPS. Muchas personas se encuentran imposibilitadas de adquirir sus medicamentos por cuenta propia y encuentran en el Centro de Atención Primaria de la Salud su principal fuente de acceso a la medicación.

En Santa Fe la provisión de medicamentos para los efectores públicos depende de programas nacionales (Remediar) y provinciales (Laboratorio Industrial Farmacéutico - LIF).

Los recortes presupuestarios aplicados por los gobiernos nacional y provincial en materia de políticas públicas inciden de manera directa en la variedad y cantidad de medicamentos que ingresan a los efectores de salud pública. Como se ha señalado, al CAPS se le informó la discontinuidad en el suministro de numerosos fármacos por parte del gobierno provincial, lo que indica un deterioro de los alcances de la salud que afecta de forma considerable la salud de las personas que están en situaciones de vulnerabilidad.

Frente a esta situación, los trabajadores de la salud han implementado como estrategia la provisión de medicamentos con efectos terapéuticos similares, con el propósito de ofrecer alguna alternativa a los pacientes. No obstante, en muchos casos esta medida ha generado efectos adversos en la salud de las personas, quienes se han visto obligadas a abandonar el tratamiento ante la imposibilidad de adquirir el medicamento originalmente indicado.

Se sostiene que el acceso a la medicación constituye un derecho, y, en consecuencia, debe ser garantizado por el Estado no sólo a través de políticas públicas adecuadas, sino también mediante la asignación del presupuesto necesario para su efectiva implementación.

No es aceptable continuar administrando medicamentos alternativos a las personas como si se tratara de un experimento, sólo porque el fármaco que necesitan resulta más costoso de producir. Esto plantea un interrogante fundamental: ¿cuál es el valor que se le atribuye a la salud y a la vida de las personas? En última instancia, lo que está en juego es la salud y la vida misma de quienes dependen de un tratamiento adecuado y oportuno.

Pese a ello, este servicio presenta un alto nivel de aceptabilidad por parte de la comunidad, cuyos miembros refieren haber recibido siempre algún tipo de medicación para tratamientos crónicos como ambulatorios. Aun cuando no se disponía del fármaco específicamente indicado, se les ofrecía otro con efectos terapéuticos similares.

Asimismo, las personas que cuentan con obra social o con cobertura de PAMI y que realizan su proceso de atención en el CAPS también acceden a la medicación de forma gratuita. De este modo, el ejercicio del derecho a la medicación no queda condicionado a la posibilidad de asumir gastos de bolsillo ni reducido a una responsabilidad individual, sino que se garantiza a través del sistema público de salud.

Reflexiones en relación a la Aceptabilidad de la Comunidad

Reconstruir las experiencias de accesibilidad y comprender la aceptabilidad al CAPS por parte de la comunidad, a quienes se dirige esta política pública, reviste una gran relevancia, ya que nos permitió conocer cómo viven las personas su proceso de atención en salud y cómo viven su derecho a la salud.

Los hallazgos permitieron advertir que el efecto de las políticas y plan de gobierno impactaron fuertemente en la vida de las personas, colocándolas en una posición de mayor vulnerabilidad frente al aumento y diversificaciones de condicionantes sociales de la salud. Las condiciones de vida en el territorio, caracterizadas por la ausencia de servicios esenciales, la falta de recolección de residuos, la escasez de espacios verdes y la falta de viviendas dignas, exponen de manera diferencial a la comunidad a la aparición de enfermedades o a su prolongación en el tiempo.

El análisis de sus prácticas de reproducción ampliada de la vida muestra que las construcciones socioculturales sobre los roles de género y los distintos tipos de trabajos generan posiciones diferenciadas en relación con el acercamiento al CAPS e influye de manera directa en la forma en que se vinculan con su propio proceso de salud-enfermedad. Sin embargo, tanto las mujeres como las masculinidades del territorio desarrollan actividades cotidianas que implican un significativo deterioro de salud y en condiciones laborales precarias.

Las tareas de cuidado constituyen una fuente significativa de desgaste físico y emocional. Ello se debe a que, en la mayoría de los casos, estas actividades no sólo forman parte del trabajo remunerado que realizan muchas mujeres, sino que también se reproducen como obligaciones no remuneradas dentro del ámbito doméstico. Esta doble carga de cuidado profundiza la sobreexigencia cotidiana y limita las posibilidades de descanso y autocuidado.

Por otro lado, las actividades predominantes entre las masculinidades del territorio suelen estar asociadas a trabajos físicamente demandantes, caracterizados por esfuerzos intensos, prolongados y, en muchos casos, incrementan el riesgo de lesiones, fatiga crónica y problemas de salud a largo plazo.

Estos trabajos comparten la característica de proveer ingresos insuficientes, lo que obliga a las personas a buscar múltiples trabajos para intentar satisfacer sus necesidades básicas. Además, la condición de trabajadores y trabajadoras informales los expone a condiciones laborales precarias, a la ausencia de seguridad social y a la vulneración de derechos fundamentales, como la posibilidad de ausentarse para realizar procesos de atención en salud o para realizar tratamientos. Del mismo modo, la insuficiencia de estos ingresos limita la posibilidad de efectuar gastos de bolsillo en salud, lo que los conduce a depender exclusivamente del sistema público. En consecuencia, sus necesidades sanitarias se encuentran estrechamente vinculadas a sus condiciones de vida y a las dinámicas cotidianas que las configuran.

Por ello, se sostiene que la mejora del bienestar de las personas no puede limitarse únicamente a la atención de la enfermedad. Resulta imprescindible abordar los determinantes sociales de la salud que la originan, lo cual implica garantizar condiciones territoriales adecuadas, condiciones laborales dignas e ingresos suficientes que contribuyan a elevar la calidad de vida. En otras palabras, la atención en salud no puede centrarse exclusivamente en los factores biológicos de las enfermedades, es necesario identificar y transformar las múltiples causas sociales que las producen, reproducen o, en algunos casos, prolongan su presencia en el tiempo.

En este sentido, se reafirma la centralidad del CAPS, en tanto el vínculo con sus trabajadores y trabajadoras resulta imprescindible para, mediante una escucha activa, atenta y respetuosa de las voces de la comunidad, acceder a un conocimiento situado de las realidades que atraviesan los procesos de salud-enfermedad.

En relación con las experiencias de accesibilidad, la observación del proceso de atención permitió identificar los criterios valorativos que la comunidad considera para su aceptabilidad del CAPS. Entre estos criterios se destacan: la gratuidad del servicio de salud; el vínculo entre la comunidad y los trabajadores de salud; los tiempos de espera; el estado edilicio; y el acceso a la entrega de medicación gratuita. La identificación de dichos criterios posibilita comprender de manera más precisa la aceptabilidad del CAPS desde la mirada de la comunidad.

Distintos aspectos reducen la aceptabilidad al CAPS, entre los cuales se destacan los prolongados tiempos de espera que atraviesa todo el proceso de atención, desde la espera para la asignación de turnos, la espera detrás de las rejas principales para el ingreso al efector, hasta la espera en la sala para ser efectivamente atendido. Estas demoras, en muchas ocasiones, provocan que la atención sanitaria se brinde de manera inoportuna e inadecuada respecto de la

situación que le dio origen y que, en algunos casos, ello derive en el abandono o la suspensión de tratamientos necesarios y prescritos. En relación al tiempo de espera detrás de las rejas, la misma funciona como un umbral que genera tensión y disputa, ya que parte de la comunidad se siente bajo constante sospecha o ignoradas por parte del personal del CAPS.

Sumado a ello, las deficientes condiciones edilicias, la ausencia de un baño de uso público e insuficiente confort durante las esperas prolongadas, particularmente cuando alguna persona presenta determinadas dolencias, intensifican la sensación de malestar y la percepción del tiempo de espera, incrementando la incomodidad y la frustración asociadas al proceso de atención.

Es posible inferir que estos aspectos que disminuyen la aceptabilidad del CAPS se vinculan, en parte, con la reducción del gasto público. Esto se evidencia en la falta de mantenimiento del edificio, en la disminución de la variedad y cantidad de medicamentos disponibles, así como en los limitados recursos con los que cuentan los trabajadores para el desempeño de sus actividades.

La salud no es una responsabilidad exclusivamente individual ni un privilegio asociado a la posición económica. Por el contrario, la salud es un derecho constitucional y, por lo tanto, requiere el financiamiento necesario para garantizar su ejercicio efectivo. No podemos dejar que el acceso a los efectores de salud esté sujeta a las posibilidades económicas para costearlos.

A pesar de los aspectos que reducen la aceptabilidad señalados, las personas continúan eligiendo asistir al CAPS, no únicamente por la gratuidad del servicio y la entrega de medicamentos, dado que sus condiciones económicas no les permiten cubrir estos gastos, sino también por el vínculo establecido entre los trabajadores del CAPS y la comunidad. La mayoría de los entrevistados indicó que asiste al Centro de Salud desde hace varios años y lo continúa eligiendo por la buena atención recibida. Asimismo, varios entrevistados señalaron que son ‘conocidos’ por el personal, lo cual constituye una forma de reconocimiento social y contribuye a fortalecer la relación, la cercanía y la vinculación entre la comunidad y los trabajadores de salud.

Como menciona uno de los entrevistados refiriéndose al Centro de Salud: “Es una herramienta muy importante para el barrio, es importante para el barrio tener atención de salud” (Entrevista IV., comunicación personal, 25 de marzo de 2025).

Se coincide en que el CAPS constituye una herramienta fundamental para la salud, dado que, para personas en situaciones de vulnerabilidad, la cercanía territorial de la atención y la gratuidad del servicio pueden representar la única vía de acceso a la atención, a la continuidad

del tratamiento o a procesos de rehabilitación. Por ello, se interpreta que predomina la aceptabilidad del efector y que su permanencia en el barrio resulta de vital importancia.

En este escenario, donde las ideas de meritocracia, competencia y descreimiento de la legitimidad de lo público (Soldano, 2024) están tan presentes e impregnan el sentido común de una gran parte de la sociedad, se vuelve imprescindible repensar de modo crítico y reflexivo desde donde nos posicionamos para pensar la salud y también las prácticas y políticas en relación a ella. Este pensamiento crítico y reflexivo en relación a la salud no es solo dirigido a quienes trabajan en relación a este campo, sino que nos compete a todos como sociedad y es un modo de poder exigir colectivamente las intervenciones Estatales necesarias para mejorar las condiciones de vida de las personas y con ella la salud.

Afirmamos que salud es una categoría científica, política y social, es decir de poder (Navarro, 1998). Por este motivo, es oportuno retomar la postura de Ferrara Floreal (s.f.), quien entiende a la salud como la capacidad singular y colectiva para luchar contra condiciones que limitan la vida. No se trata de eliminar microbios, ni de enseñar a la gente cómo vivir. Se trata de la capacidad de luchar, de desear cambiar lo que produce sufrimiento y limita la vida.

Se sostiene que para que la comunidad utilice y se apropie de los servicios del Centro de Atención Primaria de la Salud, no basta con la disponibilidad de prestaciones, sino también es necesaria una adecuada adaptación de los servicios sanitarios a las condiciones de reproducción ampliada de la vida, las necesidades y demandas de las personas. Para ello, los servicios ofrecidos por los efectores de salud tienen que considerar los criterios y expectativas de la población, de manera que estos se vean motivados a utilizarlos. También sirve como un indicador de la calidad de atención que recibe la población y se puede pensar como un abono para futuros replanteamientos en torno a la salud desde la participación de la comunidad en el diseño, orientación y gestión de los servicios.

A partir del presente estudio surgen potenciales líneas de investigación. Entre ellas, analizar cómo las condiciones edilicias influyen en la salud de las personas, dado que la producción académica existente sobre este tema resulta aún limitada. Asimismo, resulta pertinente profundizar en las desigualdades de género en la salud de personas en situación de vulnerabilidad, considerando todo el ciclo vital, desde el nacimiento hasta la vejez. Sería relevante investigar sobre las concepciones o posicionamientos en torno a la accesibilidad que se construyen en la gestión.

La producción de conocimiento constituye una vía fundamental para legitimar no sólo la relevancia de la profesión de Trabajo Social, sino también el valor de la universidad pública. Como expresa Genolet (2013), el conocimiento es poder y es necesario que los debates se

produzcan en los espacios públicos donde circula y se disputa ese poder. En este sentido, es imprescindible ocupar espacios de debate y producción académica, donde la lucha sea colectiva en defensa y compromiso tanto de los espacios públicos como de los derechos humanos y sociales.

Referencias

- Agüero, A. (s. f.). Ramón Carrillo. *Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires*.
<https://anm.edu.ar/dr-ramon-carrillo/>
- Anguita, E., & Cecchini, D. (2021, 28 de junio). La trama del golpe contra Illia: un general rebelde, dos coroneles impertinentes y un locutor improvisado. *Infobae*.
<https://www.infobae.com/sociedad/2021/06/28/la-trama-del-golpe-contra-illia-un-general-rebelde-dos-coroneles-impertinentes-y-un-locutor-improvisado/>
- Ariovich, A. & Jiménez, C. (2014). *Accesibilidad a la atención de la salud en el municipio de Malvinas Argentinas*. (1ed). Los Polvorines.
- Auyero, J. (2023). *Pacientes del Estado*. EUDEBA.
- Ballesteros, M. (2016). Desigualdades sociales en los tiempos de espera para la consulta médica en Argentina. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 15(30), 234–250.
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-30.dste>
- Barri, H., & Escudero, J. (2018). Salud colectiva: problemas y propuestas – Epidemiología comunitaria (EPICOM). *Voces en el Fénix*.
<https://www.economicas.uba.ar/extension/vocesenelfenix/salud-colectiva-problemas-y-propuestas-epidemiologia-comunitaria-epicom/>
- Beretta, D., Bonet, A. M., Gorrochategui, J., Marichal, M. E., Marzoni, S., Rossler, G., & Soldano, D. (2023). Políticas sanitarias y de protección social y asistencia alimentaria en tiempos de COVID-19: Aportes para comprender a las relaciones intergubernamentales desde la ciudad de Santa Fe. En M. M. Di Virgilio (Dir.), *Los desafíos de las relaciones intergubernamentales en contextos de incertidumbre. Tomo 2: Territorios, políticas públicas y respuestas ciudadanas en contextos de pandemia por COVID-19* (pp. 255–283). Ediciones UNL.

- Barotto, A. (2014). *Evaluación de la calidad de la atención en los servicios de salud del primer nivel de atención de la localidad de Santo Tomé, Corrientes: Satisfacción de los usuarios* [Tesis doctoral, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud “Fundación H. A. Barceló”].
- Carballeda, A. (2014). Escenarios Sociales, Intervención y Acontecimiento. (1ed). *Revista Margen*. <https://www.margen.org/epub/acontecimiento.pdf>
- Carballeda, A. (2024). Pensar la Salud Mental en contextos de desigualdad y miseria planificada. *Revista Margen*, 113.
- Carpio, J. (Ed.). (2025, marzo 25). *Milei un año después: ¿utopía libertaria o distopía argentina? Ciudadanía*. *Revista de Políticas Sociales Urbanas*, número especial. <https://revistas.untref.edu.ar/index.php/ciudadanias/issue/view/160>
- Casallas Murillo, A. (2017). La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública. *Revista Ciencias de la Salud*, 15(3), 397-408. <https://www.redalyc.org/pdf/562/56253119009.pdf>
- Castaños, M. (2023, 29 de abril). A 20 años de la gran inundación, la ciudad de Santa Fe no olvida. *La Capital*. <https://noqueremosinundarnos.blogspot.com/2023/04/a-20-anos-de-la-gran-inundacion-la.html>
- Chávez, D. (2017). *Humanizar la medicina*. Apuntes de circulación interna.
- Chiara, M. (2017). Entre los programas y los servicios: Las políticas de atención de la salud a través de sus instrumentos. Una aplicación al caso argentino (2003-2011). *Gestión y Política Pública*, XXVI (), 191-222.
- Curioni, G. (2024, 31 de julio). La Asamblea NUM Santa Fe al gobierno provincial: “Pará Pullaro”. *Periódicas*. <https://periodicas.com.ar/2024/07/31/la-asamblea-num-santa-fe-al-gobierno-provincial-para-pullaro/>
- D'Agostino, A. & Veloz, J. (2021). Políticas públicas y producciones subjetivas. Accesibilidad y derecho a la salud. *Revista de Psicología*. <https://dx.doi.org/10.24215/2422572Xe079>
- De Keijzer, B. (2001). Hasta donde el cuerpo aguante; género, cuerpo y salud masculina. *Editorial Universidad Peruana Cayetano Heredia*. https://www.gub.uy/ministerio-industria-energia-mineria/sites/ministerio-industria-energia-mineria/files/documentos/noticias/hasta_donde_el_cuerpo_aguante_genero_cuerpo_y_salud_masculina_b.keizjer_2003.pdf
- De Keijzer, B., Cuellar, A. C., Valenzuela Mayorga, A., Hommes, C., Caffè, S., Mendoza, F., Cayetano, C., & Vega, E. (2022). *Masculinidades y salud de los hombres en la Región*

- de las Américas. Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e93.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.93>
- Díaz, R. & Badano, M. (2014). *Ficha de cátedra: "Análisis de entrevistas. Frases significativas"*. Seminario apoyo tesis, Maestría en Trabajo Social. FTS. UNER.
- Durán, P., & Andreozzi, L. (2022, febrero). *Noroeste Santa Fe: Caracterización sociodemográfica*. Manuscrito no publicado.
- Esquivel, V., Faur, E., & Jelin, E. (2012). Hacia la conceptualización del cuidado: familia, mercado y Estado. En V. Esquivel, E. Faur, & E. Jelin (Eds.), *Las lógicas del cuidado infantil: Entre las familias, el Estado y el mercado* (pp. 20–20). IDES.
- Esquivel, V., & Pereyra, F. (2017). Las condiciones laborales de las y los trabajadores del cuidado en Argentina: Reflexiones en base al análisis de tres ocupaciones seleccionadas. *Trabajo y Sociedad*, (28), 55–82.
https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1514-68712017000100004
- Fernández, P. (2020, 9 de junio). Arquitectura y diseño en los espacios de atención de la salud. *UNL Noticias*.
https://www.unl.edu.ar/noticias/news/view/arquitectura_y_dise%C3%B1o_en_los_espacios_de_atenci%C3%B3n_de_la_salud_2
- Ferrara Floreal, A. (s.f.). *Conceptualización del campo de la salud*. Material de circulación interna. <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidadnacionaldellitoral/salud-publica/floreal-ferrara-conceptualizacion/57284323>
- Fitz Patrick, M., Ruiz, I., & Crucianelli, S. (2023, 10 de diciembre). Cronología de los 13 presidentes argentinos en 40 años de democracia. *Infobae*.
<https://www.infobae.com/politica/2023/12/10/cronologia-de-los-13-presidentes-argentinos-en-40-anos-de-democracia/>
- Fundación Igualar. (2024, 12 de abril). Microbasurales: un macro problema municipal. *Página12*. <https://www.pagina12.com.ar/756749-microbasurales-un-macro-problema-municipal>
- Gabrinetti, M. (2012). *Gestión de políticas sociales como campo: El caso de programas de empleo y de transferencia condicionada de ingresos*. Ponencia presentada en las VII Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Argentina.
<http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/>

- Genolet, A. (2013). Miradas en torno a la construcción de conocimientos en Trabajo Social en clave histórica. En: *La investigación en Trabajo Social. Publicación post – jornadas. Vol. XI.* Facultad de Trabajo Social – UNER. pp. 97 a 110.
- Gobierno de Santa Fe. (2023). *Red de atención en salud.* <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/114560>
- Gobierno de la Provincia de Santa Fe. (s. f.). *Centros de salud sin internación.* <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/114560>
- Gómez Arias, R., Rodríguez Ospina, F., Martínez Ruiz, O., Agudelo Vanegas, N., Zea, L., & González, E. R. (2005). Gestión de políticas públicas y salud. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 10(), 9-21.
- Gorochategui, J. (2021). Las políticas sanitarias. En D. Soldano (Ed.), *Itinerarios del bienestar en espacios subnacionales: La política social en la ciudad de Santa Fe (1983–2016)* (pp. 145–172).
- Guerrero, M. (2023, 28 de abril). *Veinte años de la inundación de Santa Fe: 158 víctimas fatales, desidia estatal e impunidad.* Agencia de Noticias Tierra Viva. <https://agenciaterraviva.com.ar/veinte-anos-de-la-inundacion-de-santa-fe-158-victimas-fatales-desidia-estatal-e-impunidad/>
- Gutiérrez, A. (2009). “La movilidad de la metrópolis desigual: el viaje a la salud pública y gratuita en la periferia de Buenos Aires”. *XII Encuentro de Geógrafos de América Latina*, Montevideo, abril de 2009
- Gayubas, A. (2025, 27 de junio). Revolución Libertadora. *Enciclopedia Humanidades.* <https://humanidades.com/revolucion-libertadora/>
- Hermann, J. (2008). *La atención primaria de la salud en la argentina en el contexto de las reformas neoliberales.* Apuntes de circulación interna.
- Instituto Nacional Juan Domingo Perón. (s. f.). *Biografía de Perón.* <https://jdperon.gob.ar/material-de-consulta/biografia-de-peron/>
- Jara, O. (2009). La sistematización de experiencias y las corrientes innovadoras del pensamiento latinoamericano. Una aproximación histórica. *Diálogos de saberes*, 3, pp. 118-129.
- Laurell, A. (1982). *La salud-enfermedad como proceso social* (Cuadernos de Trabajo). Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Lago, F., Elorza, M., Nebel Moscoso, S. & Vanina Ripari, N. (2013). Equidad en el acceso a los servicios de Atención Primaria de Salud en sistemas de salud descentralizados: el

- caso de la provincia de Buenos Aires, Argentina. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 12, 25.
- Longa, F. (2019). *Historia del movimiento Evita: la organización social que entró al Estado sin abandonar la calle*. Siglo XXI Editores.
- López Arellano, O., Escudero, J. & Carmona Moreno, L. (2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. *Social Medicine*, 3(4), 323–335. www.medicinasocial.info
- Mario, S. (2018). Servicios de salud: cobertura, acceso y utilización. En Piovani, J. & Salvia, A. (Coords.), *La Argentina en el siglo XXI: Cómo somos, vivimos y convivimos en una sociedad desigual. Encuesta Nacional sobre la Estructura Social* (pp. 265–290). Siglo XXI Editores Argentina.
- Mendizábal, N. (2006). “Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa”. *Estrategias de investigación cualitativa*. 1, 65-106.
- Navarro, V. (1998). Concepto actual de Salud Pública. Martínez-Navarro F, Antó JM, Castellanos PL, Gili M, Marset P, Navarro VL, editores. *Salud pública*. Madrid: McGraw Hill Interamericana.
- Oggier, G. (2023, 25 de septiembre). Aldo Neri – Ministro de Salud y Acción Social de la Nación Argentina (1983–1986). *Pacto Argentino por la Inclusión en Salud*. <https://paisinclusionosalud.org/aldo-neri-ministro-de-salud-y-accion-social-de-la-nacion-argentina-1983-1986/>
- Paravic-Klijn, T., & Lagos-Garrido, M. (2021). Trabajo en equipo y calidad de la atención en salud. *Ciencia y Enfermería*, 27, 41–52. <https://doi.org/10.29393/ce27-41tetm20041>
- Pausa. (2024, 21 de diciembre). *Santa Fe: Un informe revela que en el cordón oeste, el 100% de las familias necesita de asistencia para garantizar su alimentación*. <https://www.pausa.com.ar/2024/12/santa-fe-un-informe-revela-que-el-cordon-oeste-el-100-de-las-familias-necesita-de-asistencia-para-garantizar-su-alimentacion/>
- Perelmiter, L. (2015). “Dilemas de justicia y justificación. Una aproximación a conflictos de valor en la asistencia estatal”, *Papeles de Trabajo*, 9 (15), pp. 80-101.
- Pérez, S. & Perner, S. (2018). El acceso a la salud desde un enfoque de derechos. Percepciones de los equipos de salud de la Zona Andina de Río Negro. *Revista Pilquen*, 21(3), 32-44.
- Pigna, F. (s. f.). La imposición de un modelo económico y social. *El Historiador*. <https://elhistoriador.com.ar/la-imposicion-de-un-modelo-economico-y-social/>

- Piscetta, J. (2017, 6 de agosto). A 20 años de la Alianza, la apuesta electoral que terminó en colapso. *Infobae*. <https://www.infobae.com/historia/2017/08/06/a-20-anos-de-la-alianza-la-apuesta-electoral-que-termino-en-colapso/>
- Programa de Atención Primaria de Salud (2006). *Sistema de Incentivo para Profesionales de la Atención Primaria de Salud (PROAPS–SIPPAPS)*. Gobierno de la Provincia de Córdoba.
- Ramírez Velázquez, B. & López Levi, L. (2015). *Espacio, paisaje, región, territorio y lugar: La diversidad en el pensamiento contemporáneo*, (Colección: Geografía para el siglo XXI, Serie: Textos Universitarios, núm. 17), Instituto de Geografía, Universidad Nacional Autónoma de México y Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México, 207 pp., ISBN 978-607-02-7615-6. *Investigaciones Geográficas (Mx)*, (92), 20-22.
- Reyes Perea, E., Nepomuceno Ojeda, V. & Rizo Amézquita, J. (2018). Algunas consideraciones sobre la importancia de la integración del trabajo en equipo en los profesionales de la salud. *BOLETÍN CONAMED- OPS*, 16.
- Rodríguez Weber, F., Secín Diep, R., & Ramírez Arias, J. (2021). El trabajo en equipo como parte de un sistema de salud. *Acta médica Grupo Ángeles*, 19(4), 477-479. <https://doi.org/10.35366/102530>
- Rovere, M. (2004). La salud en Argentina: Alianzas y conflictos en la construcción de un sistema injusto. *Revista La esquina del sur*.
- Rovere, M. (2006). *Redes en Salud; los grupos, las instituciones, la comunidad*. (2da. ed.) El Ágora.
- Rosas Pagaza, M. (2001). La cuestión Social Contemporánea y la intervención profesional como campo problemático. En *La Intervención Profesional en relación con la Cuestión Social. El caso del Trabajo Social*. *Espacio Editorial*.
- Sandoval Acosta, G., (2014). Esquivel, V., Faur, E., Jelin, E. (Ed.). Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado IDES, UNFPA, Unicef, Argentina, 2012, 256 págs. *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*, (50), 218-220.
- Santa Fe Mi Barrio. (s.f.). *Barrio Las Delicias: Historia*. <https://santafemibarrío.com.ar/barrio-las-delicias-historia/>
- Santos, C. (2021). *A 20 años del 2001*. #Entramadxs – Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Nacional de Río Cuarto. <https://www.hum.unrc.edu.ar/a-20-anos-del-2001/>

- Schettini, P. & Cortazzo, I. (2016). *Técnicas y estrategias en la investigación cualitativa*. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP).
- Schipani, A., Forlino, L., & Anauati, M. V. (2025). *Mapa de las Políticas Sociales en la Argentina 2025: Continuidades y rupturas durante la presidencia de Javier Milei*. Instituto Universitario CIAS / Fundar. Recuperado de https://cias.ar/wp-content/uploads/2025/05/Version-CIAS-FU_DOC_MapasPoliticSociales-2025-v2.pdf
- Soldano, D. (2007). “*Políticas sociales y desigualdad después del neoliberalismo*”. *Un aporte teórico metodológico*. Exposición del 8vo Congreso Nacional de sociología jurídica “Derecho, democracia y sociedad”. Facultad de Ciencias Jurídicas y sociales. Universidad Nacional Del Litoral.
- Soldano, D. (2018). "Experiencias del bienestar. Para una comprensión de la política social desde el sentido común". *Ciudadanías. Revista de Políticas Sociales Urbanas*, (3).
- Soldano, D. & Beretta, D. (2019). Ciudadanía, territorio y subjetividad en las periferias de ciudades intermedias. Ciudad de Santa Fe (2001-2019). *CAI+D 2020 - PLAN DE TRABAJO*. UNL.
- Soldano, D. (2024, 21 de febrero). Ni capital ni humano: alegato en favor de la política social. *La vanguardia*. <https://lavanguardia.com.ar/index.php/2024/02/21/ni-capital-ni-humanoalegato-en-favor-de-la-politica-social/>
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud colectiva*, 6(3), 275-293.
- Spinelli, H. (2016). Volver a pensar en salud: programas y territorios. *Salud Colectiva*, 12(1), 9–20. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.748>
- Stavrides, S. (2016). *Hacia la ciudad de umbrales* (O. Abasolo Pozas, Trad.). Ediciones Akal.
- Taylor S. & Bodgan, R. (1984). “La observación participante en el campo”. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- UPCN Santa Fe. (2024, 3 de enero). Las Delicias – Centro de Salud en estado de alerta [Fotografía]. UPCN Santa Fe. <https://www.upcnsfe.com.ar/2024/01/03/estado-de-alerta-en-el-centro-de-salud-las-delicias/>
- Wallace, S. & Enriquez Haaz, V. (2001). “Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambios para los adultos mayores de EEUU”. *Scholl of Public Health Center for Center Policy Reserch*.

Zehringer, D. (2025). La reconfiguración de las políticas sociales en la gestión de gobierno de la Libertad Avanza: Implicancias en el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y en los Centros de Referencias. *ConCienciaSocial. Revista digital de Trabajo Social*, 8(16), 163–178.
<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/48752>