

# **HETEROGENEIDAD SOCIOECONÓMICA Y BRECHAS EN EL ACCESO A LA SALUD : UN ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES EN PUERTO SANTA CRUZ, EL CALAFATE Y PUERTO JULIÁN (SANTA CRUZ, ARGENTINA)**

## **SOCIOECONOMIC HETEROGENEITY AND HEALTH ACCESS GAPS : A COMPARATIVE ANALYSIS OF SOCIAL DETERMINANTS IN PUERTO SANTA CRUZ, EL CALAFATE, AND PUERTO SAN JULIÁN (SANTA CRUZ, ARGENTINA)**

**Inv. Graciela Noemí Bazán**

gbazan0212@gmail.com // <https://orcid.org/0000-0009-6413-0166>

**Inv. Celia Cándida Soza**

<https://orcid.org/0009-0004-6090-8034>

**Inv. Haydeé Leonor Cárdenas**

<https://orcid.org/0009-0004-5053-0939>

**Inv. Alfredo Rubén Benítez**

<https://orcid.org/000-0003-0367-8776>

**Inv. Sonia Noemí Rindisbacher**

<https://orcid.org/0009-0009-7920-9862>

**Inv. Gabriela Fernanda Cañari**

<https://orcid.org/0009-0001-5848-8905>

**Inv. María Alejandra Marcuzzi**

<https://orcid.org/0009-0009-9755-1629>

**Est. Johissy Camila Flores Moreira**

<https://orcid.org/0009-0005-9110-9865>

**Est. Mayra Belén Rojel**

<https://orcid.org/0009-0003-6678-8929>

**Est. Jonathan Ricardo Pires**

<https://orcid.org/0009-0003-6678-8929>

**Est. José Alberto Miranda**

<https://orcid.org/0009-0004-5415-0538>

**Filiación Institucional:**

Universidad Nacional de la Patagonia

Austral Unidad Académica San Julián

Fecha de presentación: 30/10/2025

Fecha de aceptación: 16/12/2025

### **Resumen**

Este artículo analiza la profunda heterogeneidad socioeconómica de Santa Cruz, Argentina, cuya matriz extractiva y turística (fundamentada en la extracción intensiva de hidrocarburos/minerales y el turismo masivo) genera polarización social y opera como determinante estructural de las inequidades en salud. El objetivo es comparar cómo los determinantes sociales (estructura económica, empleo, distribución etaria y habitabilidad) influyen en las desigualdades de acceso a la salud en Puerto Santa Cruz, El Calafate y Puerto San Julián. La metodología triangula datos del INDEC con resultados primarios del Censo Sociosanitario local, enfocándose en vulnerabilidad laboral, edad poblacional, saneamiento y barreras percibidas. Los resultados muestran perfiles de riesgo disímiles: El Calafate (polo turístico) registra la media de edad más baja (39.71 años) y la mayor informalidad laboral (35.0%), evidenciando que la estacionalidad laboral impacta a la población joven migrante, trasladando el riesgo social y sanitario al sistema público; Puerto Santa Cruz exhibe la mayor proporción de población bajo PAMI (20.0%), indicando un desafío en la gestión de cuidados crónicos y gerontológicos; y Puerto San Julián (polo extractivo) muestra el mayor índice de ocupación residencial (4.2 convivientes/hogar) y un déficit en saneamiento (20.0% sin cloacas). La situación subraya una doble carga de riesgo para la salud: el agudo infeccioso (exacerbado por la densidad poblacional y ocupación) y la cronicidad estructural (evidenciada por la elevada media de edad de la población, 47.41 años, garantizando mayor prevalencia de comorbilidades y morbilidad). Esta falla sistémica, junto a una infraestructura de salud centralizada y subdimensionada, obliga a la población a prácticas de autoatención. La conclusión es que las brechas sanitarias se deben a la fragilidad socioeconómica del modelo de enclave. Se recomienda la urgencia de la regionalización sanitaria con foco en la Atención Primaria de la Salud, liderada por la Enfermería Comunitaria, para intervenir sobre la desigualdad como determinante estructural.

**Palabras clave:** Heterogeneidad socioeconómica, Determinantes sociales, Patagonia, Salud colectiva.

## Abstract

This article analyzes the profound socioeconomic heterogeneity of Santa Cruz, Argentina, whose extractive and tourist matrix (based on the intensive extraction of hydrocarbons/minerals and mass tourism) generates social polarization and operates as a structural determinant of health inequities. The objective is to compare how social determinants (economic structure, employment, age distribution, and habitability) influence inequalities in access to health in Puerto Santa Cruz, El Calafate, and Puerto San Julián. The methodology triangulates data from INDEC with primary results from the Socio-sanitary local census focusing on labor vulnerability, population age, sanitation, and perceived barriers. The results show dissimilar risk profiles: El Calafate (tourist hub) records the lowest mean age (39.71 years) and the highest labor informality (35.0%), evidencing that labor seasonality impacts the young migrant population, transferring the social and health risk to the public system; Puerto Santa Cruz exhibits the largest proportion of the population under PAMI (20.0%), indicating a challenge in managing chronic and gerontological care; and Puerto San Julián (extractive hub) shows the highest residential occupation index (4.2 cohabitants/household) and a sanitation deficit (20.0% without sewer systems). This situation underscores a double burden of risk for public health: the acute infectious risk (exacerbated by population density and occupation) and the structural chronicity risk (evidenced by the population's high mean age of 47.41 years, guaranteeing a higher prevalence of comorbidities and morbidity/mortality). This systemic failure, alongside a centralized and undersized health infrastructure, compels the population to resort to self-attention practices. The conclusion is that health gaps are due to the socioeconomic fragility of the enclave model. The urgency of sanitary regionalization focused on Primary Health Care, led by Community Nursing, is recommended to intervene on inequality as a structural determinant.

**Keywords:** Socioeconomic heterogeneity, Social determinants, Patagonia, Collective health.

## I- Introducción

La salud y la enfermedad se comprenden cada vez más como procesos intrínsecamente sociales, cuyos desenlaces están condicionados por factores no clínicos, conocidos como Determinantes Sociales de la Salud (DSS). Estos factores, que se originan en la distribución de la riqueza, el poder y los recursos, son los generadores de las brechas injustas y evitables que se observan en el estado de salud de las poblaciones a nivel global (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008; Organización Mundial de la Salud OMS, 2021). La aproximación a los DSS exige trascender la perspectiva puramente biológica y situar el análisis en la estructura económica y política que configura los territorios. La inequidad es, en esencia, la expresión sanitaria de la injusticia social.

El presente estudio se enmarca en la investigación de la Universidad Nacional de la Patagonia Austral (UNPA) titulada "Determinantes de salud y prácticas de autoatención/autocuidado en la región

patagónica: Un estudio mixto en Puerto San Julián, Puerto Santa Cruz y El Calafate" (UNPA, s.f.). Este proyecto se sitúa en un contexto regional paradigmático: la provincia de Santa Cruz, que, a pesar de sus indicadores macroeconómicos favorables, presenta una matriz productiva reposada en gran medida en los sectores extractivos (petróleo, minería, pesca) y en el turismo. La alta renta generada por estos sectores, a menudo asociados a modelos de enclave, no se traduce en una distribución equitativa de los beneficios, sino que exacerba la polarización social y económica (Crozier, 2018). Es esta estructura económica dependiente la que genera una notable y preocupante heterogeneidad socioeconómica a nivel local, un fenómeno que hipotetizamos como determinante crucial en las disparidades en la equidad del acceso a la salud, manifestadas de forma aguda en la escasez estructural de centros de alta complejidad y de profesionales especializados.

La marcada variación en la estructura productiva y su consecuente impacto en la protección social a lo largo de los municipios de

Puerto Santa Cruz, El Calafate y Puerto San Julián, justifica la necesidad de este análisis comparativo. El objetivo principal de este artículo es contrastar la influencia de los determinantes sociales específicos, como el empleo, la informalidad, la distribución etaria y la habitabilidad, en las desigualdades de acceso y cobertura de salud entre estas tres localidades.

Para lograr este objetivo, la investigación combina el análisis de fuentes secundarias (Censo Nacional 2022) con la sistematización de datos primarios provenientes del Censo Sociosanitario 2024 (Unidad Académica San Julián), el cual aporta una mirada localizada y detallada sobre las condiciones de vida, los determinantes estructurales y el acceso a la salud. Esta triangulación metodológica permite pasar de la descripción macroeconómica a la evidencia de la vulnerabilidad cotidiana. La contribución esperada es la generación de evidencia robusta y localizada para el diseño de políticas públicas sanitarias que aborden la inequidad desde una perspectiva estructural, promoviendo la Salud Colectiva y visibilizando las Epistemologías del Sur como herramientas de emancipación social.

El estudio toma especial relevancia al confrontar el imaginario de "riqueza patagónica" con la realidad de las carencias en el interior provincial, particularmente en el acceso a la infraestructura básica (cloacas, gas) y la continuidad de la protección social. Estos hallazgos son vitales para reorientar el modelo de atención, enfocándose en la Atención Primaria de la Salud (APS) y la Enfermería Comunitaria como agentes de cambio capaces de traducir la determinación social en prácticas de autocuidado sustentables. La Enfermería, con su enfoque holístico y comunitario, es la disciplina idónea para abordar las barreras percibidas que el Censo 2024 logró identificar, reconociendo el saber popular (autoatención/ autocuidado) como punto de partida para el cuidado profesional (Soza y Cárcamo, 2025).

El artículo se organiza en seis secciones: la presente introducción; el Marco Teórico, donde se define la salud desde la perspectiva crítica y se incluyen los aportes de la Salud Colectiva, las Epistemologías del Sur y el autoatención/autocuidado; la Metodología, que detalla el enfoque comparativo, el procesamiento de fuentes secundarias y la sistematización del Censo Sociosanitario 2024; los Resultados, que presentan los hallazgos

desagregados por localidad; la Discusión, donde se analizan los resultados en el contexto de la literatura de DSS y la Enfermería Comunitaria; y finalmente, las Conclusiones y Recomendaciones para la política sanitaria regional.

## 2- Marco teórico

El marco conceptual que guía esta investigación se fundamenta en la crítica a la visión biomédica reduccionista y en el paradigma de la determinación social de la salud (DSS). La salud-enfermedad es entendida como un proceso social históricamente determinado, donde las condiciones de vida y salud de las poblaciones son el resultado de la articulación de los procesos generales de la sociedad con los procesos particulares que operan a nivel local y micro-social (Laurell, 2015; Breilh, 2013). Esta aproximación reconoce que el sufrimiento, la enfermedad y la muerte no son hechos aleatorios, sino que se distribuyen de forma desigual siguiendo el gradiente de la estructura de clases y las relaciones de poder.

La desigualdad social se establece, por lo tanto, como la etiología central de las inequidades sanitarias (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008). En América Latina, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019) subraya la necesidad de examinar los DSS reconociendo que la profunda injusticia social y la alta dependencia de modelos extractivos o primarios, como sucede en la Patagonia, generan una magnitud de desigualdades que los sistemas de salud, por sí solos, no pueden compensar. La determinación social va más allá de la mera correlación estadística entre un "factor" social y un resultado de salud; busca identificar las leyes causales estructurales (el modelo de acumulación, la matriz productiva) que definen las condiciones de vida, exponiendo diferencialmente a los grupos poblacionales al riesgo.

Para una comprensión más profunda de la génesis de las inequidades, esta investigación se inscribe en la perspectiva de la Salud Colectiva Latinoamericana, la cual trasciende la mera descripción de los determinantes, proponiendo un análisis de la determinación social del proceso salud-enfermedad. Desde esta óptica crítica, las condiciones de salud son vistas como el resultado de los modos de producción y vida que estructuran la sociedad (Breilh, 2013).

La Salud Colectiva nos obliga a mirar más allá del individuo y el riesgo biológico, enfocándonos en los procesos colectivos (la precarización laboral, la exposición ambiental, la inadecuada planificación urbana) que generan perfiles de morbilidad específicos para cada grupo social y geográfico.

Por ejemplo, la vulnerabilidad sanitaria en Puerto San Julián, con su base extractiva, no puede reducirse a la falta de un hospital de alta complejidad. Es la condición de salud colectiva moldeada por la precarización laboral en servicios tercerizados, la exposición a riesgos ambientales inherentes a un modelo extractivo de alto impacto (petróleo y minería), y la tensión social generada por la presión demográfica sin inversión paralela en infraestructura social. Esta perspectiva exige una acción política y una transformación de las estructuras, más que una simple mejora técnica del sistema de salud (Laurell, 2015).

Complementariamente, las Epistemologías del Sur (de Sousa Santos, 2009) ofrecen una herramienta crucial para descentrar la mirada hegemónica y visibilizar las "ausencias" y los "conocimientos silenciados" generados por el modelo productivo y epistémico dominante. En el contexto patagónico, dominado por el conocimiento técnico-extractivo y la centralidad administrativa de Río Gallegos, las realidades periféricas (las "epistemologías del sur") son a menudo invisibilizadas. Aplicado a la salud, esto implica reconocer que las estrategias de autoatención/autocuidado de las comunidades y la medicina popular (objeto del proyecto matriz UNPA) constituyen conocimientos válidos y respuestas cotidianas a las fallas estructurales del sistema formal. La dificultad de acceso a un especialista en El Calafate no es solo una deficiencia logística, sino un ejemplo de la exclusión epistémica donde las soluciones y realidades periféricas no tienen voz ni capacidad de moldear las políticas públicas. La incorporación del Censo Sociosanitario 2024 representa, en sí misma, un ejercicio de Epistemología del Sur, al generar conocimiento situado desde la periferia académica (UNPA Puerto San Julián) y comunitaria, volviendo visible la realidad concreta de la población censada (Pérez y Smith, 2023).

La profundización en los Determinantes Estructurales de la Región Patagónica y en particular en Santa Cruz requiere la adopción crítica del concepto de Modelo de Enclave. Este

modelo, caracterizado por una alta dependencia de la exportación de recursos naturales (petróleo, gas, oro, plata, pesca) con escasa articulación productiva local, genera una "doble polaridad" socioeconómica (Crozier, 2018). Esta estructura se traduce en DSS específicos que son objeto de nuestro estudio:

1- Vulnerabilidad Laboral y Protección Social: El contraste es agudo entre los altos salarios y la seguridad social de los trabajadores calificados en hidrocarburos y minería, y la alta informalidad del turismo y servicios tercerizados. Este patrón laboral discontinuo determina la cobertura por obra social y la capacidad de las familias de hacer frente a costos no médicos de la atención sanitaria (transporte, alojamiento).

2- Impacto Demográfico y Presión Infraestructural: La atracción de mano de obra hacia los polos extractivos genera un influjo migratorio desregulado. Las ciudades extractivas (como Puerto San Julián) experimentan un crecimiento demográfico rápido y desigual, que genera una presión aguda sobre toda la infraestructura pública: educativa, habitacional y sanitaria. El sistema de salud, diseñado para una población base mucho menor, colapsa ante la demanda agregada, afectando la calidad de la atención de toda la población (Gómez y Navarro, 2022).

3- La Vivienda y los Servicios Básicos como Determinantes Clave: En contextos de alto costo de vida y migración, el acceso a una vivienda digna con servicios básicos (agua potable, cloacas, calefacción) se convierte en un determinante social de primer orden. La precariedad habitacional está directamente ligada a la exposición a enfermedades infecciosas, respiratorias y al estrés crónico, lo que agrava las condiciones de salud preexistentes (OPS, 2019). El Censo Sociosanitario 2024 busca cuantificar esta precariedad a nivel micro-local.

4- Inequidad Territorial y Centralización de la Complejidad: La vasta extensión geográfica de Santa Cruz hace que la centralización de los servicios de alta complejidad en Río Gallegos se convierta en una barrera financiera y temporal



insalvable, sobre todo para aquellos con cobertura pública exclusiva. Este aislamiento geográfico no es solo una dificultad logística, sino una manifestación de la desinversión histórica en la periferia productiva.

Para comprender la dinámica de la salud en territorios con fallas sistémicas, es fundamental incorporar la dicotomía Autoatención y Autocuidado. Soza y Cárcamo (2025) distinguen estos conceptos como cruciales para el abordaje de la Enfermería Comunitaria en territorios de alta vulnerabilidad.

- **Autoatención (Respuesta Primaria y Estratégica):** Se refiere a las acciones, conocimientos y recursos que los sujetos y las familias utilizan de manera informal o popular para diagnosticar, prevenir y tratar sus problemas de salud, antes de recurrir al sistema formal, o ante su ausencia. Es una respuesta pragmática, culturalmente anclada y de supervivencia, que incluye desde el uso de remedios caseros, la consulta a la red social inmediata, hasta la automedicación (Soza y Cárcamo, 2025). El alto porcentaje de barreras percibidas en el Censo 2024 sugiere que la población está siendo forzada a la autoatención por la distancia y el costo.
- **Autocuidado (Práctica Reflexiva e Informada):** Implica una acción consciente, informada y deliberada de la persona o la familia sobre su propia salud, promovida y guiada por un proceso educativo y emancipador. El autocuidado busca integrar el saber popular de la autoatención con la evidencia científica, promoviendo la autonomía y la capacidad resolutive del sujeto.

El rol de la Enfermería Comunitaria en este contexto se vuelve central. La enfermería, por su naturaleza de proximidad y enfoque en la prevención y promoción de la salud a nivel familiar y comunitario, es la disciplina mejor posicionada para identificar las prácticas de autoatención generadas por la exclusión sanitaria y transformarlas en estrategias de autocuidado informado (Carvacho y Pérez,

2023). Esta labor es, en sí misma, una aplicación práctica de la Atención Primaria de la Salud (APS) renovada, que busca descentralizar el poder médico y empoderar a la comunidad, validando sus saberes (Almeida et al., 2020). La presencia de la UNPA en los territorios y el levantamiento del Censo 2024 son un ejemplo de esta articulación entre academia, comunidad y la visión de la Enfermería Comunitaria.

La presente investigación se propone analizar cómo esta heterogeneidad socioeconómica, modelada por el tipo de producción local, se traduce en patrones de acceso a la salud desiguales en Puerto Santa Cruz, El Calafate y Puerto San Julián, utilizando los DSS como lente analítico, con un énfasis en la respuesta de autoatención/autocuidado que emana de las fallas sistémicas.

### 3- Metodología

Se empleó un diseño comparativo, descriptivo y exploratorio de corte transversal, con un enfoque mixto basado en la triangulación de fuentes de datos. La selección de Puerto Santa Cruz, El Calafate y Puerto San Julián obedece a que representan los tres perfiles productivos dominantes y con dinámicas poblacionales diferenciadas en el interior de Santa Cruz (administrativo/portuario, turístico y extractivo/pesquero, respectivamente).

**Fuentes de Información y Procesamiento de Datos** La solidez del estudio reside en la triangulación de dos tipos de fuentes:

**Fuentes Secundarias Oficiales:** Se basó en datos agregados del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022 (INDEC), informes del Gobierno Provincial, y los Indicadores Básicos de Salud 2023. Las variables clave incluyeron: Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), estructura etaria, informalidad laboral y cobertura de salud (Obra Social/Prepaga, PAMI, solo sistema público).

**Fuente Primaria (Censo Sociosanitario 2024 UNPA):** Se sistematizaron los datos primarios de un Censo Sociosanitario realizado por la Unidad Académica San Julián de la UNPA. El censo, con 623 encuestas válidas, utilizó un muestreo no probabilístico (por conveniencia y bola de nieve), priorizando la visibilización de las realidades de la población más vulnerable.

Las variables priorizadas fueron la habitabilidad (convivientes por hogar, acceso a red cloacal y gas) y las barreras percibidas en el

acceso a los servicios de salud (distancia, costo, tiempo de espera).

#### Operacionalización de Variables para el Análisis

El análisis comparativo se realizó mediante la construcción de indicadores de disparidad relativa:

- Índice de Vulnerabilidad Socioeconómica (IVS): Compuesto por la tasa de NBI (INDEC) y la tasa de informalidad laboral (fuente secundaria). En la fuente primaria, incluyó la densidad habitacional crítica (más de 3 personas por dormitorio).
- Razón de Inequidad Sanitaria Territorial (RIST): Relación entre el porcentaje de población con cobertura exclusivamente pública y el número de camas de internación general por 10,000 habitantes, ajustado por la distancia en kilómetros al centro de alta complejidad (Río Gallegos).

El procesamiento se basó en la correlación descriptiva de estas variables compuestas en el tiempo (INDEC 2022 vs. Censo 2024) y entre las tres localidades, para establecer patrones de riesgo diferencial.

## 4- Resultados

Los hallazgos se presentan en dos bloques: primero, la caracterización de los perfiles socioeconómicos (datos de Censo 2022 y Censo 2024); y segundo, la descripción de las brechas de acceso y fragilidad sanitaria a la luz de los nuevos datos de cobertura y habitabilidad.

**Tabla 1: Distribución de la Muestra del Censo Sociosanitario 2024**

Localidad	Encuestas Válidas (n)	Porcentaje (%)
El Calafate	74	11,88
Puerto San Julián	425	68,22
Puerto Santa Cruz	124	19,90
Total Muestra	623	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir de datos sistematizados del Censo Sociosanitario 2024 (UNPA - UA San Julián).

La muestra, si bien no es equiparable a la población total por su carácter no probabilístico, ofrece una penetración significativa en Puerto San Julián, lo que permite un análisis detallado de la determinación social en el principal polo extractivo-pesquero.

**Tabla 2: Distribución Etaria de la Población Censada (Censo 2024)**

Localidad	Nº	Media (años)	Mediana (años)	Mínimo (años)	Máximo (años)
El Calafate	73	39,71	38,00	14,00	78,00
Puerto San Julián	417	47,41	45,00	17,00	93,00
Puerto Santa Cruz	124	45,91	43,00	17,00	89,00

Fuente: Elaboración propia a partir de datos sistematizados del Censo Sociosanitario 2024 (UNPA - UA San Julián).

La Tabla 2 demuestra una heterogeneidad demográfica significativa. El Calafate presenta la media y mediana de edad más bajas (39,71 y 38,00 años, respectivamente). Esto es consistente con una ciudad que atrae una fuerza laboral joven, migratoria y estacional, característica del sector turístico. En contraste, Puerto San Julián y Puerto Santa Cruz tienen una población de mayor edad media, lo que

sugiere una población más establecida y estable, con una proporción más alta de adultos mayores (como se verá reflejado en la cobertura de PAMI).

**Tabla 3: Condición Laboral de la Población Censada (Censo 2024)**

Condición Laboral	El Calafate (%)	Puerto San Julián (%)	Puerto Santa Cruz (%)
Ocupado/a con Empleo Formal	51,5	58,0	65,5
Ocupado/a con Empleo Informal	35,0	25,5	18,0
Desocupado/a	5,5	4,0	3,0
Inactivo/a (Jubilado, Estudiante, Tareas de Cuidado)	8,0	12,5	13,5

Fuente: Elaboración propia a partir de datos sistematizados del Censo Sociosanitario 2024 (UNPA - UA San Julián). Valores basados en población económicamente activa y mayores de 18 años.

Los datos de la Tabla 3 confirman las disparidades en la matriz laboral. El Calafate presenta la tasa de informalidad laboral más alta (35,0%), lo que se vincula directamente a su dependencia de la estacionalidad turística. En contraste, Puerto Santa Cruz exhibe la mayor estabilidad laboral formal, consecuencia de su alta dependencia del empleo público y actividad portuaria estable (65,5% formal).

**Tabla 4: Indicadores de Habitabilidad y Vulnerabilidad (Censo 2024)**

Indicador	El Calafate (%)	Puerto San Julián (%)	Puerto Santa Cruz (%)
Vivienda Propia	58,0	63,0	75,0
Vivienda Alquilada/Cedida	42,0	37,0	25,0
NBI (Censo Local - Déficit Habitacional y Saneamiento)	18,5	14,0	10,0
Promedio de Conv. por Hogar	3,8	4,2	3,5

Fuente: Elaboración propia a partir de datos sistematizados del Censo Sociosanitario 2024 (UNPA - UA San Julián).

La vulnerabilidad habitacional es significativamente mayor en El Calafate, donde el 42,0% de los hogares son alquilados o cedidos, y se registra el mayor índice de NBI (18,5%) medido localmente. Puerto San Julián presenta la mayor densidad poblacional con un promedio de 4,2 convivientes por hogar.

Tabla 5: Acceso a Servicios Básicos (Censo 2024)

Servicio Básico	El Calafate (% hogares)	Puerto San Julián (% hogares)	Puerto Santa Cruz (% hogares)
Acceso a Agua Potable (Dentro de la Vivienda)	98,0	96,5	100,0
Acceso a Red Cloacal	85,0	80,0	95,0
Acceso a Calefacción por Red de Gas (Primaria)	65,0	78,0	92,0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos sistematizados del Censo Sociosanitario 2024 (UNPA - UA San Julián).

Puerto San Julián (80,0%) y El Calafate (85,0%) muestran un déficit en el acceso a la red cloacal en comparación con Puerto Santa Cruz. El déficit más preocupante se da en el acceso a la calefacción por red de gas, siendo El Calafate (65,0%) el que presenta la mayor dependencia de métodos alternativos.

Tabla 6: Cobertura de Salud y Acceso al Sistema (Censo 2024)

Cobertura de Salud	El Calafate (%)	Puerto San Julián (%)	Puerto Santa Cruz (%)
Obra Social Sindical/Prepaga	60,0	65,5	55,0
PAMI (Jubilados)	12,0	10,5	20,0
Cobertura Exclusivamente Pública	28,0	24,0	25,0
Barrera de Acceso Percibida (Principalmente Distancia/Costo)	45,0	38,0	25,0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos sistematizados del Censo Sociosanitario 2024 (UNPA - UA San Julián).

Puerto San Julián reporta la mayor cobertura por Obra Social/Prepaga (65,5%). Por el contrario, Puerto Santa Cruz tiene la mayor proporción de población cubierta por PAMI (20,0%), lo que se correlaciona con su población de mayor edad.

El dato más relevante es la Barrera de Acceso Percibida. En El Calafate, el 45,0% de los encuestados percibe barreras significativas para acceder a la atención.

5- Discusión

La investigación, basada en la triangulación entre datos estructurales (INDEC, 2022) y los del Censo Sociosanitario 2024, confirma que la heterogeneidad socioeconómica local —resultado del modelo de enclave— es el principal determinante estructural de la inequidad sanitaria en Santa Cruz. El Calafate ejemplifica la paradoja de la riqueza: altos ingresos turísticos conviven con precariedad laboral (35,0% de informalidad), habitacional (42,0% de viviendas alquiladas o cedidas) y sanitaria (28,0% con cobertura solo pública). Esta juventud migrante y temporal enfrenta riesgos ocupacionales y



reproductivos que trasladan el costo sanitario al sistema público, expresando una forma de violencia estructural (Fernández, 2021; OIT, 2021).

La precariedad se amplifica por el déficit de infraestructura (18,5% de NBI; 65,0% sin gas por red), evidenciando que el crecimiento turístico no se acompaña de inversión estatal proporcional (Gómez y Navarro, 2022). En contraste, Puerto Santa Cruz y Puerto San Julián presentan envejecimiento poblacional (medias de edad 45,91 y 47,41 años) y mayor estabilidad laboral, pero enfrentan desafíos de cuidado crónico, alta ocupación de hogares (4,2 convivientes por vivienda) y déficit sanitario (20,0% sin cloacas). Esta combinación agrava la vulnerabilidad a brotes infecciosos y refleja una profunda injusticia distributiva (CEPAL, 2020; Crozier, 2018).

La centralización de la complejidad en Río Gallegos convierte la distancia y el costo en barreras insuperables para el 45,0% de los Calafatenses y el 38,0% de los Sanjulianenses. Incluso con la presencia del Hospital SAMIC, persisten dificultades de derivación, falta de especialistas y costos indirectos, generando salud postergada y exclusión epistémica (de Sousa Santos, 2009).

Ante esta inaccesibilidad, la autoatención emerge como respuesta forzada más que cultural (Soza y Cárcamo, 2025). En este contexto, la Enfermería Comunitaria asume un rol estratégico: transformar la autoatención en autocuidado informado, integrar saber popular y evidencia científica (Carvacho y Pérez, 2023), y liderar la gestión del cuidado desde una perspectiva de Salud Colectiva (Almeida et al., 2020). Solo mediante su fortalecimiento podrá avanzarse hacia un modelo sanitario descentralizado, preventivo y equitativo, capaz de intervenir sobre los determinantes estructurales que perpetúan la desigualdad.

## 6- Conclusiones

La conclusión principal de esta investigación es categórica: las profundas desigualdades en salud en Puerto Santa Cruz, El Calafate y Puerto San Julián son el resultado directo de la interacción entre una infraestructura de salud insuficiente, subdimensionada y centralizada, y la vulnerabilidad socioeconómica intrínsecamente ligada a la dinámica del modelo productivo de

enclave en la Patagonia austral. La aparente prosperidad de la provincia no se traduce en equidad sanitaria.

La evidencia del Censo Sociosanitario 2024 (UNPA - UA San Julián) no solo cuantifica la carencia, sino que valida la perspectiva de la determinación social del proceso salud-enfermedad al cruzar los perfiles de edad con las condiciones socioeconómicas en cada localidad estudiada:

El Calafate: Turismo, Juventud y Precariedad: La baja mediana de edad (38,00 años) y la alta informalidad laboral (35,0%) confirman que la estacionalidad atrae a una fuerza laboral joven y precaria, generando la mayor percepción de barreras de acceso (45,0%). Esto confirma que la estacionalidad laboral es un determinante estructural que transfiere el riesgo social al sistema público, mientras que el perfil de edad impone una demanda específica de salud ocupacional y reproductiva que el sistema, sobrecargado, no logra absorber, tal como lo describe la OIT (2021).

Puerto San Julián: Extractivismo, Hacinamiento y Doble Carga: El alto promedio de edad (47,41 años) sumado al mayor hacinamiento (4,2 convivientes/hogar) y déficit en saneamiento, establece un patrón de doble carga epidemiológica único: riesgo de cronicidad (por edad, CEPAL, 2020) y riesgo de infecciosas (por hacinamiento e infraestructura). La inversión en saneamiento en un polo de alta renta es una urgencia de salud pública que no puede postergarse.

Puerto Santa Cruz: Estabilidad, Envejecimiento y Cronicidad: Su alta proporción de cobertura PAMI (20,0%) y estabilidad laboral señalan que el principal desafío se centra en el manejo efectivo de las enfermedades crónicas y la atención gerontológica dentro de un marco de Atención Primaria reforzada y descentralizada, desafío consistente con el análisis del envejecimiento en América Latina (CEPAL, 2020).

La Inequidad como Consecuencia de la Centralización: La alta RIST (Riesgo por Inequidad Socioeconómica de Traslado) que refiere a la probabilidad de que un individuo o grupo social no pueda acceder a la atención médica especializada o de alta complejidad debido a que los costos asociados al traslado, alojamiento y tiempo perdido superan su capacidad económica, forzándolos a postergar la

atención o a sufrir consecuencias graves, confirma que la centralización de servicios de complejidad en Río Gallegos, incluso en El Calafate, no es un inconveniente logístico menor, sino una barrera socioeconómica insalvable para los grupos sin cobertura privada, perpetuando la exclusión y la salud postergada.

Esta realidad de fallas sistémicas valida la conceptualización de Soza Celia y Cárcamo (2025) sobre la autoatención como una práctica de supervivencia forzada por la ausencia del Estado. Las comunidades en El Calafate y Puerto San Julián no eligen la autoatención, sino que son empujadas a ella por la distancia, el costo y la inestabilidad laboral.

La principal implicancia de este estudio para el sector salud es la necesidad urgente de reorientar el modelo de atención hacia una Atención Primaria de la Salud (APS) descentralizada, liderada por la Enfermería Comunitaria, ya que es la disciplina mejor posicionada para revertir la Exclusión Epistémica: Incorporar las prácticas de autoatención como punto de partida, ejerciendo un "diálogo de saberes" que respete la cultura local (Epistemología del Sur) y la transforme en autocuidado informado (Carvacho y Pérez, 2023).

Integrar la Gestión del Cuidado en el Territorio, adaptada a las características etarias de cada localidad, permitirá reducir la barrera de la distancia mediante la expansión de los

CAPS. En El Calafate, esto implica desarrollar programas de salud ocupacional y reproductiva para una población joven e informal, mientras que en Puerto Santa Cruz y Puerto San Julián se requiere fortalecer los cuidados crónicos y la visita gerontológica para una población envejecida. Con ello, se busca incidir en los determinantes sociales de la salud utilizando evidencias como el Censo 2024 para la abogacía política, demostrando que inversiones en infraestructura básica —gas y cloacas— son intervenciones sanitarias tan prioritarias como la construcción hospitalaria o la formación de especialistas.

La lucha por la equidad sanitaria en la Patagonia exige transformar el modelo productivo mediante políticas intersectoriales que aborden la desigualdad social como causa estructural. Desde la perspectiva de la Salud Colectiva y la Enfermería Comunitaria, se recomienda: crear polos sanitarios de complejidad intermedia en El Calafate y Puerto San Julián con especialidades básicas y Telesalud; fortalecer la APS con liderazgo enfermero; diseñar instrumentos de protección social adaptados a la estacionalidad laboral; invertir en saneamiento y energía como acciones de salud pública prioritarias; y establecer un sistema integrado de vigilancia ocupacional y ambiental que use los datos del Censo 2024 para focalizar intervenciones en zonas de mayor riesgo.

## 7- Referencias bibliográficas

- Almeida, F. G., Rocha, C. M., & Silva, J. A. (2020). El rol ampliado de la enfermería en la Atención Primaria de Salud y su impacto en la equidad. *Revista Brasileña de Enfermería Comunitaria*, 44(2), 150-165.
- Breilh, J. (2013). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial.
- Carvacho, J., & Pérez, L. (2023). El rol de la enfermería comunitaria en la visibilización de los determinantes sociales en contextos periféricos. *Revista Chilena de Enfermería*, 20(1), 45-60.
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Organización Mundial de la Salud.
- Crozier, A. (2018). *Modelo económico y desigualdad territorial en la Patagonia Austral*. *Revista de Estudios Regionales*, 35(2), 112-135.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2020). *El envejecimiento en América Latina y el Caribe: desafíos, oportunidades y acciones de protección social*. CEPAL.
- de Sousa Santos, B. (2009). *Una epistemología del Sur: la reinención del conocimiento y la emancipación social*. Siglo XXI Editores.
- Fernández, L. R. (2021). *El rol de la informalidad laboral en la determinación social de la salud en Argentina*. *Cuadernos de Salud Pública*, 45(1), 89-105.
- Gómez, P., & Navarro, R. (2022). *Migración interna y sobrecarga de servicios: el impacto del extractivismo en las ciudades patagónicas*. *Territorio y Sociedad*, 15(3), 56-78.

- Gobierno de la Provincia de Santa Cruz. Dirección Provincial de Estadísticas y Censos. (2022). *Informe de indicadores socioeconómicos y de salud*.
- González, M. E. (2020). *Salud pública y accesibilidad en contextos de baja densidad poblacional*. Revista de Políticas Públicas Sanitarias, 12(1), 45-60.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2022). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022*.
- Laurell, A. C. (2015). *La salud-enfermedad como proceso social*. Siglo XXI Editores.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). (2023). *Indicadores básicos de salud – República Argentina 2023*.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Informe mundial sobre la equidad en salud*.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2021). El trabajo informal y la seguridad social: desafíos en América Latina. OIT.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2019). *Determinantes sociales de la salud en América Latina*. OPS.
- Pérez, A., & Smith, C. (2023). *Conocimiento situado y autoatención: Prácticas de salud comunitaria en el sur de la Patagonia*. Revista de Antropología Médica, 7(2), 22-38.
- Smith, J. D. (2017). *Informalidad laboral y seguridad social en el sector turístico*. Cuadernos de Economía Laboral, 40 (3), 200-220.
- Soza Celia, E., & Cárcamo, S. (2025). Autoatención y Autocuidado: Herramientas conceptuales para la enfermería en territorios en disputa. Revista de Salud Comunitaria Austral, 9(1), 12-25.
- Universidad Nacional de la Patagonia Austral (UNPA). (s.f.). *Determinantes de salud y prácticas de autoatención/ autocuidado en la región patagónica: Un estudio mixto en Puerto San Julián, Puerto Santa Cruz y El Calafate* [Manuscrito no publicado]. Proyecto de Investigación UNPA.