

Mejor hablar de ciertas cosas: (des)politización del primer nivel de atención en Bahía Blanca, Argentina<sup>[1]</sup>

Better to talk about certain things: (de)politzation at the first level of care in Bahía Blanca., Argentina

---

 **María José Sogni Casco**  
Universidad Nacional del Sur, Argentina  
mariajosesogni@gmail.com

 **Laurencia Lucila Silveti**  
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Argentina  
laurenciasilveti@gmail.com

De Prácticas y Discursos. Cuadernos de Ciencias Sociales  
vol. 14, núm. 24, 2025  
Universidad Nacional del Nordeste, Argentina  
ISSN-E: 2250-6942  
Periodicidad: Semestral  
depracticasydiscursos.ces@unne.edu.ar

Recepción: 05 febrero 2025  
Aprobación: 21 abril 2025

**DOI:** <https://doi.org/10.30972/dpd.14248973>

**URL:** <https://portal.amelica.org/amelia/journal/476/4765481005/>

**Resumen:** Este trabajo aborda saberes y prácticas que configuran los procesos de trabajo en el primer nivel de atención (PNA) en salud pública de la ciudad de Bahía Blanca, entendiendo a la salud como campo político. El objetivo es caracterizar nociones vinculadas a la dimensión política del trabajo en salud en el PNA, a partir de la identificación de prácticas de subordinación, resistencia y vínculos entre sus trabajadores/as. Este artículo se orienta desde el diseño cualitativo interpretativo, a partir de la realización de entrevistas en profundidad a trabajadores/as en diversas funciones y observaciones participantes con registro de campo. Los resultados permiten identificar que el ámbito de los saberes en salud está en permanente disputa con el ámbito de las prácticas donde, a pesar de evidenciarse saberes reflexivos e integradores, la hegemonía en las prácticas continúa ligada al modelo biomédico que despolitiza la salud y la reduce a elementos fragmentados e individuales descontextualizados. Se espera que los hallazgos contribuyan a generar políticas públicas orientadas a mejorar la articulación entre lo social, lo subjetivo y lo biológico en la atención y gestión en salud.

**Palabras clave:** atención primaria de salud, políticas sanitarias, servicios básicos de salud, trabajo.

**Abstract:** This paper analyses the knowledge and practices that shape the work processes in the first level of care (PNA) in public health in the city of Bahía Blanca, understanding health as a political field. The objective is to deepen our understanding of the work processes in the production of health care, which reflect the ways in which everyday politics is constituted in the practices of subordination, resistance and links between workers and users. This work is guided by a qualitative interpretative design, based on the design of in-depth interviews with workers in various functions and participant observations with field recordings. The results allow us to identify that the field of health knowledge is in permanent dispute with the field of practices where, despite

the evidence of reflective and integrative knowledge, the hegemony in practices continues to be linked to the biomedical model that depoliticises health and reduces it to fragmented and decontextualised individual elements. It is hoped that the findings will contribute to the generation of public policies aimed at improving the articulation between the social, the subjective and the biological in health care and management.

**Keywords:** primary health care, health policies, basic health services, work.

## Introducción

Este trabajo aborda discursos y prácticas que configuran los procesos de trabajo en el Primer Nivel de Atención (PNA) en salud pública en Bahía Blanca, entendiendo a la salud como un campo político (Feuerwerker, 2021). El objetivo es caracterizar nociones vinculadas a la dimensión política del trabajo en salud en el PNA, a partir de la identificación de prácticas de subordinación, resistencia y vínculos entre sus trabajadores/as. La pregunta central es: ¿De qué modo se expresan nociones vinculadas a la dimensión política en el trabajo en salud en el PNA?

Para contextualizar, en primer lugar, se caracteriza la organización sanitaria nacional, para luego profundizar en el primer nivel de atención. En Argentina, el sistema de salud se organiza en tres subsectores: público, privado y de seguridad social, caracterizados por la fragmentación dada por la falta de coordinación y articulación que pone en juego el uso eficiente de recursos y la equidad en la cobertura (Ramacciotti, 2021). El subsector público, basado en la estrategia de Atención Primaria de la Salud<sup>[4]</sup>(APS; Organización Mundial de la Salud [OMS], 1978), se estructura en tres niveles según la complejidad de los problemas a tratar (Vignolo et al., 2011). La APS exige un abordaje territorial e interdisciplinario que garantice soluciones sostenibles y fomente la participación comunitaria. Argentina se alinea con los principios de Alma-Ata y su renovación (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2007), priorizando el acceso a la salud, la justicia social y la intersectorialidad. La evidencia indica que los sistemas basados en APS son más equitativos, costo-efectivos y satisfactorios para la población, además de contribuir al desarrollo socioeconómico (Ministerio de Salud de la República Argentina, 2023).

En el marco de la estrategia de APS, el PNA es el primer punto de contacto con el sistema de salud y resuelve cerca del 85% de los problemas prevalentes. En 2023, en el contexto de pospandemia por covid-19, el Ministerio de Salud argentino junto a la OPS publicaron el documento “Ejes de Gobernanza en Atención Primaria de la Salud” (Ministerio de Salud de la Nación, 2023), que propone integrar programas para fortalecer la APS y mejorar acceso, cobertura y equidad. Se concibe a la gobernanza como el conjunto de arreglos institucionales que regulan actores y recursos en la prestación de servicios, enfatizando en un enfoque comunitario con un PNA descentralizado, accesible y con recursos adecuados.

La atención de la salud-enfermedad se inscribe así en un entramado sociopolítico que modela la relación entre salud y condiciones de vida, desigualdades sociosanitarias y concepciones sobre el cuidado.

Históricamente, el PNA ha sido el ámbito más politizado del sistema por su contacto directo con la población y su inserción territorial. Su labor implica relaciones interinstitucionales, participación social y acciones extramuros, consolidando su vínculo con el espacio público.

En este sentido, la politización emerge como una categoría clave de esta investigación. Politizar implica involucrarse en el ámbito público, considerando que las prácticas en salud son políticas en tanto promueven el agenciamiento individual y colectivo para la transformación social, más allá de alineamientos partidarios. Sin embargo, estos procesos pueden ser neutralizados por tensiones con instancias gubernamentales o en las relaciones cotidianas entre trabajadores y la comunidad (Abal Medina, 2010; Zibecchi, 2020).

Este estudio empírico se desarrolla en Bahía Blanca, centro urbano del sudoeste bonaerense, históricamente escenario de una intensa vida social y un entramado político donde convergen diversas subculturas con influencias del fascismo italiano y espacios de sociabilidad como asociaciones barriales, culturales, religiosas y de beneficencia, además de sociedades de fomento, la universidad y medios de comunicación locales. Asimismo, convergen allí problemáticas contemporáneas, como la protesta y movilización social contra la toxicidad del Polo Petroquímico, que han reconfigurado su dinámica social. La ciudad sostuvo durante largo tiempo una representación de sí misma como letrada y moderna, con participación social mediante la dinámica de la asociación (Agesta et al., 2018).

En dicha ciudad se sitúa un centro de salud del PNA, escenario específico del estudio, ubicado en el único Centro Integrador Comunitario (CIC) de Bahía Blanca, inaugurado en 2009 como parte de un proceso de políticas nacionales que buscaban articular la participación social y estatal. Este modelo de gestión promovió la integración de la APS con políticas sociales, incentivando la participación comunitaria en la toma de decisiones. De Piero (2015) analiza los CIC como nuevos modos de territorialidad estatal a partir de, por ejemplo: 1) alcanzar la inclusión, esto es, generar un espacio donde la comunidad pueda expresarse, reconstruir a través de esta política/dispositivo lo que el neoliberalismo destruyó; 2) presentarse como un dispositivo que posibilite un modelo de gestión favorecedor de la integración y la coordinación sin que se pierda la presencia territorial del Estado nacional, es decir que la misma comunidad participe en el diseño pero también lo hagan los/as trabajadores/as estatales; y 3) efectivizar la relevancia del territorio a través de la ubicación geográfica del edificio. En Bahía Blanca, este único CIC se ubica en el área urbana, se denomina “urbano de máxima” y fue construido con la participación de tres cooperativas, con una superficie de 542 m<sup>2</sup>.

El CIC, perteneciente al ámbito municipal de Bahía Blanca, está conformado por diferentes espacios. Hasta fines de 2019 se mantuvo, con vaivenes, la Mesa de Gestión Local (MGL), conformada por diferentes integrantes, tanto de la comunidad a la cual está destinado el centro integrador como trabajadores y trabajadoras de los distintos espacios y programas que forman parte del CIC. Desde la MGL se desarrollaban acciones conjuntas de coordinación de políticas de desarrollo social y atención primaria de la salud, atención y acompañamiento a sectores vulnerados, integración de instituciones y organizaciones comunitarias con el objetivo de favorecer el trabajo en red, la promoción de actividades culturales, recreativas y de educación popular.

Hasta fines de 2023 funcionaron diversos programas y políticas del área de desarrollo social. Con la llegada del nuevo gobierno nacional, a partir de diciembre de 2023, se observó que algunos de esos programas, como el espacio de Crianzas Comunitarias<sup>[5]</sup> y el Centro de Acceso a la Justicia (CAJ)<sup>[6]</sup>, fueron desarticulados y reducidos en la cantidad de personal. El programa Envión<sup>[7]</sup> siguió funcionando dentro del área de políticas sociales, pero bajo un régimen precarizado en cuanto a salarios y contrataciones.

En relación con el equipo de salud del CIC, este se encuentra conformado aproximadamente por 25 personas: cuatro enfermeras, dos profesionales de la odontología, una psicopedagoga, una fonoaudióloga -en condiciones de contratación por servicios-, cinco psicólogas/os -de los/as cuales cuatro pertenecen a la residencia de psicología familiar y comunitaria dependiente del municipio-, una trabajadora social, una nutricionista, una licenciada en obstetricia, una ginecóloga, dos médicos clínicos, dos médicas pediatras, un médico y una médica de familia y dos administrativas. El centro de salud cuenta con una jefa de centro (licenciada en Obstetricia), una coordinadora de enfermería (licenciada en Enfermería) y un coordinador de área programática<sup>[8]</sup> (odontólogo). La “población cautiva” -término técnico-institucional para referirse a la población destinataria de la atención del CIC- es de aproximadamente 17 mil personas, que residen en barrios aledaños al edificio.

Si bien la recolección de datos para este estudio finalizó en 2023, cabe mencionar que la coyuntura nacional a partir del nuevo gobierno que asumió en diciembre de 2023 involucra un modo de gestionar la tríada de políticas neoliberales, basada en ajuste fiscal, reformas del Estado y la búsqueda de financiamiento externo que violan abiertamente los derechos humanos (Cantamutto y Manzano, 2024) y afectan particularmente la salud y la vida de las poblaciones reflejada, por ejemplo, en el recorte de programas y planes orientados a reducir brechas de desigualdad, lo cual afecta a políticas

sociosanitarias implicadas en los procesos de inclusión como la de los centros de salud de los CIC.

## Antecedentes

La salud como campo político ha sido analizada por Franco y Merhy (2009, 2011) y Feuerwerker (2021), quienes abordan la micropolítica y la dimensión subjetiva del trabajo vivo en acto. En estos abordajes se exploran los procesos de trabajo en salud, cuyos modos de producción dependen del trabajo vivo en acto. Esto implica poner el énfasis en el carácter relacional del proceso de trabajo en salud, marcado por el encuentro entre sujetos en torno a la vida, la muerte y la enfermedad, asuntos que atraviesan esferas íntimas, privadas y públicas. En este análisis identifican los movimientos dinámicos del trabajo, así como los afectos y deseos que intervienen en la producción de la realidad, dotándola de potencia instituyente y capacidad de subjetivación.

Por su parte, diversos estudios han abordado la politización en distintos procesos y grupos sociales, con especial énfasis en las experiencias juveniles. Vommaro (2017) destaca el rol protagónico de la juventud en las movilizaciones recientes en Latinoamérica, a partir de las cuales emergen disputas por lo público, conflictos sociales y formas de resistencia. Kriger (2017) y Kriger y Robba Toribio (2021) analizan la politización juvenil como el proceso mediante el cual los sujetos sociales devienen en sujetos políticos. Plantean una distinción entre politización integradora y politización en clave de polarización, entendida esta última como un proceso dinámico con distintos niveles de confrontación entre grandes grupos. Advierten que, cuando el antagonismo alcanza su extremo, el adversario se transforma en enemigo, lo que reduce la percepción del otro a estereotipos rígidos y caracterizaciones morales negativas (Martín-Baró en Kriger y Robba Toribio, 2021).

Desde otro enfoque, Abal Medina (2010) estudia la politicidad cotidiana en el sector privado a través de prácticas de resistencia y reivindicación laboral. Señala que la politización se manifiesta en las disputas por la toma de decisiones y en la configuración de identidades colectivas entre los trabajadores. Asimismo, advierte que la evitación de conflictos y el desconocimiento de los modos de politización pueden limitar la capacidad de transformar estructuras institucionales.

Hasta el momento no se han identificado estudios que analicen la politización y despolitización del trabajo en salud, particularmente en el Primer Nivel de Atención.

## Marco teórico

Este trabajo se enmarca en una perspectiva interdisciplinaria que integra aportes de la Salud Colectiva Latinoamericana (SCL), que aborda los procesos salud-enfermedad, reconoce el potencial crítico de las ciencias sociales y se propone su aplicación con un horizonte emancipador, a partir de la identificación de la necesidad de la reflexividad en la producción científica (Castro, 2016).

La relación entre trabajo y subjetividad abordada desde la SCL, particularmente desde la propuesta de Feuerwerker (2021), describe el trabajo en salud como un proceso simultáneamente producido y consumido, atravesado por disputas de poder e intereses diversos. Este trabajo combina autonomía profesional con roles dinámicos que se articulan entre planos formales, informales, subjetivos, políticos e institucionales. Mientras las políticas de salud definen el plano formal, otros factores materiales y subjetivos pueden facilitar u obstaculizar su implementación.

El proceso de politización se entiende aquí en términos de Lois et al. (2022) como la irrupción de actores y demandas en el espacio público, ampliando su visibilidad y encuadrándolas dentro de la discursividad de la cultura política. En este proceso, individuos e instituciones asumen una identidad pública que puede ser reconocida como política por quienes integran la trama interrelacional. No obstante, Mayol Miranda y Azócar Rosenkranz (2011) advierten que la politización es un concepto aún en construcción. De ello, este estudio busca profundizar su análisis en el PNA, particularmente en las tensiones que emergen frente a enfoques biomédicos excluyentes, y en la articulación entre lo social, lo subjetivo y lo biológico.

Kriger y Robba Toribio (2021) conciben la politización como un proceso dinámico que convierte sujetos sociales en actores políticos dentro de un proyecto colectivo. Este proceso articula una dimensión sociohistórica, en la que el Estado configura actores sociales y sujetos jurídicos, y una dimensión psicosocial, vinculada a la subjetivación política (Kriger, 2017). En este marco, la politización-despolitización interviene en la construcción de la salud como problema público y de sus trabajadores como sujetos políticos. La subjetivación política trasciende lo partidario y opera tanto en interacciones micro (familia, escuela) como en niveles macro (organizaciones estatales y partidarias), permitiendo comprender las relaciones de poder instituidas e instituyentes (Kriger y Robba Toribio, 2021).

Desde esta perspectiva, la politización se configura como un proceso psicosocial en el que confluyen dimensiones representacionales, cognitivas, afectivas y ético-morales, y que da sentido a la vida en común de una sociedad. Vommaro (2017)

enfatiza que la política se expresa tanto en instituciones estatales como en colectivos sociales que desafían la institucionalidad, disputando la hegemonía y generando formas emergentes de acción política. Retomando a Jelin (1989), se sostiene que lo político no es una esencia fija, sino que determinados contenidos tradicionalmente privados pueden adquirir carácter público y confrontativo, politizándose.

Finalmente, Abal Medina (2010) introduce el concepto de “dinámicas moleculares” de politización que, sin confrontar directamente con las estructuras de poder, irrumpen en las lógicas institucionales transformándolas y desplazándolas hacia el espacio público.

## Metodología

Este estudio adoptó un diseño cualitativo con enfoque interpretativo, orientado a analizar grupos delimitados y relatos sociales desde la perspectiva de los actores y de discursos documentales. Este enfoque permite revisar y generar conceptos y categorías a lo largo del proceso de investigación (Minayo et al., 2023).

La muestra intencional incluyó personas que trabajaban o habían trabajado en el centro de salud del CIC, con al menos dos años de antigüedad en el desempeño de lunes a viernes. Se excluyeron profesionales con horarios acotados (monotributistas que asistían solo dos veces por semana). La selección se realizó mediante muestreo en bola de nieve hasta alcanzar saturación teórica (Martínez-Salgado, 2012), lo que propició la inclusión de participantes clave hasta que no emergiera nueva información relevante. Asimismo, tuvimos en cuenta que las profesiones y roles (asistenciales y de gestión) de las personas entrevistadas no fueran los mismos.

La recolección de datos se estructuró en tres actividades: (1) análisis documental de normativas y recomendaciones institucionales pertinentes -fuentes secundarias-; (2) entrevistas en profundidad -fuentes primarias-, realizadas entre diciembre de 2022 y agosto de 2023, grabadas, transcritas y desarrolladas bajo consentimiento informado que garantizó anonimato; y (3) observación participante de dinámicas laborales con registro de campo.

Cada participante tuvo acceso al proyecto de investigación y a los datos construidos a partir de la información elaborada. Asimismo, el centro de salud fue informado del proceso de investigación y se solicitó permiso, a partir de la presentación de notas formales dirigidas a la autoridad del centro de salud, para la realización de trabajo de campo, obteniendo los permisos correspondientes.

Las notas de campo se registraron sin interferir en las actividades laborales (Santos Guerra, 1999). El registro del espacio de reunión semanal del equipo de salud proporcionó material relevante, al incluir planificación, revisión de prácticas, discusión organizacional e información institucional. Se documentaron acontecimientos, conversaciones y percepciones del equipo. Además, se registró la dinámica laboral diariamente entre finales de 2022 y principios de 2024.

La inserción de una de las autoras como médica de familia en el centro de salud facilitó el acceso, pero exigió una vigilancia epistemológica constante para minimizar sesgos. Se recurrió a la revisión bibliográfica, el intercambio con otros/as investigadores/as y la reformulación de preguntas en entrevistas para garantizar rigor analítico.

El análisis de datos se organizó en una matriz conceptual con dimensiones previstas y emergentes. La codificación abierta se desarrolló en tres etapas: (1) lectura y selección de fragmentos representativos según dimensiones y categorías de análisis, (2) categorización temática, y (3) reducción a unidades manejables (Izcará-Palacios, 2014).

## Resultados

La muestra quedó constituida por ocho participantes. Cuatro de ellas no trabajaban en el centro de salud del CIC al momento de la entrevista, pero contaban con aproximadamente diez años de haberse desempeñado allí. Las otras cuatro entrevistas fueron realizadas a personas activas en el centro. Para conservar la heterogeneidad de la muestra, se buscó incluir personas de diferente género, aunque, dada la alta feminización del trabajo en salud (East et al., 2020), la muestra intencional quedó conformada por un varón y siete mujeres. Asimismo, tuvimos en cuenta que las profesiones y roles (asistenciales y de gestión) fueran diversos. Sin embargo, tres de las entrevistadas son del área de Trabajo Social (sólo una de ellas con funciones en el centro al momento de la entrevista), aunque de distintas edades, provenientes de instituciones de formación diferentes y con experiencias laborales diversas.

Las entrevistas se produjeron en entornos distendidos, con cordialidad, respeto y clima armonioso. Algo a destacar en ese sentido es que una de las autoridades entrevistadas incluyó en su agenda el día y hora de la entrevista, y decidió suspender otras actividades que tenía pautadas con antelación, expresando que consideraba de suma importancia contar con la posibilidad de un espacio en el que pudiera hacer aportes y beneficiarse, en términos colectivos, con los intercambios de los resultados de la investigación. Si bien existió un

eje de preguntas para guiar las entrevistas, se procuró generar un ambiente de confianza y respetar la libertad en las respuestas, la negativa a responder ciertas preguntas, la solicitud de apagar el grabador para expresar ciertas ideas que, se comprende, se tornaban comprometedoras en lo laboral. Algunas respuestas excedieron lo propuesto por la pregunta, pero hicieron aportes que luego se tomaron para problematizar conceptos, como el aspecto de la formación en salud y su escaso contenido social y afectivo.

*Estamos politizando para usted, disculpe las molestias*

De acuerdo con los registros de campo, se identificó que, cuando aparece el vocablo política como sustantivo, muchas veces se utiliza indistintamente como referencia a lo partidario y está cargado de presupuestos negativos -burocratización, corrupción, perjuicios, intereses particulares, entre otros-, por lo que su uso, en este equipo de salud, se moderaba o directamente se evitaba. Una de las situaciones que reflejó el malestar que producía reconocer la dimensión política del trabajo en salud fue la reacción de trabajadores/as a determinados temas/propuestas de actividades comunitarias; otras veces, en reuniones de equipo donde se trataban temas que vinculaban condiciones de vida y salud, o bien en actividades de formación, donde se registraron expresiones como “de política no se habla” (registro de campo, agosto de 2023) o “aquí no hacemos política” (registro de campo, octubre de 2023), como reacción/respuesta a temas que excedieran lo biomédico. La mayor rispidez aparecía cuando se hacían visibles dimensiones sociales o afectivas de los problemas de salud con los que trabajan. Esta relación biopsicosocial era entendida como “política” y, por ende, evitada.

Una de las personas entrevistadas refirió que comenzar a trabajar en el PNA le permitió reflexionar acerca de su rol como actor activo:

Y ahora que me estoy dando cuenta hace que yo esté trabajando acá [en el PNA] (...) me di cuenta que uno podía entrar en una postura pasiva o neutral dentro de ese primer nivel, o entrar y hacer y proponer... (Nicolás, personal en funciones de gestión, 15 de junio de 2023)

A partir de estas reflexiones, el entrevistado recordó la primera actividad colectiva que llevó adelante: durante la primera reunión de equipo de profesionales, el entrevistado propuso dar una charla sobre bruxismo para colegas. El equipo aceptó recibir la charla que se realizó al mes siguiente. Sin embargo, las impresiones de esta actividad fueron disruptivas: “No sé si tuve mucha aceptación o se sorprendieron (...) a partir de ahí empezaron a decir que yo estaba haciendo política, entonces yo no entendía” (Nicolás, personal en funciones de gestión, 15 de junio de 2023).

El entrevistado no logró entender el porqué del cuestionamiento de sus colegas y del coordinador acerca de sus supuestas intenciones de “hacer política” dando una charla sobre bruxismo, aunque al preguntarle sobre qué pensaba de esta postura de sus colegas, respondió que cree que pensaban eso por desconocimiento y luego afirmó:

Por cosas que no me atrevo a decir en esta entrevista (...) entiendo que porque estaba rompiendo el statu quo de la situación (...) ¡Qué sé yo! Estaba rompiendo con una forma de trabajar, entonces eso ya generaba incomodidad, además estamos hablando que yo tenía 28 años... (Nicolás, personal en funciones de gestión, 15 de junio de 2023)

Comprendemos entonces que estas formas propositivas y activas que algunas personas jóvenes asumen dentro del equipo de salud pueden ser leídas como políticas por las y los colegas, en relación con que movilizan ciertas dinámicas que no están previstas y ponen en tensión los temas que se trabajan, los enfoques de abordaje, quién hace y propone y quiénes no. Sumado a ello, la elección de trabajar sobre bruxismo, que tiene como dos de sus principales factores etiológicos al estrés y la ansiedad (Harris et al., 2022), pone el énfasis en la relación entre condiciones sociales y procesos salud-enfermedad, algo que se identifica como aspectos a evitar por el equipo de salud.

Otra de las propuestas identificadas como resistidas en los relatos fue una actividad con la comunidad para poner en agenda la gestión sostenible de la menstruación. Las propuestas de estas actividades orientadas a la comunidad y los temas a trabajar se definían oralmente a partir de problemáticas que el equipo de salud identificaba como relevantes durante los procesos de atención (cabe aclarar aquí que no se identificaron registros de planificación escrita de actividades). Una de las problemáticas detectadas fueron los aspectos económicos de la gestión menstrual en adolescentes, fundamentalmente respecto de la dificultad para acceder a los insumos necesarios para transitar el ciclo menstrual:

Al proponer la actividad en una de las reuniones de equipo de los martes, se definieron oralmente dos temas: aspectos biológicos asociados al ciclo menstrual y además una instancia de debate para reflexionar acerca del costo económico que implicaba para las personas que menstrúan utilizar los diferentes insumos requeridos. La médica que trajo la propuesta se basó tanto en los relatos de las personas usuarias, identificadas en la atención, como en el informe del entonces gobierno nacional, “Justicia menstrual: igualdad de género y gestión menstrual sostenible”. La profesional propuso armar la difusión para convocatoria a la actividad con el título de “Justicia menstrual”. El equipo de salud se mostró de acuerdo con la actividad y su título, excepto una de las personas que ocupaba un cargo de gestión en el centro de salud, quien manifestó su disconformidad y expresó: “No me convence el nombre justicia. Es muy político. La palabra justicia conlleva una connotación

política y eso puede confundir a las personas destinatarias". El título de la actividad fue puesto a consideración, sin llegar a definirlo. (Registro de campo, 9 de agosto de 2022)

La propuesta de la actividad había generado gran interés por parte de los y las trabajadores/as del equipo, se habían repartido tareas como, por ejemplo, armar presentes para las personas que participaran del evento. La convocatoria se haría desde el centro de salud en general y desde los espacios de atención en los momentos de exámenes periódicos de salud realizados a personas que menstrúan y a mujeres que quisieran acercarse. El equipo contaba con diferentes insumos de gestión menstrual para explicar usos, costos, ventajas y desventajas, recomendaciones, entre otras.

Finalmente, la actividad no se llevó a cabo porque otras contingencias exigieron ir postergando las eventuales fechas y quedó como una actividad pendiente para realizar a futuro.

La propuesta de trabajar el tema en términos de justicia menstrual o acceso a la gestión menstrual se basaba en conceptos que reflejan avances científicos y sociales en la comprensión de las desigualdades de género interseccionales (Medina-Perucha y Jacques-Aviñó, 2025), y la propuesta se respaldaba en material institucional nacional vigente (D'Alessandro et al., 2021). A pesar de que se reconocía al género como uno de los principales determinantes sociales de la salud, este tema continúo postergándose.

Esta resistencia a propuestas que movilizan el *statu quo*, que aparecen más frecuentemente vinculadas a cuestiones de justicia social y enfoque de género, entra en tensión con el documento "Ejes de Gobernanza..." citado anteriormente. Este documento refiere explícitamente a la necesidad de que los equipos del PNA se formen y trabajen desde la transversalización de la perspectiva de género y diversidad en la organización y gestión sanitaria para "desnaturalizar las desigualdades estructurales entre los géneros producidas por el sistema cis-hetero-patriarcal" (Ministerio de Salud de la Nación, 2023 p. 10), a partir de referencias teóricas de los feminismos decoloniales como la interseccionalidad, retomando los desarrollos de Mara Viveros Vigoya (2023).

### ***¿Los/as trabajadores/as son con la comunidad?***

El vínculo entre los equipos de salud y la comunidad con la que se trabaja refleja también particularidades. Un punto llamativo es el desconocimiento que identifican las y los trabajadores/as entrevistados/as acerca de las condiciones de vida de las personas que residen en el área programática a la cual pertenece el centro de salud. Este desconocimiento o invisibilización de las condiciones de vida de las personas que atienden muchas veces resultaba en desencuentros

entre lo que se proponía desde el equipo y la realidad de la comunidad:

En una de las reuniones semanales de equipo, donde se estaba planificando una actividad de promoción de hábitos saludables, se inició un debate sobre qué tópicos se podrían trabajar. Una de las integrantes del equipo expresó: “Después entendemos que ahí viven, ahí se desarrollan [refiriéndose a las personas de la comunidad], pero no está bueno ese contexto”. Durante la misma reunión, y siguiendo con la planificación de actividades, otra de las participantes reflexionó: “Hay que replantearse las cosas que hacemos (...) porque siempre se hacen así, pero no sé si están bien”. Si bien la vinculación entre procesos de salud-enfermedad y condiciones de vida apareció como una reflexión, el debate y foco sobre esta relación no se profundizó. (Registro de campo, 7 de marzo de 2023)

En ese sentido, se refleja que el equipo de salud se mueve entre la naturalización de trabajar en contextos de desigualdad social y la reflexión sobre las prácticas, que emerge cuando identifican el vínculo entre las propuestas, las condiciones de vida y las necesidades asistenciales. Si bien brindar asistencia técnica es reconocido como primordial, al no abordarse desde la problematización de las determinaciones sociales que vehiculizan esa asistencia, se obtura la posibilidad de transformación colectiva. De esta manera, Lois et al. (2022) proponen comprender los modos en que las subjetividades se conjugan con las experiencias de formación y de práctica y toman un estado de cuestión pública. Al asumir prácticas profesionales en instituciones públicas, los problemas y las dificultades institucionales en esa profesión que se desempeña se tornan propios. Sin embargo, esta apropiación no es homogénea ni lineal. En este caso, la problematización queda suspendida, ya que no se originan procesos de revisión colectiva más allá de planteos superficiales de reconocimiento de las condiciones de vida de la comunidad y de los límites de la eficacia de las prácticas asistenciales.

### *Lo que viene antes de las prácticas*

La indagación sobre aspectos de la formación previa a la práctica profesional no fue considerada en el esquema de indagación. Sin embargo, esto emergió en los relatos de entrevistas. Respecto de la calidad de la formación sobre cuestiones sociales en carreras de grado vinculadas a la salud, uno de los entrevistados refirió:

Si bien en los cinco años de la carrera hay 60 materias, sólo hay 5 que se refieren a lo social (...) Eran materias que nadie estudiaba, que todos iban, rendían y aprobaban. (Nicolás, personal en funciones de gestión, 15 de junio de 2023)

Esta falencia de formación sobre la dimensión social y afectiva del trabajo en salud es algo que apareció en los relatos en general, se profundizó en los de las personas con carreras de Medicina, Odontología y Nutrición. En los relatos de las personas entrevistadas de carreras como Trabajo Social y Psicología, la mención de aspectos sociales y afectivos desde la formación estuvo presente de manera transversal, aunque reconociendo un enfoque asistencial-individual, excepto en materias vinculadas a lo comunitario, que no exceden el 10% de los planes de estudio respectivos. En este sentido, es posible advertir que la participación social en salud, aspecto fundante del PNA, a pesar de tener larga trayectoria de abordaje científico (Carmona-Moreno, 2017; Menéndez, 1998), no se refleja en la formación ni en las prácticas de profesionales que conformarán equipos y se ocupan de la salud como asunto público. Aquí se refleja lo considerado por Menéndez (2020), quien resalta que el enfoque individualista de la biomedicina se ha apropiado de conceptos y los ha resignificado a través de prácticas y saberes jerarquizados.

### *La producción de una identidad política en el PNA*

Otra dimensión emergente, que fue expresada frecuentemente por las personas entrevistadas como algo que incide en el modo y en el grado de compromiso con la labor sanitaria entendida como problema público, fue en relación con el sentimiento de pertenencia institucional y la dinámica de multiempleo en salud, en progresivo aumento. Una de las entrevistadas expresó, con relación a ello:

la falta de compromiso [con el lugar de trabajo] y arraigo del lugar... donde vos tenés que pensar. ¡Ay!, ahora me tengo que ir a otro lado, eso desarraigá (...) la vorágine diaria, ahora tengo que ir para allá o para allá... (Beatriz, personal en funciones de gestión, 4 de agosto de 2023).

Esto se vincula con datos antecedentes respecto de la precarización de las formas de contratación en el sector salud en Argentina, dada la baja vinculación como planta permanente, lo cual genera que el personal sanitario deba recurrir a múltiples empleos. Esto aumenta el agotamiento físico, mental y emocional, y afecta la calidad de los servicios (Aspiazu, 2017).

Sumado a la falta de condiciones para generar sentido de pertenencia, se identificó que, muchas veces, las decisiones respecto de lo que hay que hacer y cómo hay que hacerlo viene como una orden “de arriba” que no es posible cuestionar, a pesar de que se piense distinto. Al momento de vincularse con el espacio público (la comunidad), de identificar los intereses que configuran el accionar, de visibilizar las condiciones de vida y las desigualdades del escenario de atención, se ponen en tensión las posibilidades de ejecutar órdenes “de

arriba”, sin espacios de revisión/reflexión, a partir de una pretendida neutralidad política. Una de las personas entrevistadas comentó:

Yo trato de no volcar mi ideología en lo que es laboral, o sea, trato de no ir ni a favor ni en contra (...) y cuando viene algo, una orden, una disposición, también les explico que yo también tengo gente arriba que me da órdenes y que hay que ejecutarlas porque es mi función y es la función del que está arriba, comparta o no comparta. Porque hay cosas que te vienen que no compartís, pero, bueno, la clásica bajada de línea. (Beatriz, personal en funciones de gestión, 4 de agosto de 2023)

En el relato se advierte cómo la política es concebida en términos de colores partidarios e ideologías, desde una estructura vertical-jerárquica que no se puede cuestionar. Aun cuando se piensa distinto sobre lo que hay que hacer, las órdenes se acatan sin espacio a conversarlas y/o tomar decisiones participativas, privilegiando una lógica de superiores y subalternos.

Respecto de la posibilidad de producir espacios para la reflexión sobre la práctica como alternativa para recuperar y propiciar procesos de politización, se evidencia que la reflexión aparece como algo deseable, aunque no siempre posible. A pesar de contar con lugares destinados a ello en el centro de salud, como lo es la reunión semanal del equipo. Al respecto, uno de los entrevistados refiere:

Uno no tiene, durante el trabajo, espacio para reflexionar (...) y creo que todos los trabajadores tienen que tener ese momento de reflexionar (...) porque es importante el trabajo para ellos, o cómo se consideran ellos en su lugar de trabajo, o qué rol ocupan, o qué importancia tienen, o si se dan cuenta de la importancia que tienen (...) y quizás esto lo retome para una pronta reunión de área que vamos a hacer, que teníamos pensado con la coordinadora de Enfermería, de hacerlos reflexionar a los trabajadores... (Nicolás, personal en funciones de gestión, 15 de junio de 2023)

Este “hacer reflexionar a los trabajadores” permite advertir la necesidad de problematizar y visibilizar los procesos de subjetivación en el trabajo en salud, en relación con las condiciones de trabajo, los posicionamientos, las normativas, las tareas entendidas como función pública, la pertenencia institucional, entre otras. En palabras de Lois et al. (2022), se hace visible la necesidad de promover dinámicas que propicien asumir una identidad pública, que pueda ser reconocida como política por quienes forman parte de esos encuentros, en este caso, trabajadores/as del PNA y personas usuarias.

## Discusión

Lo abordado hasta aquí permite advertir la potencia del concepto de politización para analizar procesos dinámicos en el campo de la salud, que comprende la producción de sujetos sociales como actores

políticos dentro de un proyecto colectivo, en un proceso que articula una dimensión sociohistórica y psicosocial (Kriger, 2017). Con lo descripto, es posible identificar que, en el campo de la salud en general y en el PNA en particular, los procesos de politización presentan matices que varían desde las propuestas activas de innovaciones, la reproducción del *statu quo* o la invisibilización de ciertas relaciones sociosanitarias y la resistencia tajante a cierto tipo de propuestas, sobre todo aquellas vinculadas a la justicia social y al enfoque de género. En este marco, la politización-despolitización interviene en la construcción de la salud como problema público y de sus trabajadores/as como sujetos políticos. Aunque la salud sea reconocida como un campo político (Feuerwerker, 2021), pareciera que la referencia a aspectos políticos del trabajo en el PNA puede generar el descontento y contradicciones en los equipos de salud, muchas veces generando confrontación, aun en relación con propuestas preventivas esperadas. En el PNA -el nivel más atravesado por el vínculo con las personas usuarias- resulta casi paradójico que se produzca malestar al vincular aspectos de salud a condiciones sociales y de vida, fundamentalmente cuando se pueden abrir temas que se consideran sensibles o externos, como género o trabajo y condiciones de vida, a pesar de la larga trayectoria de su desarrollo, tanto en el ámbito científico como institucional.

El análisis permitió reflejar dificultades diversas, entre lo subjetivo, lo normativo, lo institucional y lo sociohistórico, que influyen en la posibilidad de comprender y apropiarse del accionar de los equipos de salud en el espacio público como algo político, construyendo en esta acción identidad y pertenencia. En ese sentido, siguiendo a Franco y Merhy (2011), se reconoce que una vía para fortalecer estos procesos se vincula con el reconocimiento de la dimensión subjetiva del trabajo en salud, poniendo en juego y visibilizando los sentires y posicionamientos de trabajadores/as en sus tareas cotidianas a partir de procesos reflexivos permanentes.

Los resultados permitieron identificar y analizar, también, los modos en que los saberes y las prácticas de los/as trabajadores/as del PNA configuran los procesos de trabajo y las tensiones y matices entre su politización y despolitización. De esta manera, es posible reconocer que el ámbito de los enunciados en el sector salud está en permanente disputa con el ámbito de las prácticas (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012), ya que los discursos se resignifican en los actos cotidianos que se dan al interior de las organizaciones de salud. Como categoría estructurante de este trabajo, el concepto de politización permitió visibilizar procesos psicosociales individuales y colectivos, donde la dimensión política de los vínculos articula sujetos en un proyecto común en el ámbito público de su función como trabajadores/as de salud.

Si bien en este estudio no se advierten procesos políticos de conformación de colectivos sociales que desafíen la institucionalidad, disputen la hegemonía y generen formas emergentes de acción política, como refiere Vommaro respecto de las movilizaciones juveniles latinoamericanas (2017), sí se advierten las “dinámicas moleculares” de politización planteadas por Abal Medina (2010), aquellas que, sin confrontación directa con las estructuras de poder, interpelan las dinámicas institucionales propiciando su transformación. Tal es el caso de las propuestas de trabajo sobre aspectos que vinculan dimensiones biopsicosociales a partir de la propuesta de capacitación sobre bruxismo y sus componentes psicosociales y la introducción del enfoque de género en términos de justicia social, a partir de la propuesta de trabajo sobre gestión menstrual.

El concepto de politización permitió reflejar los modos en que se abordaron aspectos estructurantes de los procesos salud-enfermedad, como el de participación social, desigualdades sociales, determinación social de la salud, interseccionalidad, entre otros. Al analizar las formas en que las y los trabajadoras/es se involucraron o no con las bases científicas e institucionales nacionales mencionadas, fue posible visibilizar la forma en que se posicionaron en las tensiones entre politización y despolitización. Esto se reflejó tanto en la desarticulación de los procesos salud-enfermedad con aspectos sociales, políticos, económicos y culturales como en el malestar que generaron las propuestas concretas de traer estos temas a los abordajes en el PNA.

Con Feuerwerker (2021) es posible coincidir en la comprensión de los procesos de trabajo en salud como atravesados por fuerzas múltiples, incertidumbres, intereses en disputa e imprevistos, por mencionar algunos. Sin embargo, siguiendo a la autora, esto no suele evidenciarse porque el abordaje de la dimensión subjetiva y emocional parece presentar disruptiones que desestabilizan al equipo, que se orienta a privilegiar moverse en la arena de lo conocido: lo biomédico e individual. En el espacio íntimo de las entrevistas, las personas pudieron hablar sobre estos sentipensares como algo que experimentan a menudo pero que, sin embargo, no ponen en debate en espacios abiertos de reflexión. Esto permite nuevamente reconocer que la dimensión subjetiva de los procesos de trabajo en salud puede resultar un campo de difícil abordaje para los/as integrantes del equipo de salud porque deja al desnudo sus emociones, sus angustias, sus temores y les exige reconocer incertezas. Esto puede estar vinculado a los escasos espacios de formación integral, que permitan gestionar lo subjetivo y lo social en el campo de salud como equipos y no como aspectos que dependen sólo de determinadas disciplinas, fragmentando las experiencias de atención.

Si bien la investigación mayor que enmarca este trabajo no fue pensada desde los procesos de politización y despolitización, al evidenciar las resistencias a abordar temas que vinculan lo social a la salud, propios del PNA, fue posible avanzar en esta apuesta epistemológica. En ese sentido, lo expresado en algunas entrevistas, así como lo observado en reuniones de equipo, condujo a introducir esta conceptualización emergente como un desafío epistémico-político, dado que se trata de un concepto relativamente nuevo, particularmente en el campo de las ciencias sociales y de la salud. Esto permite advertir la necesidad de ampliar marcos de comprensión de los procesos salud-enfermedad, no sólo para propiciar líneas de indagación en investigaciones futuras que aumenten y profundicen la teorización sobre los mismos, sino también para analizar e intentar comprender los procesos de trabajo en el PNA, donde convergen lo subjetivo, lo social y lo biológico y generar políticas adecuadas que se articulen a las acciones esperadas y posibles, a partir de procesos reflexivos de las y los trabajadoras/es.

La categoría de politización permitió visibilizar procesos psicosociales individuales y colectivos y los modos en que la dimensión política de los vínculos articula sujetos en un proyecto común. Esto va más allá de lo partidario -aunque lo incluye- y actúa en niveles micro (interacciones entre trabajadores/as, gestores y personas usuarias, etc.) como macro (organizaciones partidarias, esferas altas de gobierno, etc.) y permite así comprender las dimensiones instituidas e instituyentes de las relaciones de poder (Kriger, 2017; Kriger y Robba Toribio, 2021).

Respecto de la relación entre las prácticas en el centro de salud del CIC y los contextos políticos nacionales, se comprende que esta relación influye en las dinámicas de politización/despolitización en el PNA, más no de forma directa ni lineal. Por ejemplo, al revisar el documento mencionado, "Ejes de Gobernanza en Atención Primaria de la Salud" (2023), se identifica un capítulo sobre enfoque de género con perspectiva decolonial e interseccional que no se traduce en las prácticas cotidianas del centro de salud analizado, aun cuando el contexto político nacional lo establecía como normativa. De ello, es posible comprender que las dinámicas de politización/despolitización, enmarcadas en normativas y lineamientos de diferentes niveles, se encuentran en tensión con las prácticas, arena de conflictos donde se definen modos de implementación siempre singulares y vinculadas a posicionamientos e historias de sus trabajadores/as, tal como analiza Feuerwerker (2021). Esto permite enfatizar en la no-linealidad de la politización-despolitización y resaltar la autonomía de las prácticas en salud, aún enmarcadas en normativas y lineamientos de diferentes niveles.

## Consideraciones finales

Esta investigación se propuso caracterizar nociones vinculadas a la dimensión política del trabajo en salud, a partir de la identificación de prácticas de subordinación, resistencia y vínculos entre trabajadores/as en el PNA. En cuanto a las relaciones entre trabajadores/as, se identificaron resistencias a propuestas que alteran el *statu quo*, expresadas en tensiones sobre quién propone, quién ejecuta y desde qué perspectiva. Respecto al vínculo con la comunidad, persisten miradas que la conciben como una entidad pasiva, lo que se refleja en la toma de decisiones sobre las actividades sin la participación activa de la comunidad.

Un hallazgo relevante fue la posibilidad de reconstruir cómo distintas disciplinas, con trayectorias formativas diversas, abordan problemas comunes en condiciones frecuentemente precarias. Esto motivó a indagar cómo esas voces intentan articular objetivos, debatir posicionamientos y resignificar su trabajo en una arena compleja como el PNA, profundamente vinculada al territorio y al espacio público. Aunque existen instancias institucionalizadas de encuentros –como las reuniones semanales de equipo-, persisten fragmentaciones que asignan lo “social” a ciertas disciplinas y lo “médico” a otras, dificultando la integración de dimensiones biológicas, sociales y subjetivas en los procesos salud-enfermedad. No obstante, se identificó apertura de intersticios reflexivos para construir articulaciones más integrales.

Estas tensiones impulsan la necesidad de resignificar prácticas, valorizar el vínculo con las comunidades y comprender que salud y condiciones de vida son inseparables. La resistencia a integrar estas dimensiones revela la vigencia de un enfoque biomédico, que prioriza respuestas técnico-asistenciales individuales. Aquí, el concepto de politización en salud, aún en construcción en el campo académico-sanitario, resultó clave para enriquecer la comprensión de dinámicas y tensiones en la construcción de lo común en salud. Concebir la politización como proceso dinámico permitió identificar cómo los/as trabajadores/as se posicionan frente a la salud como asunto público, atravesado por decisiones macro y micropolíticas, herencias coloniales e intereses económicos. En este marco, el concepto de interseccionalidad (Viveros Vigoya, 2023), como imbricación de matrices de opresión (raza, género, edad, religión, entre otras), ofrece herramientas para profundizar el análisis de la dimensión política de la atención en salud, promoviendo abordajes contextualizados acordes con las realidades latinoamericanas y las desigualdades presentes en el PNA.

Asimismo, se advirtió que las políticas sanitarias tienden a producirse de manera jerárquica, desde arriba, sin instancias de diálogo con quienes las implementan y quienes las reciben. Esta lógica se reproduce cuando los equipos “bajan” decisiones al territorio, incluso cuando las consideran inadecuadas. Por otro lado, se identifican políticas invisibilizadas por asociarse con temas y prácticas que generan malestar, pese a su orientación a la prevención y promoción de la salud, como la gestión menstrual sostenible. Con todo, se refleja que la participación social, pilar del PNA, se ve obturada tanto desde niveles macro como micro, al silenciar voces clave, afectando la calidad de la respuesta.

Cabe destacar que una de las autoras forma parte del escenario estudiado, lo que implicó un cruce entre lo académico, lo laboral y lo personal. Para reducir sesgos, se aplicaron estrategias de vigilancia epistemológica: reflexividad crítica (diarios de campo, discusión con colegas), separación de roles (protocolos diferenciados) y supervisión externa (revisión por pares). Esto permitió revisar los procesos relacionales en el PNA desde una perspectiva situada. A lo largo del proceso se realizaron ajustes constantes en diálogo con especialistas del campo, que permitieron afinar la comprensión del problema, su viabilidad y originalidad. Las presentaciones de avances en jornadas académicas fueron especialmente útiles en este sentido.

Las entrevistas evidenciaron tensiones micropolíticas, afectos y disputas, y permitieron momentos de reflexión emocional profunda. La gratitud expresada por los/as entrevistados/as resignificó el proceso investigativo más allá de sus objetivos académicos.

Entre las limitaciones se destaca la falta de acceso a información pública sobre políticas implementadas en el CIC de Bahía Blanca, lo cual contrasta con la normativa vigente (Ley N° 27275). El trabajo se centró en un centro de salud del único CIC de Bahía Blanca, lo que limita también la generalización de resultados, aunque ofrece una comprensión profunda de fenómenos complejos en su contexto específico. Si bien no permite extrapolación, aporta marcos conceptuales valiosos para casos similares.

Como hipótesis derivada de los datos, entendemos que la atención en salud en el PNA configura un espacio de politicidad cotidiana donde se manifiestan tensiones entre un enfoque biomédico hegemónico y prácticas que buscan integrar dimensiones sociales, subjetivas y territoriales, mediadas por relaciones de poder, fragmentaciones disciplinarias, escasa participación social y modos jerárquicos de implementación de políticas. La fragmentación disciplinar en el PNA tiende a reproducir jerarquías entre saberes, asignando un lugar subordinado a las dimensiones sociales frente a las biomédicas, lo cual obstaculiza la construcción de abordajes integrales con participación social en salud. La participación social en salud se

encuentra obturada tanto en el plano institucional como en las prácticas cotidianas, debido a miradas que conciben a la comunidad como pasiva y a la falta de espacios deliberativos-asamblearios con actores diversos. La politicidad cotidiana en el PNA se expresa así en prácticas de subordinación y resistencia entre trabajadores/as en dinámicas moleculares, que disputan sentidos, modos de intervención y vínculos con la comunidad en un contexto de precariedad laboral y variaciones entre lineamientos de políticas nacionales que cambian, en mayor o en menor medida, con cada cambio de mandato. En este contexto, el concepto de politización en salud, articulado con la interseccionalidad, permite problematizar las condiciones en las que se produce atención sanitaria, visibilizando cómo matrices de opresión configuran el acceso, las prácticas y los sentidos atribuidos a la salud en contextos locales.

Se comprende que las dimensiones conceptuales que se eligieron desarrollar involucran una complejidad considerable en la articulación de las ciencias sociales y de la salud, frecuentemente separadas. A lo largo del proceso de investigación se realizaron múltiples ajustes, en diálogo con investigadores/as de la temática para poder facilitar no sólo la comprensión del problema de investigación, sino también la viabilidad, consistencia y originalidad del trabajo.

En relación con las futuras líneas de investigación, esperamos que este trabajo aporte al campo de la salud institucionalizada y al de las ciencias sociales para promover el ejercicio de reflexión sobre saberes y prácticas que afectan de modos singulares a trabajadores/as sanitarios/as y configuran procesos de politicidad cotidiana, expresados en acciones de resistencia, subordinación y vínculos micropolíticos.

Este trabajo buscó contribuir tanto al campo de la salud como a las ciencias sociales, promoviendo la reflexión crítica sobre saberes y prácticas que configuran procesos de politicidad cotidiana en el trabajo en salud pública y también en la formación básica y permanente, como aspectos emergentes de la investigación. Se espera que los resultados sirvan de insumo para políticas públicas que articulen dimensiones sociales, subjetivas y biológicas, y para mejorar las condiciones laborales de los/as trabajadores/as. Asimismo, que los resultados sean útiles para fomentar procesos de producción de conocimientos desde los territorios, orientados a conocer las realidades comunitarias, sus recursos y dinámicas, para comprender y construir colectivamente en lugar de imponer, desde la homogeneización de saberes y prácticas hegemónicas, lo que se define “desde arriba”. Para ello, se hace necesario sostener procesos reflexivos en los procesos de trabajo, que propicien la disminución de asimetrías entre gestores/as, trabajadores/as y personas usuarias, promoviendo la participación social en salud para transformar prácticas asistencialistas

y tecnocráticas en acciones más potentes y relacionales que permitan vincular condiciones de vida y procesos salud-enfermedad desde perspectivas interseccionales.

## Bibliografía

- Abal Medina, P. (2010). Modos de politización de organizaciones de trabajadores en grandes empresas. *Estudios Sociológicos*, 28(82), 41-65.
- Agesta, M. D. L. N., Cernadas, M. y López Pascual, J. (2018). *Amalgama y distinción. Culturas políticas y sociabilidades en Bahía Blanca*. EdiUNS.
- Aspiazu, E. (2017). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Trabajo y Sociedad*, 28, 11-35.
- Cantamutto, F. J. y Manzo, A. (2024). Deuda, ajuste fiscal y reformas estructurales en el gobierno de Milei: perspectiva histórica y su impacto sobre los derechos humanos. *Derecho y Ciencias Sociales*, (1) 215-241.
- Carmona-Moreno, L. D. (2017). Concepción de la participación social en salud: propuesta de resignificación. *Revista Ciencias de la Salud*, 15(3), 441-454.
- Castro, R. (2016). De la sociología en la medicina a la sociología de la salud colectiva: apuntes para un necesario ejercicio de reflexividad. *Salud Colectiva*, 12, 71-83.
- Congreso de la Nación Argentina (2016). *Ley Nacional N° 27275 de Derecho de Acceso a la Información Pública*. Boletín Oficial.
- D'Alessandro, M., Santellan, C., García, C., De la Fuente, X. y Cardillo, M. (2021). *Justicia menstrual. Igualdad de género y gestión menstrual sostenible*. Ministerio de Economía, Jefatura de Gabinete de Ministros.
- De Piero, S. (2015). Los Centros Integradores Comunitarios: nuevos modos de territorialidad del Estado Nación. En R. Grandinetti *et al.* (comps.) *Retos e innovaciones de la administración pública para el desarrollo democrático en el Siglo XXI*. Universidad Nacional de Rosario.
- Del Prado, L. (2016). Las Mesas de Gestión de los Centros Integradores Comunitarios: ¿participación de la comunidad y democratización de las políticas sociales? *De Prácticas y Discursos*, 5(7), 1-21.
- East, S., Laurence, T. y López Morelo, E. (2020). *COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina*. Organización Internacional del Trabajo, Fondo de Población de las Naciones Unidas & ONU Mujeres.

- Elorza, M., Moscoso, N. y Lago, F. (2017). Delimitación conceptual de la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43, 432-448.
- Feuerwerker, L. (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.
- Franco, T. y Merhy, E. (2009). Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo. *Salud Colectiva*, 5, 181-194.
- Franco, T. y Merhy, E. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*, 7, 9-20.
- Harris, C., Véjar, N., Robles, B., Pastene, F. y Hemmerdinger, A. (2023). Bruxismo: etiología, diagnóstico y sus repercusiones en adultos. Revisión de la literatura. *Odontología Sanmarquina*, 26(4).
- Izcara Palacios, S. (2014). *Manual de investigación cualitativa*. Fontamara.
- Krieger, M. y Robba Toribio, I. (2021). Polarización política y politización juvenil entre conceptos e historias. *Kairos*, 25(48), 147-173.
- Kriger, M. (2017). En busca de la politización juvenil y sus sentidos recuperados en la Argentina del Bicentenario. En M. Kriger (dir.) *El mundo entre las manos. Juventud y política en la Argentina del Bicentenario* (pp. 8-33). EDULP.
- Lois, I., Pozzio, M. y Testa, D. (2022). Politización y trayectorias en la enfermería bonaerense durante la pandemia de COVID-19. *Aiken. Revista de Ciencias Sociales y de la Salud*, 2(1), 49-61.
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 613-619.
- Mayol Miranda, A. y Azócar Rosenkranz, C. (2011). Politización del malestar, movilización social y transformación ideológica: el caso “Chile 2011”. *Polis. Revista Latinoamericana*, (30).
- Medina-Perucha, L. y Jacques-Aviñó, C. (2025). Salud, equidad y justicia menstrual: de los saberes colectivos a la legislación menstrual en España. *Gaceta Sanitaria*, 38, 102356.
- Menéndez, E. (1998). Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado. *Cuadernos Médico Sociales*, 73(1), 5-22.
- Menéndez, E. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, 16, e2615.

- Minayo, M., Ferreira Deslandes, F. y Gomes, R. (2023). *Investigación social: teoría, método y creatividad* (1<sup>a</sup> ed.). EDUNLA.
- Ministerio de Salud de la Nación (2023). *Resolución N° 924. Ejes de Gobernanza en Atención Primaria de la Salud*. Boletín Oficial.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1978). *Atención Primaria de la Salud*. OMS.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2007). *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas*. OPS/OMS.
- Ramacciotti, K. I. (2021). La salud pública en la Argentina en tiempos de coronavirus. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 28, 301-305.
- Santos Guerra, M. (1999). La observación en la investigación cualitativa. Una experiencia en el área de salud. *Atención primaria*, 24(7), 425-430.
- Stolkiner, A. I. y Ardila Gómez, S. E. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex*, 23(101), 57-67.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11.
- Viveros Vigoya, M. (2023). *Interseccionalidad. Giro decolonial y comunitario*. Clacso.
- Vommaro, P. A. (2017). Territorios y resistencias: configuraciones generacionales y procesos de politización en Argentina. *Iztapalapa. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 38(82), 101-133.
- Zibecchi, C. (2020). Cuidar a los chicos del barrio: trabajo comunitario de las cuidadoras, expectativas y horizontes de politización en contextos de pandemia. En N. Sanchís (comp.) *El cuidado comunitario en tiempos de pandemia... y más allá*. Asociación Lola Mora.

## Notas

- [1] Este trabajo forma parte de una investigación mayor, en el marco de una Maestría en Salud Familiar y Comunitaria y de un Proyecto de Investigación de la Universidad Nacional de Santiago del Estero, cód. 23/D289-Bint-2025. Recibido el 5 de febrero de 2025. Aceptado el 21 de abril de 2025.
- [2] Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional del Sur. Contacto: mariajosesogni@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0001-8597-6007>

- [3] Instituto de Estudios para el Desarrollo Social, Universidad Nacional de Santiago del Estero, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Contacto: laurenciasilveti@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-6284-9788>
- [4] Cabe aclarar que existen variaciones conceptuales del término atención primaria de salud, que se vinculan a las especificidades de los sistemas de salud. Sin embargo, a pesar de que los conceptos de atención primaria de salud, atención primaria y primer nivel de atención son, muchas veces, confundidos -e incluso se suelen utilizar como sinónimos-, es preciso considerar que el primer concepto se aproxima a una política sanitaria, mientras que el segundo debe ser vinculado con un modelo de atención y el último refiere a un nivel de atención del sistema de salud (Elorza et al., 2017).
- [5] Desde el Programa Nacional Primeros Años se fortalecían las prácticas de crianza a las familias con bebés y niños/as de 0 a 4 años y a personas gestantes en situación de vulnerabilidad social. La tarea de sensibilización, capacitación y difusión era llevada a cabo por mujeres -facilitadoras- residentes en los barrios cercanos al CIC.
- [6] Oficinas que brindan servicios de asesoría legal gratuita en temas de seguridad social, documentación, trabajo, familia, entre otros, dependientes del Ministerio de Justicia de Nación.
- [7] Programa del gobierno de la provincia de Buenos Aires, orientado a lograr la inclusión socioeconómica, política y cultural de jóvenes de entre 12 y 21 años, que se encuentran en situación de vulnerabilidad social. Pensado desde una perspectiva integral de derechos y conveniado con municipios y ONG, con actividades a cargo de talleristas y profesionales.
- [8] Área Programática se define, según la Organización Panamericana de la Salud (1994), como “el ámbito geográfico de cobertura asignado a un establecimiento de salud, para ejecutar los programas de atención médica y saneamiento ambiental”. El término data de los años 60, cuando se formuló la estrategia de Atención Primaria de la Salud y ha tenido creciente importancia como medio para delimitar acciones y responsabilidades administrativas y sanitarias en una determinada área geográfica.

# AmeliCA

## Disponible en:

<https://portal.amelica.org/amelia/ameli/journal/476/4765481005/4765481005.pdf>

Cómo citar el artículo

Número completo

Más información del artículo

Página de la revista en [portal.amelica.org](https://portal.amelica.org)

María José Sogni Casco, Laurencia Lucila Silveti  
Mejor hablar de ciertas cosas: (des)politización del primer nivel  
de atención en Bahía Blanca, Argentina<sup>[1]</sup>  
Better to talk about certain things: (de)politzation at the first  
level of care in Bahía Blanca., Argentina

*De Prácticas y Discursos. Cuadernos de Ciencias Sociales*  
vol. 14, núm. 24, 2025  
Universidad Nacional del Nordeste, Argentina  
depracticasydiscursos.ces@unne.edu.ar

**ISSN-E:** 2250-6942

**DOI:** <https://doi.org/10.30972/dpd.14248973>