



EstuDAV
Revista Estudios Avanzados

Estudios Avanzados
Volumen 44, 2026: 49-75
ISSN 0718-5014

Artículo misceláneo
DOI <https://doi.org/10.35588/e3tehc21>



Construir puentes desde la reflexividad: Ampliando comprensiones sobre desigualdades en salud en Santiago del Estero (2007-2024)*

*Building bridges through reflexivity:
Broadening understanding of health inequalities
in Santiago del Estero, Argentina*

*Construindo pontes a partir da reflexividade:
Ampliando a compreensão sobre as desigualdades
em saúde em Santiago del Estero, Argentina*

Laurencia Lucila Silveti

Universidad Nacional de Santiago del Estero
Santiago de Estero, Argentina
ORCID <https://orcid.org/0000-0001-6284-9788>
laurenciasilveti@gmail.com

Horacio Antonio Pereyra

Universidad Nacional de San Martín
San Martín, Argentina
ORCID <https://orcid.org/0000-0003-4122-9306>
munayruray@gmail.com

Recibido

3 de noviembre de 2025

Aceptado

20 de febrero de 2026

Publicado

22 de junio de 2026

Cómo citar

Silveti, L.L. y Pereyra, H.A. (2026). Construir puentes desde la reflexividad: Ampliando comprensiones sobre desigualdades en salud en Santiago del Estero (2007-2024). *Estudios Avanzados*, 44, 49-75. <https://doi.org/10.35588/e3tehc21>



Resumen

Este trabajo revisita y pone en diálogo resultados de investigaciones cualitativas sobre los procesos de salud, enfermedad y atención realizadas en Santiago del Estero, Argentina, entre 2007 y 2024. La pregunta que orienta el estudio es: ¿de qué modos se producen y reproducen las desigualdades en el acceso a personal y servicios de salud en esta provincia? Desde una perspectiva interdisciplinaria inspirada en la Salud Colectiva Latinoamericana, se analizan configuraciones de los procesos sociosanitarios como expresiones de estructuras sociopolíticas y económicas más amplias que jerarquizan las diferencias entre grupos sociales. Los resultados evidencian respuestas institucionales alineadas discursivamente con organismos internacionales, pero tensionadas por prácticas médicas desarrolladas en condiciones de precariedad y por procesos de subjetivación marcados por la subordinación. No obstante, se observan estrategias de resistencia y reflexión que abren posibilidades de transformación entre escalas globales y locales.

Palabras clave: Salud Pública, personal de salud, desigualdad, atención sanitaria, interfase urbano-rural.

Abstract

This study revisits and connects findings from qualitative research on health, illness and care processes conducted in Santiago del Estero, Argentina, between 2007 and 2024. It addresses the question: how are inequalities in access to health personnel and services produced and reproduced in this province? Drawing on an interdisciplinary framework grounded in Latin American Collective Health, the analysis interprets social and health processes as expressions of broader sociopolitical and economic structures that generate hierarchies among social groups. The results reveal institutional responses discursively aligned with international organizations but constrained by medical practices carried out under precarious working conditions and by subordinated forms of subjectivation. Nevertheless, emerging strategies of resistance and reflexivity open possibilities for transformation between global and local arenas.

Keywords: Public Health, health team, inequities, health care, urban-rural interface.

Resumo

Este trabalho revisita e coloca em diálogo resultados de investigações qualitativas sobre os processos de saúde, doença e atenção realizadas em Santiago del Estero, Argentina, entre 2007 e 2024. A pergunta que orienta o estudo é: de que maneiras são produzidas e reproduzidas as desigualdades no acesso a pessoal e serviços de saúde nesta província? Desde uma perspectiva interdisciplinária inspirada na Saúde Coletiva Latinoamericana, analisam-se configurações dos processos sociosanitários como expressões de estruturas sociopolíticas e econômicas mais amplas que jerarquizam as diferenças entre grupos sociais. Os resultados evidenciam respostas institucionais alinhadas discursivamente com organismos internacionais, mas tensionadas por práticas médicas desenvolvidas em condições de precariedade e por processos de subjetivação marcados pela subordinação. Observam-se estratégias de resistência e reflexão que abrem possibilidades de transformação entre escalas globais e locais.

Palavras-chave: Saúde Pública, equipe de saúde, Desigualdades, atenção de saúde, interface urbano-rural.

Introducción

Este trabajo es una apuesta a un ejercicio de reflexividad de un conjunto de investigaciones cualitativas propias sobre la configuración de las desigualdades en el acceso a personal y servicios de salud en una provincia del noroeste argentino, Santiago del Estero, realizadas principalmente entre 2007 y 2024. Desde un abordaje interdisciplinario, analizamos estas experiencias y resultados, y tejemos congruencias para profundizar comprensiones sobre las desigualdades en salud con perspectiva situada. La intención es aportar al estudio de ciertas dinámicas donde se configuran formas de producción y reproducción de desigualdades en el acceso a personal y servicios de salud, con foco en las experiencias tanto de trabajadores y trabajadoras como de personas usuarias, desde perspectivas teóricas diversas como la antropología social, la sociología, la psicología, entre otras. Esta articulación interdisciplinaria busca integrar resultados de investigaciones previas para ofrecer nuevas miradas que posibiliten revisar y proponer lineamientos en la planificación y gestión de la organización sanitaria, junto a la visibilización del malestar en las experiencias encarnadas.

El ejercicio de reflexividad sobre investigaciones realizadas en marcos formales de investigación desde el año 2007 -en formación de posgrado y proyectos de investigación institucionalizados, algunos aún

vigentes- nos brinda la oportunidad de observar, de manera integradora, la configuración del sistema de salud público de una provincia del noroeste argentino, caracterizada por desigualdad y pobreza estructural (Gurmendi y Silveti, 2021; Salvia et al., 2024). Tales desigualdades sociales interpelan miradas analíticas en vinculación con las dinámicas específicas que prefiguran tanto las posibilidades del hacer de las personas y grupos, como también sus estrategias (Breilh, 2023).

En los últimos años, la reflexividad ha adquirido creciente centralidad en la investigación cualitativa en salud en América Latina, tanto por sus implicancias éticas y epistemológicas como por su potencial para generar conocimiento situado. Al respecto, Eguiluz et al. (2022) analizan experiencias de trabajo durante la pandemia de Covid-19 y discuten los dilemas de la posicionalidad y la adaptabilidad metodológica. En esa línea, Mastrangelo y Demonte (2024) muestran cómo la pandemia articuló trayectorias biográficas, saberes locales y condiciones materiales, mientras que Hadad (2017) problematiza el rol de la investigadora en estudios con comunidades mapuche. En el plano teórico, De la Cuesta-Benjumea (2011) y Filho (2019) destacan la reflexividad como un componente transversal del proceso investigativo, desde la formulación de problemas hasta la comunicación de resultados.

Finalmente, Arreola-Rodríguez (2023) invita a reconocer los componentes subjetivos -emociones, vínculos y motivaciones- como dimensiones constitutivas de toda investigación.

Estos antecedentes indican la consolidación de la reflexividad como línea metodológica en estudios cualitativos en salud, especialmente en contextos donde las y los investigadores mantienen vínculos institucionales o identitarios con los sujetos de estudio. Tal es el caso de este trabajo, orientado a examinar la producción de desigualdades en el acceso al personal y a los servicios de salud.

La pregunta que guía este trabajo es: ¿de qué modos se producen y reproducen desigualdades en el acceso a personal y servicios de salud en contextos específicos del Sur Global, como la provincia de Santiago del Estero? Para ello, entendemos que la categoría político-epistemológica de Sur Global permite visibilizar relaciones históricas de desigualdad y dependencia que atraviesan a determinados países y regiones, más allá de su ubicación geográfica (Dados y Connell, 2012).

Partimos del supuesto de que los procesos sociosanitarios constituyen una forma de expresión de estructuras sociopolíticas y económicas más amplias que configuran jerarquización de diferencias entre grupos sociales (Wacquant et al., 2012; Freidin et al., 2020). En estas estructuras, el sistema de salud público refleja los modos en que se reproduce y genera desigualdad en el acceso de

determinados conjuntos sociales a personal y servicios de salud.

Si bien este trabajo se inscribe en la perspectiva de los procesos salud-enfermedad-atención, centra su análisis en las condiciones de acceso a la atención y al cuidado en el sistema público de salud, entendiendo el acceso como un proceso socialmente determinado por dimensiones estructurales, territoriales, laborales, culturales y relacionales. Dicha concepción, que supera visiones fragmentadas de oferta o cobertura, se nutre de aportes de la Salud Colectiva y las ciencias sociales latinoamericanas, los cuales destacan el acceso como vínculo relacional condicionado por desigualdades estructurales, vulnerabilización y formas de gestión, en tensión con la retórica de cobertura universal y condicionamientos financieros globales (Castillo, 2017; Maceira, 2009; Comes et al., 2007; Flores-Sandí, 2012). Así, el acceso se constituye como un eje significativo para analizar la producción y reproducción de desigualdades sanitarias, así como los márgenes de autonomía y disputa en las prácticas cotidianas de equipos y comunidades, articulando marcos normativos de derechos, modelos de accesibilidad y estructuras sociosanitarias que configuran itinerarios concretos de atención.

La producción de desigualdades en torno a la accesibilidad adquiere una relevancia particular cuando se aborda desde una perspectiva reflexiva en investigaciones cualitativas de salud. Este enfoque permite contextualizar

las barreras y facilitadores del acceso no solo en términos descriptivos, sino como experiencias vividas y significados construidos colectivamente por trabajadoras y trabajadores, personas usuarias y comunidades. Al mismo tiempo, interpela a quienes investigamos a reconocer nuestras propias posiciones y sesgos, promoviendo una autocrítica que enriquece el proceso investigativo y orienta intervenciones culturalmente pertinentes (Finlay, 2002).

Enmarcado en las perspectivas de la Salud Colectiva Latinoamericana, en diálogo con la Sociología, la Antropología, las Ciencias Políticas y la Psicología, este trabajo retoma nociones como relaciones de salud internacional (Basile, 2022) y estigmatización territorial (Freidin et al., 2020). Asimismo, y siguiendo la premisa de que donde hay poder hay resistencias (Foucault, 1977; Franco y Merhy, 2011), se examinan los procesos de producción de demandas sociosanitarias que emergen en los márgenes del sistema público.

De acuerdo con los modelos teóricos clásicos, la accesibilidad a los servicios de salud refiere al conjunto de facilidades y obstáculos que enfrentan las personas y las comunidades para obtener atención y cuidado. Tal noción incluye componentes como la disponibilidad de servicios, la proximidad geográfica, la asequibilidad económica y la calidad de la atención (Penchansky y Thomas, 1981). También incorpora las competencias culturales del personal de salud, que influyen en la disposición de las personas usuarias

a buscar asistencia (Betancourt et al., 2005). En contextos como el de Santiago del Estero, atravesados por desigualdades estructurales e históricas, resulta fundamental comprender cómo estas dimensiones interactúan para producir brechas de acceso y orientar políticas que promuevan mayor equidad (Berk et al., 2001).

Por su parte, el concepto de desigualdades en salud requiere delimitar su alcance analítico. Desde las ciencias sociales, las desigualdades expresan violaciones a la dignidad humana al obstaculizar el desarrollo pleno de las capacidades (Theborn, 2016). En el campo sanitario, dicha discusión se ha enriquecido con la distinción entre, por un lado, desigualdades, entendidas como diferencias observables y descriptivas y, por otro lado, inequidades, que refieren a diferencias injustas o evitables originadas en condicionantes políticos y socioeconómicos (Almeida Filho, 2020). En este trabajo articulamos ambas perspectivas: adoptamos la categoría de desigualdades, pero incorporando la problematización ética y estructural que aporta la noción de inequidad propia de la Salud Colectiva Latinoamericana. Así, entendemos las desigualdades en salud como diferencias evitables e injustas en las oportunidades de bienestar y acceso a personal y servicios de salud, estrechamente vinculadas con estructuras políticas, económicas y sociales que las producen y reproducen.

Con lo expuesto, cabe destacar que este abordaje dialoga con los modelos

clásicos de acceso que identifican dimensiones como la accesibilidad geográfica, la disponibilidad de servicios, la asequibilidad económica y la aceptabilidad cultural (Aday y Andersen, 1974; Penchansky y Thomas, 1981). No obstante, nuestro enfoque se distancia de una lectura fragmentada de tales dimensiones e inscribe el análisis en el marco de la determinación social de la salud, concebida como un proceso dinámico y relacional (Breilh, 2024). En línea con desarrollos contemporáneos de la epidemiología crítica, asumimos que las condiciones estructurales interactúan con márgenes de autonomía y producción de sentido de las poblaciones y de los equipos sanitarios, permitiendo analizar de manera conjunta procesos de subsunción y resistencia en contextos de desigualdad. Desde allí, se propone comprender la salud como expresión de la reproducción social y de un metabolismo entre sociedad y naturaleza históricamente configurado, atravesado por relaciones de poder, colonialidad y desigualdad.

La determinación social de la salud no se reduce a la suma de factores de riesgo ni a deshistorizar las relaciones sociohistóricas inscritas en la salud, la enfermedad y la atención, sino que remite a procesos estructurales que articulan dimensiones económicas, políticas, culturales y ambientales, organizando de manera jerárquica las oportunidades de vivir, enfermar y recibir cuidado. La epidemiología crítica plantea, además, la necesidad de una ciencia transdisciplinaria, intercultural y comprometida con los pueblos, capaz de integrar narrativas cualitativas y evidencias cuantitativas en una lectura dialéctica de los procesos sociosanitarios, orientada a la transformación de las condiciones que producen inequidades (Breilh, 2024; Eslava-Castañeda, 2017). Tales desarrollos resultan especialmente relevantes para analizar las desigualdades en el acceso a personal y servicios de salud en el Sur Global, al situarlas en el cruce entre estructuras de acumulación, dependencia y resistencias colectivas.

Metodología

En este trabajo revisamos de manera reflexiva experiencias de investigación cualitativa desarrolladas en distintos escenarios sociosanitarios de Santiago del Estero entre 2007 y 2024. Retomamos producciones científicas ya concluidas, en su mayoría ya publicadas, y otras en curso, incorporando nuevas perspectivas teóricas y datos provenientes de

estudios recientes, con el propósito de generar una lectura integradora sobre los procesos de salud y atención en contextos de desigualdad.

Más que una recopilación de resultados previos, esta propuesta articula críticamente un corpus interdisciplinario de indagaciones situadas que incluye etnografías en centros de atención sanitaria, análisis

de reformas sanitarias, revisión de historias clínicas, reconstrucciones documentales, entrevistas a trabajadores y trabajadoras y experiencias de extensión universitaria en territorios atravesados por conflictos socioambientales con efectos vinculados a la salud.

En este marco, la reflexividad se constituye como herramienta metodológica central para interrogar nuestras trayectorias de investigación y reinterpretar los datos con nuevas preguntas y categorías (Olmos-Vega et al., 2023; Dogson, 2019). Esta herramienta opera en tres planos: (i) epistemológico, al reconocer que el conocimiento es situado, relacional y condicionado por los marcos disciplinares y políticos en los que se produce; (ii) analítico, al posibilitar el diálogo entre investigaciones realizadas en distintos momentos y contextos, identificando continuidades, rupturas y nuevas dimensiones de las desigualdades en salud, y (iii) político-crítico, al visibilizar el lugar de quienes investigamos dentro de los procesos sociales y académicos, y permitir la toma de distancia temporal y espacial respecto de los escenarios de trabajo (Ameigeiras, 2006).

El ejercicio metodológico consistió en releer, sistematizar e interpretar un conjunto de investigaciones concluidas y en curso a partir de una mirada interdisciplinaria. Para ello se realizaron distintos procedimientos: (i) análisis documental de corpus previos (planes y programas sanitarios, informes institucionales, legislación, historias clínicas); (ii) revisión de

materiales etnográficos y entrevistas en profundidad y semiestructuradas con personal y usuarios y usuarias del sistema de salud en diferentes niveles de atención, y (iii) sistematización de experiencias de investigación-acción y de extensión universitaria en territorios rurales y zonas afectadas por fumigaciones, donde se articularon demandas socioambientales y sanitarias.

El principal aporte de la reflexividad reside en su capacidad para favorecer una comprensión integral de las tensiones entre políticas, prácticas y territorios, habilitando nuevas miradas sobre problemas persistentes en torno al acceso a personal y servicios de salud. Las implicaciones éticas, epistemológicas y prácticas de este conocimiento situado, resultado de una trayectoria de investigaciones cualitativas e interdisciplinarias realizadas entre 2007 y 2024 en Santiago del Estero, exigen explicitar ciertos puntos de partida.

La autora y el autor participamos en algunos de los escenarios de estudio como trabajadora sanitaria y trabajador sanitario, manteniendo además vínculos académicos y colaborativos con actores del sistema público de salud. Esa posición facilitó el acceso a información pública no disponible, la coordinación de entrevistas, la observación en terreno y la vinculación con comunidades rurales y remotas. Para minimizar posibles sesgos derivados de la cercanía entre roles académicos, laborales y personales, se implementaron diversas estrategias de vigilancia epistemológica, entre

ellas: discusión continua del proceso con colegas e integrantes de los equipos de investigación, presentación de avances en jornadas y congresos académicos, delimitación de roles mediante protocolos diferenciados, revisión por pares, devolución de resultados a las personas participantes, ajustes producidos a partir de dichos intercambios y diálogo sostenido con directores y directoras de tesis, becas y proyectos en curso. Tales acciones permitieron revisar los modos de construir comprensiones situadas sobre la producción de desigualdades en salud en contextos específicos.

El material empírico trabajado es heterogéneo y proviene de diferentes escenarios y problemáticas -como atención hospitalaria y primaria, gestión durante la pandemia, enfermedades desatendidas (por ejemplo,

hidatidosis), exposición a agrotóxicos y procesos de reforma sanitaria-. Para garantizar coherencia analítica y facilitar la lectura comparativa, los datos se organizaron en cinco dimensiones de análisis, articulados con categorías conceptuales: (1) estructural-institucional, que aborda políticas, normativas y organización del sistema sanitario; (2) laboral y subjetiva, relativa a las condiciones y significados del trabajo en salud; (3) territorial y socioespacial, vinculada a las desigualdades geográficas y contextuales; (4) de atención y cuidado, centrada en las prácticas y relaciones entre equipos y usuarios o usuarias, y (5) de demandas sociales y resistencias colectivas, que examina formas de organización y disputa por derechos en salud (Tabla 1).

Tabla 1. Dimensiones y categorías de análisis
Table 1. Dimensions and categories of analysis

Dimensión	Categorías analíticas
1. Estructural-institucional	Políticas sanitarias y alineación con organismos internacionales. Reformas institucionales y procesos de modernización sanitaria. Gestión de enfermedades catalogadas como desatendidas.
2. Laboral y subjetiva del trabajo en salud	Condiciones laborales y precarización del trabajo sanitario. Procesos de subjetivación y naturalización del malestar. Estrategias de autonomía y resistencia cotidiana de los equipos de salud
3. Territorial y socioespacial	Estigmatización territorial y producción social del espacio. Dinámicas sanitario-territoriales en la interfase urbano-rural. Territorios expuestos a conflictos socioambientales.
4. Procesos de atención y cuidado	Tensiones entre discursos normativos y prácticas efectivas de atención. Invisibilización de condiciones sociales en enfermedades socialmente determinadas. Tecnificación-mercantilización de la salud y derecho al cuidado.
5. Demandas sociales y resistencias colectivas	Organización comunitaria y producción de demandas sociosanitarias. Prácticas colectivas de cuidado, cooperación y defensa de lo común.

Fuente: elaboración propia. Source: own elaboration.

El análisis adoptó un enfoque inductivo-relacional para identificar patrones, tensiones y contrastes entre los estudios previos, priorizando la interpretación situada de experiencias en contextos institucionales, territoriales y subjetivos. Las categorías emergieron iterativamente del diálogo entre datos, teoría y reflexividad. Por su lado, la heterogeneidad temporal y de fuentes introduce variaciones contextuales, aunque permite observar

transformaciones estructurales y continuidades en la producción de desigualdades y resistencias sanitarias. Y, por último, sin pretensiones de generalización estadística, el estudio ofrece una comprensión profunda de procesos sociosanitarios. La reflexividad metodológica ilumina las intersecciones entre investigación, prácticas médicas y políticas públicas, orientando hacia la equidad en salud.

Resultados

Desde las estrategias y perspectivas metodológicas descritas, presentamos los principales hallazgos del trabajo, organizados según las cinco dimensiones analíticas antes mencionadas. Cada una de ellas se desarrolla considerando las articulaciones entre políticas públicas, prácticas institucionales y experiencias situadas de los equipos de salud y de las personas usuarias. Más que describir datos aislados, el análisis busca evidenciar cómo las desigualdades en el acceso a personal y servicios de salud se producen, se disputan y se reinterpretan en los distintos planos estructurales, laborales, territoriales, relacionales y políticos. De esta manera, los resultados se presentan como una lectura crítica y reflexiva sobre los modos en que se organizan, resisten y transforman las prácticas de atención y los vínculos entre Estado, comunidad y trabajo sanitario.

Cabe destacar que nuestras investigaciones se encontraron de

forma continua con una limitación empírica y documental: la falta de información sistematizada sobre el sistema de salud provincial en su conjunto. Esta carencia implicó reconstruir primero el funcionamiento general del sistema de salud, para luego situar y analizar, en ese entramado, las estrategias y prácticas específicas vinculadas a procesos de salud-enfermedad.

Dimensión estructural e institucional de la atención sanitaria provincial

Esta dimensión analiza cómo las políticas sanitarias provinciales, sus procesos de planificación y los marcos internacionales de referencia, inciden en la producción y reproducción de desigualdades en salud. Se abordan tres ejes: las políticas y alineaciones internacionales, los procesos de reforma institucional y modernización sanitaria, y la gestión de enfermedades catalogadas como desatendidas.

Políticas sanitarias y alineación internacional

El sistema de salud de Santiago del Estero presenta una estructura influenciada por lineamientos globales, como las estrategias de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS), orientadas a asegurar cobertura mediante la expansión territorial de la infraestructura sanitaria.

A partir de la revisión documental, se identificó una distribución provincial de centros de atención que refleja dicha racionalidad internacional, basada en criterios técnicos de cobertura poblacional. No obstante, la mera ampliación de infraestructura no logra reducir las brechas de desigualdad existentes, las cuales se expresan según localización (capital, áreas rurales y zonas remotas), género y grupo etario, evidenciando los límites de una planificación fundada exclusivamente en principios de una supuesta eficiencia territorial.

En este contexto, resulta relevante también considerar que las políticas sanitarias provinciales enfatizan su alineación con el enfoque *One Health* propuesto por la OMS (2026), entendido como una estrategia integrada que busca equilibrar y optimizar de manera sostenible la salud humana, animal y de los ecosistemas mediante la coordinación intersectorial y la vigilancia de riesgos en la interfaz entre poblaciones, animales y ambiente (Hoyos et al., 2024).

Sin embargo, en este trabajo retomamos ese marco enfatizando

que, sin una problematización de las relaciones de poder y de las estructuras de desigualdad que organizan los territorios, su potencial transformador se ve limitado. Desde una perspectiva crítica de la Salud Colectiva, diversos autores han advertido que la adopción institucional de *One Health* no es neutra, sino que forma parte de una disputa de hegemonía en torno a cómo se explica y se gobierna la salud (Costa et al., 2025). Estos trabajos sostienen que, al apoyarse en la tríada agente-huésped-ambiente, *One Health* tiende a privilegiar respuestas funcionalistas, relegando los procesos de expoliación de la naturaleza, la precarización del trabajo y la expropiación de territorios que estructuran las crisis sanitarias contemporáneas. Tal crítica cuestiona el riesgo de que enfoques internacionales como *One Health* reintroduzcan modelos biomédicos lineales y dependientes de agendas corporativas y multilaterales, en detrimento de marcos de determinación social de la salud construidos históricamente en América Latina, que colocan la justicia social y la soberanía sanitaria en el centro de las políticas públicas.

En este sentido, el análisis de políticas sanitarias y experiencias en salud en Santiago del Estero muestra cómo la alineación acrítica con enfoques globales puede reforzar dependencia técnico-epistemológica si no se ancla en proyectos locales de salud ampliada, y en la disputa por modelos de desarrollo y de cuidado más justos, tal como lo analiza Ramírez-Hita (2019).

De esta manera, los resultados de las investigaciones sistematizadas sugieren la necesidad de contextualizar las políticas sanitarias globalmente alineadas, incorporando perspectivas locales que respondan a las complejidades socioeconómicas y culturales de los procesos de salud, enfermedad y atención (Hoyos et al., 2024; Silveti, 2022, 2025a).

Reformas institucionales y modernización sanitaria

Por su parte, las entrevistas históricas y actuales permitieron reconstruir el proceso de creación y transformación del hospital pediátrico provincial, concebido desde los años sesenta como centro de referencia regional (González y Young, 2017). El nuevo edificio, inaugurado en 2008, simbolizó una modernización centrada en tecnología y equipamiento, sin cambios sustantivos en las condiciones laborales ni en las prácticas de cuidado. Esta tecnificación reforzó dinámicas de desobjetivación y mercantilización, privilegiando pruebas diagnósticas y procedimientos sobre el vínculo interpersonal. Al mismo tiempo, la creciente burocratización, visible en los sistemas administrativos y en la gestión de turnos, reprodujo desigualdades territoriales y formas de «maltrato hospitalario». En conjunto, la reforma sanitaria evidencia que infraestructura y tecnología, en caso de que no se acompañen de transformaciones ético-políticas en las prácticas, pueden consolidar desigualdades en lugar de revertirlas (Silveti, 2025b).

Gestión de enfermedades desatendidas: Hidatidosis quística

El abordaje de la hidatidosis quística, reconocida por la OMS como enfermedad desatendida, constituye un caso paradigmático de cómo las estrategias de control epidemiológico internacional condicionan las respuestas locales en contextos periféricos (Silveti y Pereira, 2025). En Santiago del Estero, las entrevistas revelan que hasta 2015 las acciones se limitaban al registro pasivo de casos para obtener medicación, sin búsqueda activa ni prevención comunitaria sistemática. Recién con la implementación de un plan operativo de la OPS se iniciaron intervenciones focalizadas, como el tamizaje escolar en áreas rurales, que evidenciaron tensiones estructurales.

El análisis de políticas sanitarias en diferentes escalas (internacional, nacional y local), junto con testimonios de trabajadores y trabajadoras de salud, pone de manifiesto tres dinámicas críticas: (i) dependencia técnico-normativa: los protocolos globales priorizaron la adhesión a guías estandarizadas (albendazol, cirugía selectiva) sobre la adaptación a condiciones locales de pobreza rural, tenencia precaria de tierra y prácticas pastoriles que sostienen el ciclo zoonótico. (ii) Colonialidad sanitaria: la imposición de marcos externos reproduce una lógica de «universalidad» que ignora las determinaciones sociales de la enfermedad (concentración en zonas rurales con barreras de acceso a servicios básicos de salud, educación, agua apta para consumo, entre otras) y subordina saberes comunitarios e identifica como desafío la participación

social. Y finalmente (iii) colonialismo interno: jerarquías centralizadas desplazaron equipos locales capacitados, restringieron recursos y concentraron decisiones en la capital provincial, perpetuando desigualdades territoriales.

Estos hallazgos dialogan con el Programa Regional de la OPS para la eliminación de la equinocosis (2022-2029), que promueve vigilancia integrada y control *One Health*, pero que en la práctica refuerza dependencias cuando no se ancla en proyectos de soberanía sanitaria y participación comunitaria. La gestión de la hidatidosis ilustra así cómo las políticas internacionales, aun efectivas en indicadores técnicos, pueden consolidar asimetrías estructurales que limitan respuestas culturalmente pertinentes y socialmente transformadoras.

Dimensión laboral y subjetiva del trabajo en salud

El análisis de las condiciones laborales y procesos de subjetivación en el sistema público de salud provincial revela escenarios atravesados por precarización contractual, feminización del trabajo, sobrecarga asistencial y naturalización del malestar. Estos elementos configuran experiencias cotidianas donde el desgaste emocional, la inestabilidad laboral y la desigual distribución del reconocimiento moldean tanto las formas de hacer como de sentir el trabajo sanitario. La dimensión subjetiva emerge entonces desde un campo constitutivo del cuidado, donde las

relaciones de poder y las condiciones materiales producen trayectorias de subordinación, pero también espacios de disputa y reapropiación.

Más de cuarenta entrevistas con trabajadores y trabajadoras de distintos niveles de atención evidencian que la precarización laboral adquiere expresiones particularmente agudas en el interior provincial. Predominan allí contratos temporales, salarios bajos y ausencia de formación continua financiada, obligando a costear procesos de capacitación con recursos personales. La feminización del trabajo se manifiesta en la concentración de mujeres en tareas de cuidado directo y en la infravaloración sistemática de estos roles, profundizada durante la pandemia de Covid-19. Tal periodo, de alta exposición al riesgo, demanda emocional y responsabilidades cruzadas (laboral-familiar) transformó el malestar en una dimensión estructural del trabajo en salud, donde la naturalización del sufrimiento se convirtió en mecanismo de reproducción de las condiciones adversas (Silveti, 2022; 2025a).

Las narrativas recolectadas, sin embargo, muestran que el malestar coexiste con formas diversas de agencia cotidiana. Ante la escasez institucional, los equipos (particularmente aquellos de interior provincial) desarrollaron redes informales de derivación, gestión de insumos y apoyo emocional, a la vez que asumieron gastos y desplazamientos personales para sostener la atención y revalorizaron vínculos comunitarios como dimensión

central del cuidado. Tales prácticas, lejos de ser excepcionales, constituyen modos alternativos de producción del cuidado, donde se tensionan los sentidos del quehacer sanitario entre lógicas institucionales y éticas del trabajo vivo (Feuerwerker, 2021; Franco y Merhy, 2011).

No se trata de romantizar las respuestas individuales a la escasez institucional (el «poner el cuerpo» de los equipos) y reforzar la narrativa heroica que, muchas veces, define al trabajo en salud y a la producción del cuidado, sino de analizar las tensiones constitutivas que lo configuran. Las prácticas analizadas revelan procesos complejos de subjetivación donde coexisten subordinación estructural, agotamiento emocional y producción de autonomía relativa. La autonomía cotidiana no resuelve las desigualdades materiales, pero evidencia cómo las trabajadoras y los trabajadores disputan los marcos normativos del cuidado, reconfigurando sus sentidos y límites en contextos de precariedad. Desde esta perspectiva, el trabajo en salud se refleja como un espacio político, aunque muchas veces despolitizado, donde se materializan tanto las relaciones de poder que lo subordinan como las resistencias que lo habilitan como práctica transformadora y ética.

Dimensión territorial y socioespacial

La desigual distribución de servicios y personal según territorios y la producción social del espacio es el eje de análisis de esta dimensión. Aquí focalizamos y profundizamos en desigualdades en dinámicas

urbano-rurales, problematizando categorías como «interior provincial» y «salud rural. Analizamos procesos de estigmatización territorial y sus efectos en la provisión de atención y en las trayectorias de personas usuarias del sistema público de salud. Asimismo, abordamos y complejizamos dinámicas sanitarias en la interfase urbano-rural, a partir de experiencias vinculadas a la atención de la salud de mujeres madres de barrios periurbanos de la provincia. Sumado a ello, incorporamos el análisis de territorios expuestos a fumigaciones vinculadas con el monocultivo de soja en la provincia, focalizando en los efectos del agronegocio sobre la salud y la organización comunitaria.

Distribución de servicios y personal según territorios y la producción social del espacio

El análisis evidencia que las nociones de interior provincial y salud rural encubren una heterogeneidad territorial que las políticas sanitarias tienden a simplificar (Hoyos et al., 2024). Durante la pandemia de Covid-19, dichas desigualdades se profundizaron: mientras los hospitales de la capital concentraron recursos, las zonas rurales y remotas enfrentaron escasez de personal, sobrecarga laboral y limitaciones de infraestructura. Aun dentro del mismo nivel de atención, las respuestas institucionales resultaron desiguales, revelando la influencia de relaciones de poder en la distribución espacial de recursos (Silveti, 2025a).

Desde esta perspectiva, la «salud rural» concebida de manera vertical desde centros de gestión centralizados se torna insuficiente para comprender

las múltiples formas de organización sanitaria existentes. Retomando los aportes sobre estigmatización territorial (Wacquant et al., 2012; Freidin et al., 2020) se visibiliza cómo ciertos espacios y poblaciones son construidos como «periféricos» o «deficitarios», legitimando jerarquías institucionales. Las estrategias cotidianas de las trabajadoras y los trabajadores, tales como redefinir circuitos, compartir recursos y adaptar protocolos, constituyen formas de disputa simbólica y práctica frente a esas configuraciones desiguales (Silveti, 2025a).

Interfase urbano-rural, a partir de experiencias vinculadas a la atención de la salud de mujeres madres en barrios periurbanos de la provincia

Profundizando en las dinámicas territoriales analizadas, examinamos aquí las tensiones entre saberes hegemónicos de las instituciones sanitarias urbanas y prácticas culturales de mujeres provenientes de la ruralidad que habitan barrios periurbanos de la capital provincial. El estudio etnográfico de Pereyra (2020) reconstruye las trayectorias de atención de estas mujeres-madres en una Unidad Primaria de Atención (UPA), revelando estrategias de sobrevivencia sanitaria cotidianas: desplazamientos y espera prolongada, negociación de decisiones y adaptación de demandas para encajar en protocolos médicos estandarizados.

Las observaciones participantes documentan momentos críticos del encuentro médico. El prohibicionismo médico frente a prácticas culturales

tradicionales (como el uso de plantas medicinales o rituales de cuidado comunitario) se manifiesta como forma de control epistémico que invalida saberes situados y refuerza la autoridad biomédica. Las mujeres desarrollan entonces tácticas de doble discurso: ocultan prácticas tradicionales para evitar reprobación, pero las mantienen como soporte principal de cuidado infantil y familiar. Este proceso ilustra la interfase urbano-rural como dimensión vivida, donde la salud, la enfermedad y la atención se configura en el entrecruzamiento de temporalidades, espacialidades y lógicas culturales que desafían la dicotomía rígida ciudad/campo.

Territorios expuestos a fumigaciones vinculadas a la producción del agronegocio

Las instituciones sanitarias estatales, como se analizó previamente, tienden a ignorar las dinámicas territoriales específicas donde se inscriben las trayectorias de las personas que buscan atención (Borde y Torres-Tovar, 2017). Los territorios atravesados por el agronegocio ejemplifican esa desconexión, configurándose como espacios de conflictividad sociosanitaria, donde la expansión extractiva genera daños ambientales y a la salud que el sistema sanitario responde de manera reactiva y fragmentada.

Desde 1996, con la aprobación de la primera soja transgénica en Argentina (pionera a nivel mundial), el modelo agroexportador se expandió mediante un paquete tecnológico intensivo: mecanización, regadío, bioingeniería

genética, fertilizantes químicos y pesticidas. Orientado a la producción de *commodities* para la exportación, este modelo favorece el monocultivo de soja, la concentración de tierras, la deforestación masiva y la expropiación de territorios campesinos, generando conflictividad sanitaria por el uso indiscriminado de agrotóxicos (Svampa y Viale, 2014).

En Santiago del Estero, dichos procesos impactan particularmente en localidades como Selva (cabecera del Departamento Rivadavia), donde desde 2018 se impulsaron investigaciones colaborativas y procesos participativos para visibilizar los efectos en salud (Schmidt et al., 2019; Ceirano et al., 2017). Equipos médicos locales y del Grupo de Médicos Comunitarios aportaron a sistematizar casos de dermatitis crónicas, abortos espontáneos y complicaciones respiratorias vinculados a fumigaciones. Culminando este trabajo, la Primera Jornada Socioambiental de Selva, en el año 2018, presentó una propuesta de ordenanza para regular agroquímicos: zona de exclusión total de 1.500 metros desde viviendas y prohibición de aplicaciones aéreas en cinco kilómetros.

Sin embargo, el nuevo intendente adoptó el proyecto sin ampliación participativa, presentándole al Concejo Municipal una modificación sustancial antes de su aprobación dividida, en marzo de 2019 (Ordenanza 370/2019). La zona de exclusión se redujo drásticamente a 200 metros desde el borde urbano (500 metros para alta toxicidad y aplicaciones aéreas),

evidenciando la subordinación de demandas comunitarias a intereses económicos locales.

Tal experiencia reveló que el territorio no actúa como simple soporte de políticas sanitarias, sino como dimensión constitutiva de las desigualdades en salud, donde se entrecruzan escalas globales (lógicas del agronegocio), provinciales (desigualdades en infraestructura) y locales (disputas por soberanía territorial). La dilución de la ordenanza ilustra la tensión entre participación comunitaria formal y hegemonías extractivas reales, mostrando cómo las respuestas sanitarias reactivas no abordan las causas estructurales de la conflictividad sociosanitaria. Pensar la salud desde la producción social del espacio exige políticas que integren daños ambientales, daños a la salud y luchas territoriales, reconociendo que la equidad sanitaria pasa por la disputa misma de los modelos de desarrollo y los sentidos del territorio habitable.

Dimensión de los procesos de atención y cuidado: Tensiones entre discursos, prácticas y modelos de atención sanitaria

Esta dimensión examina los procesos de atención y cuidado como espacios donde se reproducen y, en ocasiones, se disputan las desigualdades en salud. Se analizan tres categorías interrelacionadas: (a) las tensiones entre discursos normativos y prácticas efectivas en el primer nivel de atención, (b) la invisibilización de las condiciones sociales en la atención de enfermedades socialmente

determinadas, y (c) las paradojas entre el reconocimiento de derechos, especialmente en la infancia, y las lógicas de mercantilización de la salud.

Tales categorías revelan cómo modelos de atención anclados en racionalidades biomédicas conviven con discursos de equidad y promoción del cuidado, generando contradicciones que afectan tanto a trabajadores y trabajadoras como a usuarias y usuarios del sistema público.

Expectativas normativas y prácticas reales en el primer nivel de atención:

Entre la promoción, la previsión y la medicalización del cuidado

El primer nivel de atención se posiciona discursivamente como pilar de la equidad sanitaria y puerta de entrada a los sistemas de salud, conforme a los principios de Alma-Ata y la Estrategia de Atención Primaria de Salud (OMS, 1978). Sin embargo, las prácticas cotidianas en el conglomerado urbano Santiago del Estero-La Banda revelan una brecha estructural entre este mandato normativo, la posición subjetiva de equipos de salud y las condiciones reales de trabajo. Las entrevistas realizadas durante la pandemia de Covid-19 documentan precarización laboral extrema, alta feminización del personal, sobrecarga funcional y escasez crónica de insumos (Silveti, 2022; Aspiazu, 2016). Dichas condiciones operan como uno de los elementos que limitan la capacidad de implementar intervenciones preventivas y comunitarias, convirtiendo al primer nivel en un espacio de gestión reactiva de urgencias sociales medicalizadas.

Los equipos enfrentan una doble demanda. Por un lado, solicitudes inmediatas de atención aguda derivadas de inequidades sociales (violencia doméstica, problemas habitacionales, malnutrición), y por el otro, expectativas institucionales de promoción de salud que requieren tiempo, recursos y articulación intersectorial e interdisciplinaria escasas o inexistentes. Estas condiciones transforman al primer nivel en un espacio clinicalizado, donde predomina una lógica hospitalaria asistencialista sobre la dimensión comunitaria y preventiva originalmente concebida. Tal clinicalización defensiva se manifiesta en dos procesos interrelacionados: (i) hospitalización funcional del primer nivel: ante la falta de recursos, formación y disposición para intervenciones comunitarias, la atención primaria se convierte en «minihospitales» que priorizan atención aguda sobre promoción de salud, con consultas fragmentadas y respuestas farmacológicas inmediatas, y (ii) cuidado comunitario informal: construcción de redes de confianza con familias, derivaciones creativas y acompañamiento territorial que tensionan los protocolos rígidos, pero que quedan invisibilizadas en los registros institucionales.

De esta manera, se refleja un proceso de despolitización comunitaria: lo «comunitario», que implicaría participación efectiva y continua, muta hacia formas de vigilancia y gestión poblacional, donde los censos sanitarios y visitas domiciliarias funcionan como tecnologías de

control más que como espacios de construcción colectiva de salud.

El primer nivel emergió así como paradoja constitutiva del sistema sanitario: un espacio normado para prevenir y promover que, bajo condiciones estructurales adversas, se transforma en engranaje de clinicalización y coerción biopolítica. Tal mutación no responde a «fallas técnicas» aisladas, sino a la subordinación del cuidado a lógicas de gestión poblacional que priorizan control sobre participación. Las estrategias de los equipos tensionan esta lógica pero no la revierten, evidenciando que transformar la atención primaria exige transformar simultáneamente la precarización laboral (incluyendo lo salarial pero más allá de ello, la formación continua, las condiciones laborales adecuadas, los espacios para la reflexión sobre las prácticas, la jerarquización del abordaje comunitario de prevención y promoción con participación real, entre otros ámbitos), la medicalización coercitiva y la instrumentalización de lo comunitario como vigilancia.

Invisibilización de las dimensiones sociales en la atención de una enfermedad catalogada como desatendida: La hidatidosis

El análisis de las historias clínicas de niños y niñas con diagnóstico de hidatidosis en el principal centro pediátrico de Santiago del Estero (2009-2020) evidencia un registro predominantemente biomedicalizado, con omisiones sistemáticas de información socioepidemiológica clave, como condiciones de vida, trayectorias

territoriales, prácticas productivas y seguimiento comunitario de los casos (Silveti y Zabala, 2025). Lejos de tratarse de una falencia técnica aislada, estas ausencias expresan un patrón estructural de producción de información epidemiológica reducida a datos clínicos y diagnósticos, invisibilizando las determinaciones sociales y territoriales que sostienen la persistencia endémica de la enfermedad en contextos rurales empobrecidos. Este sesgo se ve reforzado por modelos de gestión verticalizados que priorizan protocolos estandarizados -como el tamizaje escolar- por sobre intervenciones territoriales integrales, subordinando saberes locales y comunitarios vinculados la hidatidosis.

Complementariamente, el análisis de experiencias de gestión, atención e investigación sobre hidatidosis en la provincia evidencia patrones similares: la dependencia de marcos internacionales reproduce colonialidad epistémica, donde la «universalidad» técnica desplaza análisis contextuales de desigualdad, precariedad habitacional y exclusión social que sostienen la transmisión. En Santiago del Estero, esta lógica se combina con colonialismo interno: jerarquías centralizadas restringen recursos a zonas endémicas y desplazan equipos comunitarios capacitados, concentrando decisiones en la capital provincial (Silveti y Pereira, 2025).

La invisibilización de dimensiones sociales en las historias clínicas no constituye simple descuido administrativo, sino epistemología

selectiva que fragmenta el proceso de salud, enfermedad y atención, priorizando lo biomédico sobre lo socioterritorial. Esta práctica reproduce desigualdades al invisibilizar las condiciones sociales y políticas que sostienen la persistencia de la hidatidosis, aunque su relevamiento se encuentra previsto tanto en las historias clínicas como las fichas de investigación de la enfermedad, que constituyen la notificación obligatoria a nivel nacional. Transformar dicha dinámica exige posicionar a las historias clínicas como herramientas epidemiológicas de transformación social -no solo de información biológica o administrativa- y políticas que integren determinación social, soberanía técnica y participación comunitaria en la sostenibilidad de procesos de atención, investigación y gestión en salud, particularmente en enfermedades catalogadas como desatendidas, como es el caso de la hidatidosis.

Infancias, derechos y tecnificación-mercantilización del cuidado

La reconstrucción histórica del principal hospital pediátrico provincial (1963-2019) evidencia tensiones entre la expansión formal de derechos y el afianzamiento de lógicas mercantilizadas. La modernización edilicia y tecnológica, aunque significativa, no transformó las prácticas de cuidado: la centralidad dada a la eficiencia y a la tecnología reforzó procesos de desobjetivación, relegando la escucha y el vínculo interpersonal (Silveti, 2025b). La creciente tecnificación de la práctica

médica, la asimetría entre equipos de salud y familias y la centralidad otorgada a dispositivos diagnósticos y protocolos estandarizados, han contribuido a un desplazamiento de la escucha clínica y del juicio clínico interpretativo, en favor de una atención crecientemente mediada por tecnologías y datos objetivables (Ristić et al., 2021). Tales situaciones generaron experiencias de dependencia y maltrato hospitalario, revelando la paradoja de un sistema que proclama derechos mientras continúa operando bajo dinámicas de jerarquización social, control y mercado.

En conjunto, esta dimensión muestra que los procesos de atención y cuidado en salud se constituyen como campos de disputa donde se entrelazan discursos de derechos, racionalidades biomédicas y prácticas cotidianas de resistencia. Las desigualdades no se limitan al acceso a recursos o personal y servicios de salud, sino que se inscriben en los modos de relación, en la producción de sentido y en las formas institucionales de reconocimiento. Transformar estos procesos implica concebir el cuidado no como prestación o servicio, sino como práctica relacional, colectiva y política, capaz de desafiar los marcos que reproducen desigualdades y sostener horizontes de justicia sanitaria.

Dimensión de demandas sociales y resistencias colectivas

Esta dimensión aborda la identificación de dinámicas sociales que disputan sentidos y prácticas de salud, particularmente en contextos

atravesados por el agronegocio, y la desigualdad estructural, como ocurre en el interior provincial. A través del estudio de la experiencia comunitaria situada en la localidad de Sachayoj, analizamos cómo distintos actores construyen alternativas basadas en la cooperación, el cuidado y la producción de lo común en salud.

Organización comunitaria y cartografía social en Sachayoj

Sachayoj, localidad del departamento Alberdi en la provincia de Santiago del Estero, Argentina, se ubica a unos 330 kilómetros de la capital provincial, accesible únicamente por la Ruta Provincial 6 (un trayecto sinuoso y mal mantenido que demanda entre 5 y 6 horas de viaje). El territorio se encuentra bajo crecientes procesos de deforestación y monocultivo en manos de grandes corporaciones que utilizan pesticidas que afectan la salud de la comunidad. Sumado a ello, la falta de red de agua potable se suple mediante una planta potabilizadora por ósmosis inversa, desde donde las familias retiran agua o la reciben mediante «zorreros», quienes son miembros comunitarios que llenan contenedores y la distribuyen casa por casa en carretillas.

La experiencia se desarrolló como un proyecto de extensión universitaria en articulación entre la Universidad Nacional de Santiago del Estero, la Reserva Natural Copo (Dirección de Parques Nacionales) y el Movimiento Evita de Sachayoj. Este último, integrado mayoritariamente por mujeres, impulsó la iniciativa a partir de una demanda concreta: formación en

salud y educación ambiental frente a los efectos de las fumigaciones.

Mediante diferentes dinámicas de producción colectiva, transversalizadas por la cartografía social, se crearon espacios de reflexión colectiva y mapeos de problemáticas territoriales que permitieron visibilizar las transformaciones socioambientales y priorizar acciones concretas. El ejercicio mostró cómo la construcción del conocimiento situado puede convertirse en herramienta de participación efectiva, generando diagnósticos compartidos y fortaleciendo vínculos entre actores comunitarios, académicos e institucionales.

Sin embargo, el proceso también evidenció la persistencia de relaciones hegemónicas que limitan las posibilidades transformadoras de la acción colectiva. Sectores empresariales y estatales mantuvieron posiciones de control y definiciones estratégicas sobre la agenda local, y parte de la comunidad reprodujo visiones alineadas con el modelo del agronegocio. Aun así, la emergencia de tensiones, el debate público y la visibilización de conflictos permitieron abrir espacios de autonomía y sostener prácticas colaborativas orientadas al cuidado.

La experiencia de Sachayoj muestra que las resistencias colectivas en salud no se construyen fuera de las estructuras de poder, sino en diálogo y tensión con ellas. Las prácticas de organización comunitaria, especialmente aquellas lideradas por mujeres, revelan la potencia del cuidado como principio político

y social capaz de articular lucha ambiental, salud pública y justicia territorial. Frente a la expansión del extractivismo y la mercantilización de la vida, estas experiencias encarnan formas de acción que combinan diagnóstico crítico, cooperación y esperanza colectiva como horizonte de transformación (Silveti et al., 2024).

La organización de los resultados en las cinco dimensiones analíticas

abordadas permitió una lectura relacional de los procesos de acceso y cuidado, evidenciando la imbricación entre determinaciones estructurales, lógicas institucionales y prácticas cotidianas. Este enfoque visibiliza tanto las desigualdades que atraviesan la atención en salud como las estrategias y márgenes de autonomía que se despliegan en los territorios.

Consideraciones finales

El presente trabajo analizó la configuración de los procesos de producción y reproducción de desigualdades en salud en Santiago del Estero, articulando dos ejes: las respuestas institucionales en distintos niveles del sistema público y las demandas sociales vinculadas al acceso a la atención y al cuidado. A partir de la integración reflexiva de investigaciones empíricas desarrolladas entre 2007 y 2024, se identificaron nudos críticos que atraviesan políticas, prácticas y experiencias y se propuso un marco de análisis basado en cinco dimensiones (estructural-institucional, laboral-subjetiva, territorial-socioespacial, de atención-cuidado y de resistencias colectivas). Ello permitió reflejar que las desigualdades en salud implican procesos multidimensionales, no reducibles a patologías o casos aislados, sino constitutivos de las relaciones sociales más amplias que estructuran la vida sanitaria.

La reflexividad se consolidó como herramienta metodológica central, al favorecer una lectura situada de los datos y reconocer cómo las trayectorias investigativas, los compromisos políticos y los vínculos con actores locales inciden en la producción de conocimiento. Este enfoque permitió reinterpretar de manera integrada distintos corpus empíricos (entrevistas, observaciones etnográficas, documentos institucionales y experiencias de extensión), visibilizando continuidades, rupturas y nuevas preguntas sobre el acceso a personal y servicios de salud.

Entre los resultados que destacamos, se encuentra la identificación de que los procesos de estigmatización territorial y las categorías homogeneizadoras como «interior provincial» o «salud rural» naturalizan condiciones de despojo estructural y dificultan reconocer la diversidad de experiencias locales. También se constata una brecha persistente entre los discursos que

promueven la equidad y las prácticas institucionales, aún dominadas por racionalidades biomédicas y tecnocráticas que fragmentan la atención y limitan abordajes integrales y situados. Son tensiones que ponen en primer plano la necesidad de una mirada relacional y contextual que integre dimensiones estructurales, laborales, sociales y subjetivas en la comprensión de la desigualdad sanitaria.

Así, este trabajo aporta al campo de los estudios sociales de la salud en tres sentidos principales. Por un lado, propone una lectura integrada y longitudinal de investigaciones cualitativas realizadas durante casi dos décadas, superando enfoques fragmentados por enfermedad o nivel de atención. Por otro, desarrolla una operacionalización de las desigualdades en salud a través de cinco dimensiones analíticas que permiten comprender su articulación estructural. Y, por último, introduce una mirada crítica sobre los modelos de atención y cuidado, mostrando que, aún en contextos de ampliación normativa de derechos, persisten prácticas descontextualizadas y mercantilizadas que refuerzan inequidades estructurales. Desde una perspectiva situada del Sur Global, estos aportes buscan contribuir al debate contemporáneo sobre gestión y justicia sanitaria, ofreciendo claves interpretativas aplicables a otros territorios del Sur Global, también atravesados por desigualdades estructurales, dependencia política y epistémica, junto a tensiones entre

discursos de equidad y prácticas efectivas de cuidado.

A partir de las experiencias analizadas emergen orientaciones para pensar intervenciones más equitativas en contextos de desigualdad estructural. Entre ellas se destaca la necesidad de fortalecer prácticas de cuidado relacionales y territorialmente situadas, que reconozcan trayectorias, saberes locales y dimensiones culturales, así como de promover espacios institucionales de reflexividad colectiva y formación permanente en los equipos de salud, orientados a problematizar modelos y rutinas que reproducen desigualdades. Asimismo, los hallazgos subrayan la importancia de construir políticas públicas sensibles a los territorios, capaces de articular normativas y estructuras con prácticas sostenibles y de potenciar los márgenes de autonomía ya presentes en comunidades y equipos. En este sentido, más que la adopción de «buenas prácticas» descontextualizadas, el trabajo propone la construcción de acompañamientos situados que integren dimensiones estructurales y culturales del acceso, reconozcan la autonomía relativa de los sujetos y promuevan una gestión sanitaria orientada a la equidad y al cuidado como derecho colectivo.

En suma, las perspectivas críticas, reflexivas e interdisciplinarias desde las ciencias sociales se revelan como un aporte indispensable para comprender y problematizar las desigualdades estructurales en salud, así como para impulsar formas más participativas de atención y cuidado orientadas a la transformación social.

Financiamiento

*Este artículo presenta resultados parciales de una investigación más amplia desarrollada en el marco del Proyecto de Unidades Ejecutoras (PUE) «Configuración de las desigualdades en Santiago del Estero desde finales del siglo XIX: Temporalidades, emergencias y estatalidades». Asimismo, contó con financiamiento del Programa de Articulación y Fortalecimiento Federal de las Capacidades en Ciencia y Tecnología Covid-19 y del Proyecto de Investigación de la Universidad Nacional de Santiago del Estero (Código 23/D289-BINT-2025). La investigación también se inscribe en los proyectos doctorales de sus autores y autoras, desarrollados con el apoyo de becas del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina.

Declaración de autoría

Laurencia Lucila Silveti: Conceptualización, curación de datos, análisis formal, captación de fondos, investigación, metodología, administración del proyecto, recursos, software, supervisión, validación, visualización, redacción – borrador original y redacción – revisión y edición.

Horacio Antonio Pereyra: Conceptualización, curación de datos, análisis formal, captación de fondos, investigación, metodología, administración del proyecto, recursos, software, supervisión, validación, visualización, redacción – borrador original y redacción – revisión y edición.

Referencias

- Aday, L.A. y Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, 9(3), 208.
- Almeida-Filho, N. (2020). Desigualdades en salud: Nuevas perspectivas teóricas. *Salud colectiva*, 16, e2751.
<https://doi.org/10.18294/sc.2020.2751>
- Ameigeiras, A.R. (2006). El abordaje etnográfico en la investigación social. En I.V. Gialdino (Coord.), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 107-151). Gedisa.
- Arreola-Rodríguez, K.R. (2023). Los componentes cálidos en el proceso de hacer investigación cualitativa: Subjetividades, reflexividad, emociones y compromiso con el otro. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 13(2), e132.
<https://doi.org/10.24215/18537863e132>



- Aspiazu, E.L. (2016). Heterogeneidad y desigualdades de género en el sector Salud: Entre las estadísticas y las percepciones sobre las condiciones de trabajo. *Revista Pilquen*, 19(1), 55-66.
- Basile, G. (2022). Hacia una salud desde el Sur: Epistemología decolonial y de soberanía sanitaria. *Medicina Social*, 15(2), 65-72.
- Berk, M.L., Schur, C.L. y Hibbard, J.H. (2001). Access to care: A review of the literature. *Health Services Research*, 36(1), 1-21.
- Betancourt, J.R., Green, A.R., Carrillo, J.E. y Ananeh-Firempong, O. (2005). Improving patient safety Services through Culturally Competent Care: A Conceptual Model. *Quality and Safety in Health Care*, 14(5), 363-369.
- Borde, E. y Torres-Tovar, M. (2017). El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. *Saúde em Debate*, 41, 264-275. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S222>
- Breilh, J. (2024). *Epidemiología crítica y la salud de los pueblos*. Universidad Andina Simón Bolívar. Universidad Nacional Autónoma de México. <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/9720>
- Castillo, C.H.M. (2017). El acceso a la salud como derecho humano en políticas internacionales intergubernamentales: Reflexiones críticas y desafíos contemporáneos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(7), 2189-2198. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.04472017>
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R. y Stolkiner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones*, 14, 201-209.
- Costa, A.M., da Silva Augusto, L.G., Corrêa Filho, H.R., Ponte, C.F., Tambellini, A.T., Porto, M.F. y Friedrich, K. (2025). One Health como disputa de hegemonia: Uma resposta na perspectiva da Saúde Coletiva. *SciELO Preprints*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.14634>

Ceirano, V., Lorenz, G., Chazarreta, N., Continelli, N., García Battán, J., Gerlero, G. y Ríos, C. (2017). Diagnóstico participativo para el ordenamiento territorial urbano-rural, Selva, Santiago del Estero. *Memorias de las III Jornadas Nacionales de Ecología Política* (pp. pp. 232-236). UNSJ.

Dados, N. y Connell, R. (2012). The Global South. *Contexts*, 11(1), 12-13.
<https://doi.org/10.1177/1536504212436479>

De la Cuesta-Benjumea, C. (2011). La reflexividad: Un asunto crítico en la investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*, 21(3), 163-167.
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2011.02.005>

Dodgson, J.E. (2019). Reflexivity in qualitative research. *Journal of Human Lactation*, 35(2), 220-222.
<https://doi.org/10.1177/0890334419830990>

Eguiluz, I., Sy, A., Brage, E. y González-Agüero, M. (2022). Rapid qualitative health research from the Global South: Reflections and learnings from Argentina, Brazil, Chile, and Mexico during the Covid-19 pandemic. *Frontiers in Sociology*, 7, 983303.
<https://doi.org/10.3389/fsoc.2022.983303>

Eslava-Castañeda, J.C. (2017). Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad. *Revista de Salud Pública*, 19(3), 396-403.
<https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.68467>

Feuerwerker, L.C.M. (2021). Trabajo y subjetividad: reflexiones a partir de la experiencia de enfrentar el Covid-19 en el Sistema Único de Salud de Brasil. *Salud Colectiva*, 17, e3356.
<https://doi.org/10.18294/sc.2021.3356>

Filho, M.C.C. (2019). Os desafios do pesquisador nativo: Reflexividade, triangulação e questões éticas em pesquisas qualitativas que envolvem o local de trabalho do pesquisador. *Revista de Estudos Empíricos em Direito*, 6(2), 97-118.
<https://doi.org/10.19092/reed.v6i2.361>

Finlay, L. (2002). Outing the researcher: The five practices of self-reflection. *The Qualitative Report*, 7(1), 1-12.

- Flores-Sandí, G. (2012). Gestión de la accesibilidad y derecho a la salud. *Acta Médica Costarricense*, 54(3), 146-152.
- Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad I: La voluntad de saber*. Siglo XXI.
- Franco, T. y Merhy, E. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*, 7, 9-20.
- Freidin, B., Ballesteros, M., Krause, M. y Wilner, A. (2020). Estigmatización territorial y salud: Experiencias de desigualdad social en la periferia de Buenos Aires. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 35(1), 153-183. <https://doi.org/10.24201/edu.v35i1.1857>
- González, M. y Young, P. (2017). Carlos Arturo Gianantonio (1926-1995), Maestro de la Pediatría Argentina. *Revista Fronteras en Medicina*, 12(1), 22-27.
- Gurmendi, N. y Silveti, J. (2021). La terciarización forzada en las regiones subcapitalizadas de la periferia: Santiago del Estero, 1994-2007. *Actualidad Económica*, 31(103), 43-55.
- Hadad, M.G. (2017). Reflexividad científica y conocimiento situado: Aportes desde una experiencia etnográfica. *(Con)textos Revista d'Antropología i Investigació Social*, 7, 86-99.
- Hoyos, N.P., Pereyra, H. y Silveti, L.L. (2024). Organización sanitaria y situación de salud en Santiago del Estero. Aiken. *Revista de Ciencias Sociales y de la Salud*, 4(2), 67-88.
- Maceira, D. (2009). Inequidad en el acceso a la salud en la Argentina. *Cuadernos del CLAEH*, 28(93), 107-128.
- Mastrangelo, A. y Demonte, F. (2024). «Covichados»: Pensar la epidemia de Covid-19 en Argentina desde la postpandemia. *Horizontes Antropológicos*, 30(69), e690406. <https://doi.org/10.1590/1806-9983e690406>
- Olmos-Vega, F.M., Stalmeijer, R.E., Varpio, L. y Kahlke, R. (2023). A practical guide to reflexivity in qualitative research: AMEE Guide No. 149. *Medical Teacher*, 45(6), 593-602. <https://doi.org/10.1080/0142159x.2022.2057287>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (8 de mayo 2026). *Una sola salud*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/one-health>

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (6 al 12 de septiembre de 1978). Declaración de Alma-Ata. En *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud* (pp. 1-3). Alma-Ata, URSS.

Penchansky, R. y Thomas, J.W. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127-140. <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>

Pereyra, H. (2020). Vivo aquí ¿qué quieren que haga?: Dinámicas socio-sanitarias con mujeres madres en la interfase urbano-rural. *Teoría e Cultura*, 15(1), 37-48. <https://doi.org/10.34019/2318-101x.2020.v15.27132>

Ramírez-Hita, S. (2019). Las investigaciones de salud pública en Latinoamérica. Reflexiones desde el Sur Global. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 37(1), 106-113. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v37n1a15>

Ristić, A.J., Zaharijević, A. y Miličić, N. (2021). Foucault's concept of clinical gaze today: Medical practice transformations with technological advancements. *Health Care Analysis*, 29(2), 99-112. <https://doi.org/10.1007/s10728-020-00402-0>

Salvia, A., Donza, E., Vera, J., Jara Álvarez, R. y Correa, M. (2024). *Pobreza por ingresos en base a la encuesta permanente de hogares (EPH-INDEC) Argentina urbana: 2ºs 2016-1ºs 2024*. Observatorio de la Deuda Social Argentina y Pontificia Universidad Católica Argentina. https://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/Prensa/Informes/2024-Prensa-ODSA-Informe-Pobreza_1S2024.pdf

Schmidt, M., Grinberg, E., Langbehn, C., Álvarez, A., Pereyra, H., Toledo López, V., Tobias, M., García Battán, J., Ceirano, V. y Merlinsky, G. (2019). *Riesgos e impactos socio-sanitarios de las fumigaciones con agroquímicos en las provincias de Salta, Santiago del Estero y Santa Fe. Estudio multicéntrico Salud Investiga-Becas Dr. Abraam Sonis, año 2018-2019*. Informe final. Secretaría de Gobierno de Salud.

Silveti, L. (2022). Hacer visible lo invisible: Trabajo y atención en salud pública en pandemia, un enfoque situado en Santiago del Estero, Argentina. *Revista Estudios de Políticas Públicas*, 8(1), 154-174. <https://doi.org/10.5354/0719-6296.2022.67006>

_____. (2025a). Salud para todos ¿en todas partes? Estrategias de atención hospitalaria en pandemia de Covid-19 en Santiago del Estero, Argentina. *Boletín de Estudios Geográficos*, 124, 233-254. <https://doi.org/10.48162/rev.40.084>

_____. (2025b). Esas pequeñas cuotas de poder: cambios institucionales y subjetivación subordinada en un centro de salud pediátrica del noroeste argentino. *Cuadernos FHyCS-UNJu*, 68, 163-190.

Silveti, L., García, P., Maldonado, J., Pereyra, C., Urdampilleta, C. y Ithuralde, R. (2024). Educación, ambiente y salud: Construir lo común desde la cartografía social para reconocernos y movilizarnos en Tetamanti, J. y Araya Ramírez, I. *Experiencias Cartográficas 2* (pp. 283-305). Margen.

Silveti, L. y Pereira, A.M.M. (2025). Islas interdependientes: Políticas sanitarias y prácticas médicas en la asistencia, gestión e investigación de una enfermedad desatendida en el Sur Global. *Cadernos de Saúde Pública*, 41, e00114225. <https://doi.org/10.1590/0102-311XES114225>

Silveti, L. y Zabala, J. (2025). Historias olvidadas: Prácticas médicas en la atención de la hidatidosis, una enfermedad infecciosa desatendida. *Revista Salud UIS*, 57, e25v57a17. <https://doi.org/10.18273/saluduis.57.e:25v57a17>

Svampa, M. y Viale, E. (2014). *Maldesarrollo: La Argentina del extractivismo y el despojo*. Katz.

Therborn, G.A. (2016). *Los campos de exterminio de la desigualdad*. Fondo de Cultura Económica.

Wacquant, L., Slater, T. y Borges Pereira, V. (2014). Estigmatización territorial en acción. *Revista Invi*, 29(82), 219-240. <https://doi.org/10.4067/s0718-83582014000300008>