

Tejiendo redes de cuidado en Vuelta de Rocha. Análisis de situación de salud de la zona Vuelta de Rocha del barrio de La Boca

Autores

Merlina Amaya¹, Lucas Coradini¹, María Agustina Sestelo¹, Martina Vigier¹, Gabriela Eroles², Matías L. Garbarini³

Participantes

Soledad Cortés⁴, Rafaela Enríquez⁴, Juan Filiol⁴, Carola Luna⁴, Claudia Muñoz⁴, Marina Pérez⁴, Sabrina Rossini⁴

Afiliaciones

¹ Residentes de Medicina General y Familiar, Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich (HGACA), Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

² Lic. en Trabajo Social, Centro Social de Salud, HGACA, CABA.

³ Lic. en Trabajo Social, Servicio Social, HGACA, CABA.

⁴ Promotores/as de Salud, Centro Social de Salud, HGACA, CABA.

Domicilio: Cnel Salvadores 799, La Boca, Argerich. CABA. CP: 1167

Fecha de realización: Diciembre de 2024 - Marzo de 2025

Trabajo inédito

Tipo de trabajo: estudio descriptivo, de corte transversal.

Enfoque y categoría temática: cuali-cuantitativo, epidemiología.

Acerca de las/os autoras/es: Los equipos forman parte del área programática del HGACA, trabajando de forma interdisciplinaria en territorio. No se contó con tutoría de investigación.

RESUMEN

TÍTULO: ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LA ZONA DE VUELTA DE ROCHA DEL BARRIO DE LA BOCA 2024.

Autoras/es: Amaya Merlina, Coradini Lucas, Eroles Gabriela, Garbarini Matias, Sestelo Maria A., Vigier Martina.

Lugar: Centro Social de Salud. Servicio Social. Residencia de Medicina General y Familiar. Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. Cnel Salvadores 799, La Boca, Argerich. CABA. CP: 1167.

Tipo de investigación: Estudio descriptivo, de corte transversal, cuali-cuantitativo.

Categoría temática: Epidemiología. Trabajo inédito.

El trabajo en el Primer Nivel de Atención requiere conocer las condiciones de vida y los determinantes sociales de la población a cargo, para generar espacios participativos de problematización y construir acciones conjuntas. El **objetivo** de este estudio fue explorar la situación de salud de la población de la zona “Vuelta de Rocha” en La Boca, CABA, referenciada con los equipos participantes. **Materiales y métodos:** se realizó un estudio descriptivo transversal con muestreo por conveniencia entre diciembre 2024 y marzo 2025. Se encuestó a personas de 50 años o más mediante un cuestionario estructurado ad hoc, haciendo foco en discapacidad. **Resultados:** se incluyeron 103 personas, la edad media fue de 63,7 años; el 63,1% refirió vivir en conventillos, el 13,6% presenta hacinamiento. El 65% reportó contar con obra social, 32% cobertura pública exclusiva y 2.9% prepaga. Un tercio refirió discapacidad, solo el 32,4% de este grupo declaró poseer CUD. Se identificaron limitaciones funcionales en el 37%, aunque el 66.9% consideró su salud como buena o mejor, sin diferencias entre ambos subgrupos.

Conclusiones: La información recabada contribuye a idear estrategias intersectoriales de inclusión que tomen en cuenta la producción subjetiva de cuidado de esta comunidad, buscando sostener procesos colectivos de producción de cuidado. La realización del mismo favoreció el tejido de redes, habilitando la problematización en conjunto con los distintos actores del campo y proponiendo un encuentro en salud en una coyuntura política que reproduce la fragmentación social y adopta medidas de desprotección e inequidad.

Palabras clave: Análisis de situación de salud; Discapacidad; Atención primaria; Residencia de Medicina General; Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Índice de contenido

1. Introducción	3
2. Estado del arte	4
3. Marco teórico	4
3.1. Cobertura y accesibilidad a los servicios de salud.....	4
3.2. El trabajo desde el primer nivel de atención: RMGyF y centro social	5
3.3. Producción de cuidados en el territorio	6
3.4 Discapacidad	7
4. Objetivos de la investigación	8
4.1 Objetivo General.....	8
4.2 Objetivos Específicos	8
5. Materiales y métodos	8
6. Consideraciones éticas	10
7. Resultados	10
8. Discusión	14
9. Conclusión y recomendaciones	16
Referencias	18
Anexos	22
Anexo 1.....	22
Anexo 2.....	24

1. Introducción

El presente estudio fue realizado dentro del Área Programática del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich (HGACA), en conjunto entre la Residencia de Medicina General y Familiar (RMGyF) y el equipo del Centro Social de Salud (CSS), dependiente del Servicio de Trabajo Social, que funciona en el Centro Social Zonal N° 4. Dicho territorio se encuentra en el barrio de La Boca, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

El trabajo en el primer nivel de atención (PNA), con un fuerte anclaje territorial y comunitario, busca poner en práctica los preceptos de la "Atención Primaria de la Salud" que sostienen que la construcción de la misma se realiza en conjunto entre trabajadores de la salud, las instituciones, las organizaciones sociales y la comunidad (Breilh, 2013). Es así que para poder diseñar, planificar e implementar intervenciones para el abordaje del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC) de una población específica es imperativo caracterizar y comprender la complejidad de sus condiciones de vida, problematizar los determinantes sociales que operan sobre ella y habilitar instancias entre todos los actores involucrados para poder priorizar necesidades y líneas de acción en conjunto.

El análisis de situación de salud (ASIS) se propone como un proceso analítico-sintético que estudia la interacción de las condiciones de vida y los (PSEAC) de una comunidad en particular. Busca comprender las formas de vivir, enfermar y morir de una comunidad, con su propia impronta sociocultural, histórica, económica y territorial, al mismo tiempo que la involucra y le propone pensar las múltiples capas e intersecciones que forman su contexto y su singularidad (CENDEISS, 2004).



Figura 1. En verde, la ubicación geográfica de la zona Vuelta de Rocha. A la derecha, el Riachuelo.

El área de influencia en el que trabajamos los dos equipos es la zona de "Vuelta de Rocha", parte de la Comuna 4 de CABA. Corresponde a 25 manzanas del barrio de La Boca que lindan la ribera del Riachuelo entre las calles Daniel Cerri, Irala, Magallanes y la Av. Don Pedro de Mendoza. Cuenta con una población actual de

aproximadamente 2500 habitantes (Sestelo et al., 2021). La población que habita esta zona en general es histórica del barrio y se encuentra vulnerada en múltiples aspectos, destacando las problemáticas habitacionales y económicas.

2. Estado del arte

Según la Encuesta Nacional de Hogares de 2023 (DGEyC CABA), un 7.6% de las personas que habitan en la Comuna 4 lo hacen en viviendas de tipo pieza de inquilinato, conventillos, pieza de hotel/pensión y construcción no destinada a vivienda. En la zona estudiada, la más frecuente es el "conventillo", un tipo de vivienda urbana colectiva donde se alquilan los cuartos por separado y ambientes como baño, cocina y patio permanecen de uso común (Crevino, 2016). Este tipo de edificaciones no solo presentan características de precariedad residencial por su distribución del espacio, sino que las condiciones edilicias se encuentran deterioradas por falta de mantenimiento, con riesgo de derrumbe, incendios y antigüedad en las construcciones (Marcus, 2009). En trabajos anteriores realizados por este equipo (Sestelo et al., 2021) se evidenció que la mayoría de las familias alquila la vivienda e incluso una minoría declaró estar en una vivienda prestada, alquiler informal o situaciones en las que no quisieron ahondar. La emergencia habitacional y el proceso de gentrificación operan de manera sinérgica en la vulneración de la población de La Boca, lo cual sumado a las características descritas, facilita la ejecución de múltiples desalojos, teniendo un gran impacto en el PSEAC de esta comunidad.

3. Marco teórico

3.1. Cobertura y accesibilidad a los servicios de salud

El sistema de salud argentino se organiza en tres subsistemas: el público, el privado y el de la seguridad social. El censo realizado en 2022 reveló que en CABA el 44,9% de la población cuenta con obra social, el 30,3% con cobertura de medicina prepaga, el 19,1% depende exclusivamente del sistema público y el 5,7% accede a otro tipo de cobertura. Particularmente en la Comuna 4, la proporción de población que sólo cuenta con cobertura pública exclusiva asciende al 36.3% (Dirección General de Estadística y Censos, 2024).

La obra social con mayor caudal de afiliados es la del Instituto Nacional de Seguridad Social de Jubilados y Pensionados (INSSJP) a través de su Programa de Atención Médica Integral (PAMI) alcanzando alrededor de 5 millones de afiliados. Acorde al último relevamiento realizado a la población de la zona “Vuelta de Rocha” mayor de 60 años en 2021, la mayor parte de la población presentaba cobertura de seguridad social, principalmente PAMI, y sin embargo la mayoría de las prestaciones las recibían en efectores públicos (Sestelo et al., 2021).

Esta situación pone en evidencia que la prestación de servicios de la seguridad social se hace mayoritariamente a través de efectores públicos, ya que pocas cuentan con efectores propios.

3.2. El trabajo desde el primer nivel de atención: RMGyF y centro social

Los equipos que llevaron adelante este trabajo se enmarcan en el paradigma de la salud colectiva, entendiendo a la misma como el trabajo interdisciplinario y comunitario que propone una reflexión sobre la multiplicidad de variables que determinan el proceso de salud-enfermedad de las personas, y que también busca construir un vínculo de confianza para compartir el poder en la toma de decisiones y desarrollar habilidades de autocuidado en la población (Liborio M., 2012). Bajo este paradigma, las prácticas técnicas, ideológicas, políticas y económicas desarrolladas en las instituciones de salud consideran la dimensión comunitaria y no sólo la individual, entendiendo que las personas usuarias están insertas en un contexto, en relación con otros, por lo que su salud debe incluir aspectos objetivos, subjetivos, culturales, espirituales y ambientales (Pimentel González J. P. y Correal Muñoz C. A., 2015).

El Centro Social de Salud Zonal N° 4 es un espacio inserto en el corazón de la zona de la Vuelta de Rocha, en el que funciona desde 2007 un equipo de diez promotoras de salud, coordinado por dos trabajadores sociales, dependiente del Servicio Social del HGACA. Las promotoras son personas de la comunidad formadas para desarrollar tareas de atención primaria, dentro de las cuales se destacan el acompañamiento, el monitoreo y la prevención de enfermedades prevalentes y acciones de educación en salud (Harzheim. E & Casado Vicente. V., 2008). Articulan con distintas instituciones y centros del barrio, como comedores, escuelas, asociaciones vecinales, centros culturales, el cuartel de bomberos y los efectores de salud.

La RMGyF trabaja inserta en el PNA, mayormente en los Centros de Salud y Acción Social (CeSACs) N° 9, 15 y el Centro de Cuidado Integral N° 1 en el Barrio Rodrigo Bueno. La residencia participa de los equipos territoriales que funcionan en estas instituciones a lo largo de los cuatro años de formación. Estos son equipos interdisciplinarios con un área de responsabilidad, con el objetivo de construir un vínculo con la población a cargo para potenciar un abordaje integral del paciente y las familias, permitiendo crear estrategias para facilitar el acceso al sistema de salud y el seguimiento de problemáticas complejas, generando así una perspectiva más amplia que la que propone el modelo médico hegemónico (Campos G., 2018).

De las múltiples articulaciones entre el CSS y la RMGyF han surgido diversas líneas de trabajo buscando la planificación estratégica de intervenciones en conjunto con la comunidad, que facilite la accesibilidad de la población a cargo. Asumimos la accesibilidad como un vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios, resultado de un diálogo entre las condiciones y las representaciones de los mismos que se manifiesta en una modalidad particular de la utilización de los servicios (Stolkiner y Otros, 2000: 282). Podría entenderse entonces como un vínculo bidireccional, como "la relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse" (Garbus, 2007).

3.3. Producción de cuidados en el territorio

Entendemos el territorio en su carácter polisémico, que excede meros límites geográficos y se constituye como un determinante social de la salud "en tanto en él se dan los procesos de producción y de reproducción social" (Borde, 2017). La puesta en marcha de un estudio de investigación a cargo de servicios que históricamente han trabajado extramuros, desarrollándose en el marco de las visitas domiciliarias que realiza el equipo de promotoras de salud, puede impulsar un encuentro de salud (Merhy, 2021).

Al reconocer a los equipos de salud como grupos compuestos por sujetos activos en la micropolítica del quehacer cotidiano, resulta fundamental dar lugar a la dimensión deseante de quienes formamos parte de las instituciones y la fuerza productiva que de allí surge (Franco y Mehry, 2009). El encuentro de salud que propone la realización de las encuestas habilita problematizaciones y deja en evidencia déficits en el acceso a salud que, siguiendo los principios

éticos y de responsabilidad como agentes en salud, deben ser identificadas y abordadas por el equipo de salud.

Llevando a cabo un registro de actos de salud cuantificables que sean motorizados por estos encuentros se puede poner en relieve la potencia de los mismos. Visto que este punto retroalimenta el vínculo con la comunidad, mientras que a la vez refuerza a los equipos de salud interdisciplinarios y resignifica el rol del equipo de investigación, se trata de un *efecto pororoca*: “un oleaje de producción que a su vez produce al propio mundo pero ahora de un modo diferente, porque ya está bajo la influencia de la acción de una nueva subjetividad, que fue construida por el mismo sujeto de la acción en su alteridad” (Franco y Mehry, 2009).

3.4 Discapacidad

El trabajo comunitario enmarcado en el primer nivel de atención nos acerca a personas con discapacidad, por lo que surge la necesidad de recabar información sobre la situación de salud de las mismas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) define la discapacidad como término que abarca las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación, generadas a partir de una deficiencia en salud, afectando la interacción con su entorno (OMS, 2001). Surge la necesidad de conocer las características de la vida, las barreras para el acceso y las necesidades específicas de aquellos individuos con discapacidad para lograr una atención integral y adaptada. Las personas con discapacidad suelen enfrentar dificultades adicionales en términos de accesibilidad y participación social, desafíos que se ven exacerbados en contextos de vulnerabilidad social.

En Argentina el Certificado Único de Discapacidad es el documento que certifica la discapacidad de la persona y le permite acceder a derechos y prestaciones que brinda el Estado de acuerdo con la legislación vigente (Leyes Nacionales N° 22.431 y N° 24.901). Una junta evaluadora interdisciplinaria determina si corresponde la emisión del mismo.

El Washington Group Short Set (WG-SS) fue diseñado con el objetivo de operacionalizar el modelo de discapacidad propuesto por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD, 2006). La CDPD concibe la discapacidad como el resultado de la interacción entre las limitaciones en el funcionamiento y las barreras presentes en el entorno físico, social y

actitudinal, el WG-SS traduce este enfoque en un conjunto de preguntas breves, comparables, que permiten identificar a personas que experimentan dificultades su funcionamiento: visión, audición, movilidad, cognición, autocuidado y comunicación. Esta herramienta toma relevancia en estudios poblacionales y en trabajo comunitario, ya que no requiere contar con un diagnóstico médico previo y facilita la detección de situaciones de discapacidad.

4. Objetivos de la investigación

4.1 Objetivo General

1. Explorar la situación de salud de la población de la zona “Vuelta de Rocha” del barrio de La Boca.

4.2 Objetivos Específicos

1. Describir las características socioeconómicas y demográficas de esta población.
2. Releva indicadores de los modos de vida de esta población.
3. Indagar sobre la autopercepción de salud de esta población.
4. Determinar la frecuencia y tipos de discapacidad en la población analizada.
5. Identificar puntos de intervención en torno a la prevención, promoción y atención de la salud integral en esta población.
6. Aportar información que permita identificar potenciales líneas de acción orientadas a mejorar la accesibilidad a los servicios de salud de las personas encuestadas y sus familias.

5. Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal cuali-cuantitativo. La población objetivo estuvo compuesta por personas de 50 años o más que residen en la zona de Vuelta de Rocha y aceptaron contestar la encuesta por sí mismas o mediante un tercero. Se excluyó a personas sin posibilidad de movilización que residen en domicilios inaccesibles y a quienes no respondieron tras dos intentos de visita. La muestra se seleccionó de forma no probabilística,

por conveniencia.

Se recabaron variables demográficas, habitacionales, económicas, del uso del sistema de salud y de salud individual. Estas últimas incluyeron información sobre comorbilidades, hábitos y aspectos vinculados a la discapacidad y el grado de funcionamiento. Los datos se obtuvieron mediante un cuestionario estructurado que contempló, además, una adaptación ad hoc del conjunto de preguntas del Washington Group on Disability Statistics (ver Anexo 1), herramienta internacional que evalúa el grado de dificultad que presentan las personas para realizar actividades básicas como ver, oír, caminar, recordar, cuidarse y comunicarse, permitiendo identificar limitaciones en el funcionamiento y riesgo de exclusión social. La percepción de salud se midió mediante la pregunta del cuestionario SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992). Se llevó a cabo una prueba piloto con 10 participantes para ajustar la herramienta.

La recolección de datos se llevó a cabo entre diciembre de 2024 y marzo de 2025 y se efectuó mediante una encuesta normalizada en Google Forms de 46 preguntas, con una duración aproximada de 20–25 minutos. Se administró durante salidas territoriales en el contexto de actividades del CSS, por lo que los primeros relevamientos correspondieron a personas ya vinculadas al equipo. En los casos elegibles se obtuvo el consentimiento informado de manera verbal, conforme a normativa vigente y buenas prácticas clínicas, registrándose únicamente a quienes consintieron. La información del estudio fue anonimizada y almacenada en una base asociada al correo resiargerichmg@gmail.com.

Al finalizar cada jornada se realizó una reunión de equipo para completar las intervenciones iniciadas in situ y registrarlas en una segunda base en Google Forms vinculada al mismo correo. Dada la multiplicidad de intervenciones posibles, estas entradas no fueron operacionalizadas; no se asociaron a información personal de participantes y se usó la dirección del domicilio como clave primaria. No se incorporaron intervenciones posteriores ni aquellas iniciadas fuera del marco de la investigación.

Para el análisis cuantitativo, los datos se procesaron en RStudio. Las variables categóricas se resumieron mediante frecuencias absolutas y porcentajes, y las variables continuas mediante medidas de tendencia central y dispersión. Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante la prueba de chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher para las variables categóricas, y

la prueba *t* de Student o la prueba de Wilcoxon para las variables continuas, según correspondiera a una distribución paramétrica o no paramétrica, respectivamente

Para el análisis cualitativo, las intervenciones se clasificaron temáticamente. Finalmente, se integraron los hallazgos destacando los resultados principales.

6. Consideraciones éticas

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich en diciembre del 2024, luego de las correspondientes instancias de revisión y corrección. Se siguieron las Normas éticas para la investigación en salud pública del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2019), respetando los principios de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia.

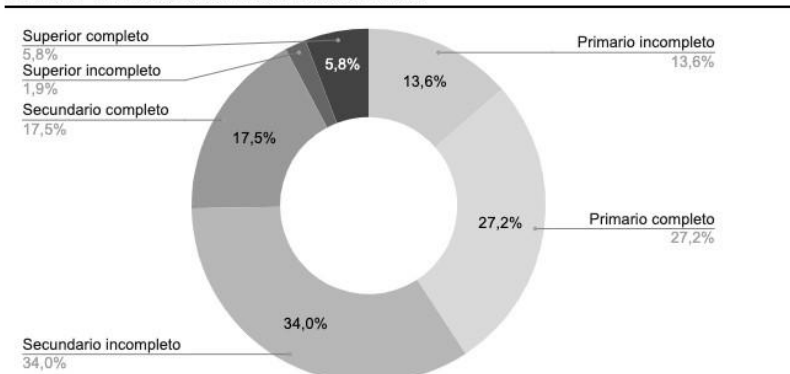
Con el objetivo de no duplicar las encuestas por domicilio y de verificar qué viviendas cumplían con los criterios de exclusión, se confeccionó listado de hogares por parte del equipo de Promotoras de Salud. En ningún momento se cruzaron estos datos con las respuestas brindadas.

En todos los casos se explicitaron los objetivos del estudio, el carácter anónimo de las respuestas y la libertad de no responder parcial o totalmente la encuesta. No se solicitó consentimiento informado por escrito dado que el estudio se desarrolló como parte del trabajo comunitario habitual del Centro Social de La Boca y la Residencia de Medicina General y Familiar, se empleó un cuestionario anónimo y no implicó un riesgo para la vida, la integridad o la identidad de las personas. El grupo de investigadores se hizo cargo de la confidencialidad de los datos recolectados.

7. Resultados

Se encuestaron un total de 103 personas. La edad media de las personas encuestadas fue de 63.7 años (DE 8.7) y poco más de la mitad

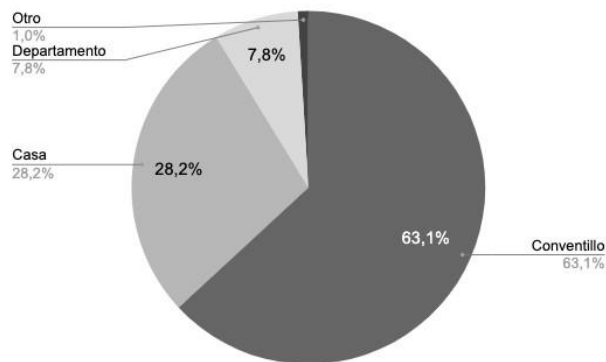
Gráfico 1. Máximo nivel educativo alcanzado



refirió nacer en el interior del país (51.5%), el 18.4% nació en CABA y el 9.7% restante en la provincia de Buenos Aires. El 20.4% nació en otro país. Respecto al nivel educativo, el 74.8% no finalizó sus estudios secundarios.

En relación con las condiciones habitacionales, el 63.1% manifestó vivir en conventillos, 28.2% en casas, 7.8% en departamentos y el 1.0% en otro tipo de vivienda. Al preguntar por las habitaciones de uso exclusivo, casi la mitad (47.6%) respondieron tener dos ambientes, el 24.3% tres ambientes, el 17.5% más de tres y el 10.7% reportó utilizar un solo ambiente. En 19 hogares el suministro eléctrico era compartido. En cuanto al acceso al gas, el 48.5% indicó disponer de gas natural, el 34.0% garrafa y el 17.5% no contaba con suministro de gas. El 70.9% de los hogares refirió tener acceso a internet. El acceso simultáneo a los tres servicios se vio sólo en el 34.9% de los casos.

Gráfico 2. Distribución según tipo de vivienda



En términos de tenencia, el 53.9% expresó alquilar su vivienda, el 23.5% ser propietario y el 22.5% vivir en inmuebles prestados u otras modalidades. El 24.3% indicaron compartir el baño y el 4.9% la cocina. En relación con la composición del hogar, el 19.4% refirió vivir solo. La mediana de convivientes fue de 2 personas (RIC 1-4) pero hasta en el 13.6% de los hogares se registraron condiciones de hacinamiento moderado o grave.

Respecto a los ingresos, el 40.8% recibía jubilación, el 24.3% pensión, el 14.6% provenía de trabajo informal, el 11.7% de trabajo formal, el 2.9% de otras fuentes y el 5.8% no tenía ingresos. Se observaron diferencias estadísticamente significativas según el rango etario en la proporción de personas con trabajo formal ($p = 0,047$), en quienes recibían jubilación ($p < 0,001$). Para la categoría "sin ingresos" ($p = 0,014$), aunque la diferencia fue estadísticamente significativa, se registró un número limitado de casos en determinados grupos etarios. Por último, un 30.1% reportó recibir algún tipo de ayuda estatal (ver Tabla 1).

Tabla 1. Porcentaje del tipo de ingreso referido en cada rango de edad

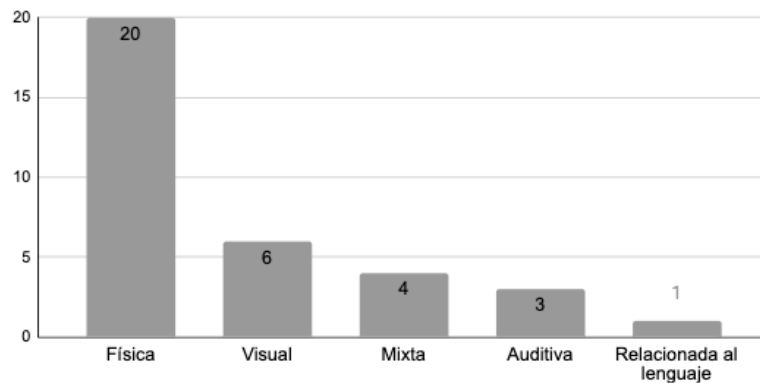
Tipo de ingreso	50 - 54 años (n = 17)	55 - 59 años (n = 19)	60 - 64 años (n = 21)	65 años o más (n = 46)	p
Trabajo formal	5 (29.4%)	5 (26.3%)	2 (9.5%)	3 (6.5%)	0.047
Trabajo informal	7 (41.1%)	8 (42.1%)	6 (28.5%)	7 (15.2%)	0.067
Jubilación	0 (0%)	2 (10.5%)	10 (47.6%)	35 (76%)	<0.001
Pensión	5 (29.4%)	2 (10.5%)	6 (28.5%)	12 (26%)	0.477
Sin ingresos	0 (0%)	4 (21%)	0 (0%)	2 (4.3%)	0.014

En relación con la cobertura de salud, el 65.0% declaró tener obra social (39.8% afiliados al PAMI y 25.2% con otra), el 32% cobertura pública exclusiva y el 2.9% prepaga. En cuanto al uso de la cobertura, el 51.3% manifestó utilizarla habitualmente, el 16.7% solo a veces, el 29.5% no la utilizaba y el 2.6% no respondió. El 98.1% declaró conocer el CeSAC 9. Durante los años 2023 y 2024, los CeSAC más utilizados fueron el CeSAC 9 (76.7%), seguido por el CeSAC 15 (2.9%), el CeSAC 41 (1.0%) y el CeSAC 46 (1.0%), mientras que el 18.4% no se atendió en ninguno. En cuanto a la utilización de efectores de otros niveles, el 73.5% refirió haberse atendido en el Hospital Argerich, el 47.6% en algún CEMAR. El 57.3% retiró medicación en instituciones públicas. El 82.9% de las personas afiliadas a PAMI y hasta un 65.4% de las personas con otra obra social refirieron haber utilizado prestaciones hospitalarias durante el periodo. El 75.7% realizó estudios complementarios en el sistema público de salud, compuesto por el 69.2% de las personas con seguridad social distintas de PAMI, mientras que el 31.1% de la muestra total reportó haber realizado pagos de bolsillo para acceder a dicha prestación o a atención médica.

Un tercio de las personas encuestadas (33%, n=34) refirió tener alguna discapacidad (ver Gráfico 4); entre estas, sólo el 32,4% contaba con Certificado Único de Discapacidad (CUD). Al explorar las limitaciones funcionales, se vio que el 84.5% de la población encuestada declaró utilizar anteojos y, aún con ellos, el 29.1% cierta dificultad y el 9.7% mucha dificultad en la visión. El 13.6% expresó alguna dificultad para oír, pero solo el 1.9% dijo contar con audífonos. En cuanto a la movilidad, el 8.8% refirió utilizar bastón. Incluso con dicha tecnología el 35% percibía dificultades para caminar por sí misma. El 26.2% refirió un poco de dificultad para recordar cosas en su vida cotidiana y el 4.9% mucha dificultad. Un 8.7% refirió presentar problemas de comunicación en ocasiones y el 1.9% de forma constante. En cuanto a las actividades de cuidado personal, el 6.8% señaló cierta dificultad y hasta el 2.0% mucha dificultad o imposibilidad para

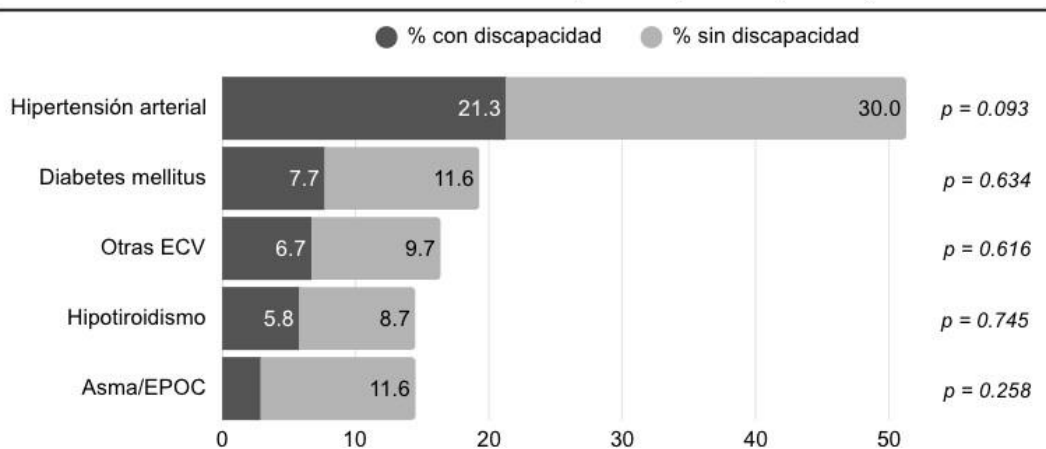
hacerlo. En resumen, 37 personas (35.9%) referían tener al menos mucha dificultad en alguna de las áreas evaluadas.

Gráfico 4. Frecuencia absoluta de discapacidades referidas (n = 34)



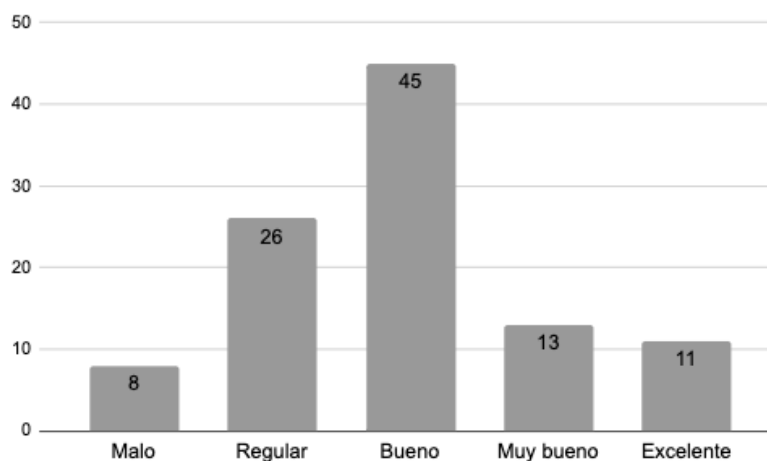
La comorbilidad autorreferida con mayor prevalencia en la población estudiada fue la hipertensión arterial (51.3%). En el gráfico 3 se encuentra el listado de comorbilidades referidas, estratificada según hubieran referido una discapacidad o no.

Gráfico 3. Comorbilidades referidas estratificadas por discapacidad (n = 103)



Al preguntar por el estado de salud autopercibido, más de la mitad de la muestra lo describió como “bueno”, “muy bueno” o “excelente” (ver Gráfico 5).

Gráfico 5. Estado de salud autopercebido



Al estratificar esta variable por las personas que tuvieron discapacidad versus las que no la tenían, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,994$).

8. Discusión

El Análisis de Situación en Salud llevado a cabo, buscó no solo aportar información epidemiológica situada, sino también habilitar un trabajo en conjunto con la comunidad para la identificación y problematización de las especificidades de la misma en la interacción entre sus condiciones de vida y el PSEAC.

La validez externa de este trabajo es limitada, reconocemos que presenta un sesgo de selección inherente al muestreo no probabilístico por conveniencia. La decisión de no realizar un cálculo muestral responde a varios factores: por un lado, el propósito del estudio no es realizar generalizaciones o estimaciones para una población más amplia a partir de una muestra representativa, sino la descripción y comprensión de una situación específica; por otro lado, no existen análisis de situación de salud recientes en el área programática del Hospital Argerich o estudios publicados en el estado del arte que puedan ser utilizados como parámetro válido para un cálculo muestral y que sean trasladables a esta población.

Sumado a esto, la selección en bola de nieve comenzó con la población que ya se referencia con el equipo del CSS, habilitando que el momento de realización de las encuestas funcione como un encuentro en salud, esto es, una intervención en sí misma en pos de aumentar la accesibilidad y contribuyendo a la construcción de un vínculo de confianza entre los

vecinos y los equipos. Durante las entrevistas, se realizaron múltiples gestiones y acompañamientos de las personas involucradas, como por ejemplo dar acceso a turnos, articulación con efectores de mayor nivel u otros actores comunitarios, la promoción de actividades preventivo-promocionales y renovaciones de prescripciones de medicación crónica. Además, este relevamiento proveyó de un registro actualizado de personas residentes del área de influencia del equipo de las Promotoras de Salud, como así también consolidó el trabajo conjunto entre la RMGyF y el CSS.

En este contexto histórico, cultural, social y tecnológico caracterizado por la ruptura de los lazos sociales y un discurso imperante en contra del rol del Estado como garante de los derechos de la población, la búsqueda activa de la co-construcción de las intervenciones en el PNA es una estrategia de resistencia. Encontrar que casi toda la población encuestada conoce y/o utiliza los efectores del PNA hablan a favor de este trabajo.

Sin embargo, la segmentación y fragmentación del sistema de salud, como así también el desfinanciamiento de la seguridad social, resulta en una sobrecarga el subsistema público, teniendo como consecuencia la denegación de prestaciones, dilaciones en los turnos y tiempos de atención, en deterioro de la calidad del servicio. Esto se ve reflejado en los resultados: solo la mitad de los beneficiarios de la seguridad social utiliza con frecuencia los servicios provistos por la misma, y pese a que el 82.9% de las personas afiliadas a PAMI y hasta un 65.4% de quienes tienen obra social refirieron utilizar los efectores públicos, 1 de cada 3 personas terminó optando por pagos de bolsillo para lograr el acceso a las prestaciones requeridas.

En lo que refiere a las características de la población encuestada, se identificaron algunos de los determinantes que operan en detrimento de su salud. La vulnerabilidad habitacional presente en el territorio se pone en evidencia en los indicadores obtenidos: 1 de cada 10 personas habita en condiciones de hacinamiento moderado o grave, un cuarto de la población no tiene baño propio y solo un tercio de los hogares cuentan simultáneamente con gas, electricidad e internet. En contraste con la frecuencia reportada en la Encuesta Nacional de Hogares de 2023, que es del 7.6% para la Comuna 4, más de la mitad de las personas reconocieron habitar en viviendas tipo conventillo. Por otro lado, nos parece que el hecho de que tres cuartos de la muestra no terminó los estudios secundarios y que la mitad de la

población no es oriunda de CABA, son intersecciones importantes a tener en cuenta en el trabajo desde la complejidad.

Con respecto a los datos que dan cuenta de los padecimientos de la esfera psicofísica, la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles de nuestra muestra está en concordancia con los hallazgos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (INDEC, 2018). Es importante destacar que son la primera causa de años de vida perdidos por discapacidad (OPS, 2021).

Si bien hay que considerar que nuestra población presenta un sesgo etario, un tercio de la población encuestada reportó presentar algún tipo de discapacidad, en contraste con el estudio realizado en la Argentina en 2018 (INDEC) en donde la prevalencia fue del 10%. Conocer las dificultades funcionales declaradas nos permitió identificar posibles líneas de trabajo. Nos resultó llamativo que sólo un tercio de esta población presenta el Certificado Único de Discapacidad, un documento legal que facilita no solo el acceso a asistencia social y económica, sino también a atenciones específicas en salud, como así también la brecha entre quienes expresan limitaciones y la disponibilidad real de apoyos técnicos.

9. Conclusión y recomendaciones

Acorde a lo que establece Borde (2017), la clave para entender cómo se da la dinámica de producción de vida y de salud de una población, está en el territorio. El barrio de La Boca se caracteriza por presentar una fuerte organización comunitaria, con redes que sostienen la producción de salud pese a toda la información descrita. Interpretamos que el hallazgo de que 66.9% de las personas encuestadas hayan referido la autopercepción de su salud como buena, muy buena o excelente, da cuenta de la resiliencia de la misma.

No obstante, los resultados dan cuenta de las múltiples barreras y vulneraciones que atraviesan a esta población. La decisión de hacer foco en discapacidad fue tomada por el equipo en base al diálogo con referentes, precediendo al contexto político-sanitario de la Argentina en 2025 de retroceso en derechos y los recortes presupuestarios en las prestaciones para este subgrupo (Ministerio de Salud y Agencia Nacional de Discapacidad. (2024). Resolución Conjunta 9/2024), por lo que nuevos estudios sobre este asunto podrían arrojar cifras aún más preocupantes. En la Resolución 187/2025, se establecieron nuevos parámetros estrictamente

biomédicos para la evaluación de la discapacidad y el otorgamiento de pensiones. Esta normativa se centra exclusivamente en el “grado de incapacidad” psicofísica del solicitante, clasificando las afecciones en categorías que determinan si la pensión es aprobada o rechazada, sin considerar las barreras sociales, económicas o del entorno que obstaculizan la vida diaria de la persona. Esto también se extendió al acceso al CUD, impactando en la imposibilidad de acceder y sostener tratamientos y acompañamientos singularizados.

Desde nuestra perspectiva de salud integral comprendemos que si las personas con discapacidad presentan limitaciones en la actividad, afectando su interacción con el entorno y, en consecuencia, su posibilidad de participación activa en la comunidad se ve restringida, es nuestra responsabilidad como agentes de salud tomar medidas que disminuyan esta brecha. Como menciona Paredes (s. f.) en el sitio de la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS), “La única discapacidad que existe es la discapacidad social. Esta nace cuando una sociedad no posee las herramientas para brindarle un lugar social saludable a cada persona.”

Por esta razón, creemos que este trabajo de investigación nos aporta información única y valiosa para idear estrategias intersectoriales de inclusión que tomen en cuenta la producción subjetiva de cuidado de la comunidad en que trabajamos, como así también la singularidad en la determinación social de la salud, producto de la intersección de condiciones propias del territorio. En el marco de la realización del mismo, ya se comenzaron a diseñar dispositivos de promoción de salud para el abordaje de las situaciones problematizadas durante las entrevistas.

Pese a las limitaciones metodológicas que presenta, la realización de este proyecto significó un posicionamiento político y ético por parte de los equipos en nuestro marco institucional. El alcance de los hallazgos es acotado, puesto que el diseño del mismo limita la posibilidad de generalización, pero consideramos que el valor de esta producción científica radica en que refleja lo que Seixas, et. al. (2016) llama el “trabajo vivo en acto”. Esto es, la “dimensión creativa, relacional y procesual del trabajo en salud que se da en el encuentro profesional-usuario.”

La lógica territorial en que se organiza el trabajo desde el PNA en este área habilita que los equipos construyan un vínculo con la comunidad tal que funcionen como un actor más del campo de la salud. La planificación colaborativa y el abordaje desde la complejidad, buscan

potenciar los recursos de la comunidad y su autonomía para las decisiones en las políticas de salud. Frente a la coyuntura política que propone una lógica individualista, extractivista y capacitista, este proyecto se pensó como un acercamiento por parte de equipos que, en tanto agentes del estado, tenemos una responsabilidad y un compromiso en impulsar y sostener procesos colectivos de producción de cuidado. Más allá de la información relevada, la realización del mismo favoreció el tejido de redes, habilitando la problematización conjunta de las limitaciones para el “buen vivir” (Breilh, 2013) y contribuyendo a la organización colectiva frente a las medidas de desprotección e inequidad que está implementando el poder ejecutivo en la Argentina.

Referencias

1. Agencia Nacional de Discapacidad. (2025, 14 de enero). Resolución 187/2025: “Apruébese el Baremo para la evaluación médica de invalidez de las pensiones no contributivas por invalidez laboral” [Resolución]. Boletín Oficial de la República Argentina.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-187-2025-408396>
2. Alonso, J., Prieto, L., & Antó, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771–776.
3. Borde, E., & Torres-Tovar, M. (2017). El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública.
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/HGfY5tF58zqHVtrWtYXkpkn/?format=pdf&lang=es>
4. Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002&lng=en

5. Campos, G. W. de S. (2018). Equipos matriciales de referencia y apoyo especializado: un ensayo sobre reorganización del trabajo en salud. Departamento de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Ciencias Médicas.
6. Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social. (2004). Análisis de Situación Integral de Salud.
7. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo. Organización de las Naciones Unidas.
8. Crevino, A. (2016). Historia de la vivienda social. Primera parte: el conventillo a las casas baratas. *Salud Colectiva*, 3(1), 71–80.
9. Di Virgilio, M., & Guevara, T. (2014). Gentrificación liderada por el Estado y empresarialismo urbano en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Revista Estudios Sociales Contemporáneos*.
10. Dirección General de Estadística y Censos (DGEyC). (2023). Encuesta Anual de Hogares de la Ciudad de Buenos Aires.
11. Dirección General de Estadística y Censos (DGEC) – Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (2024). Comunas en la Web – Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Buenos Aires: GCBA. <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/comunas-en-la-web-caba/>
12. Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2009). Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo. *Salud Colectiva*, 5(2), 181–194.
13. Garbus, P., Solitario, R., & Comes, Y. (2007). La accesibilidad a la atención en salud: su articulación con la participación en salud de los usuarios. XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
14. Gerencia Operativa de Epidemiología. (2022). Análisis de Situación de Salud en la Ciudad de Buenos Aires 2020. Subsecretaría de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
15. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (2023). Distribución porcentual de la población por tipo de cobertura médica. GCBA 2002–2023.

16. Harzheim, E., & Casado Vicente, V. (2008). La formación de profesionales de salud para la APS y salud familiar y comunitaria en América Latina y Europa.
17. Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2019). 4.ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación. https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf
18. Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2018). Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
19. Liborio, M. (2012). ¿Por qué hablar de salud colectiva? Revista Médica de Rosario.
20. Marcus, J. (2009). Del conventillo a los hoteles-pensión: el submercado de alquiler de habitaciones como expresión de la precariedad habitacional en la Ciudad de Buenos Aires. V Jornadas de Jóvenes Investigadores, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
21. Ministerio de Salud & Agencia Nacional de Discapacidad. (2024). Resolución Conjunta 9/2024: Actualización de los aranceles del Sistema de Prestaciones de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad. Boletín Oficial de la República Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-9-2024-406731>
22. Organización Panamericana de la Salud. (2021). Causas principales de mortalidad y pérdidas en salud de nivel regional, subregional y nacional en la Región de las Américas, 2000-2019. ENLACE: Portal de datos sobre enfermedades no transmisibles, salud mental y causas externas. <https://www.paho.org/es/enlace/causas-principales-mortalidad-discapacidad>
23. Paredes, G. (s. f.). Posibilidades y Desafíos de alojar el paradigma social de la discapacidad desde una perspectiva descolonizadora-desnormalizadora y sus alcances interseccionales. Agencia Nacional de Discapacidad. <https://www.argentina.gob.ar/andis/posibilidades-y-desafios-de-alojar-el-paradigma-social-de-la-discapacidad-desde-una>
24. Pimentel González, J. P., & Correal Muñóz, C. A. (2015). Reflexiones sobre el concepto de salud comunitaria y consideraciones para su aplicación.

25. Seixas, C. T., Merhy, E. E., Baduy, R. S., & Slomp Jr., H. (2016). La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. *Salud Colectiva*, 12(1). <https://doi.org/10.18294/sc.2016.874>
26. Sestelo, M. A., Garbarini, M. L., Curia, M. F., Schwartzberg, D., Lebas, F., Naninni, M. L., Kersul, M. L., Fernández, M., Eroles, G., & Enriquez, R. (2021). Situación de salud autopercebida de un grupo de adultos y adultas mayores durante la pandemia por COVID-19 en el barrio de La Boca. XXIX Congreso Nacional de Medicina (SAM), 5.º Congreso Internacional Ibero-Americano de Medicina Interna, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.
27. Thomasz, A. G. (2016). Los nuevos distritos creativos de la Ciudad de Buenos Aires: la conversión del barrio de La Boca en el "Distrito de las Artes". *Eure (Santiago)*, 42(126), 123–144.
28. Todo lo que usted siempre quiso saber sobre desalojos y nunca se animó a preguntar. (2023). Breve guía sobre tipos de desalojos y posibles intervenciones desde la Comisión de Vivienda de La Boca, Ciudad de Buenos Aires.
29. Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473–483. <https://doi.org/10.1097/00005650-199206000-00002>
30. Washington Group on Disability Statistics. (2009). Washington Group Short Set of Questions on Disability. United States Census Bureau.

Anexos

Anexo 1

Herramienta de recolección de datos - 46 preguntas

1 Edad	6. ¿De donde provienen los ingresos de las personas que conviven con vos?	12. ¿Con qué tipo de calefacción cuenta?
2. Género	PARA CADA CONVIVIENTE	Fuente eléctrica
Femenino	Empleo formal	Gas natural
Masculino	Empleo informal (incluye changas)	Garrafa
Otro	Empleador / Emprendedor	Otro
3. Lugar de nacimiento	Pensión	No tiene
Provincia de Buenos Aires	Jubilación	No sabe/No contesta
Catamarca	Subsidios estatales	13. ¿Cuenta con baño de uso exclusivo?
Chaco	Sin ingresos	Sí
Chubut	No sabe/No contesta	No
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Empleo formal	No sabe/No contesta
Córdoba	Empleo informal (incluye changas)	14. ¿Cuenta con cocina de uso exclusivo?
Corrientes	Pensión	Sí
Entre Ríos	Jubilación	No
Formosa	Subsidios estatales	No sabe/No contesta
Jujuy	Sin ingresos	15. ¿Cuenta con internet?
La Pampa	No sabe/No contesta	Sí
La Rioja	7. ¿Qué estudios tenés?	No
Mendoza	Nivel inicial	No sabe/No contesta
Misiones	Primario incompleto	16. ¿Cómo accediste a la vivienda?
Neuquén	Primario completo	Compré la escritura
Río Negro	Secundario incompleto	Compré la llave
Salta	Secundario completo	La alquilo
San Juan	Terciario incompleto	Me prestan el lugar
Santa Cruz	Terciario completo	Otro
Santa Fe	Universitario incompleto	No sabe/No contesta
San Luis	Universitario completo	17. ¿Cómo percibís tu estado de salud?
Santiago del Estero	No sabe/No contesta	Excelente
Tierra del Fuego	8. Tipo de vivienda	Muy bueno
Tucumán	Casa	Bueno
Uruguay	Departamento	Regular
Paraguay	Conventillo	Malo
Bolivia	Local no construido para vivienda	18. ¿Tuviste algún control de salud en el 2023 ó 2024?
Chile	Otro	Sí
Perú	9. ¿Con cuántas personas convivís?	No
Venezuela	10. ¿Cuántos ambientes tienen?	No sabe/No contesta
Otro	Solo ambientes comunes	19. ¿Fumás o fumaste alguna vez?
4. ¿De dónde provienen tus ingresos económicos?	1	Sí
Empleo formal	2	Ex - tabaquista
Empleo informal (incluye changas)	3	Nunca fumé
Jubilación	4 o más de 4	20. ¿Cuánta actividad física realizás por semana?
Pensión	11. ¿Qué tipo de conexión eléctrica tiene?	No realizo actividad física
Soy empleador / Soy emprendedor	Conexión con medidor propio	Realizo menos de una hora semanal
Recibo ayuda de familiares o conocidxs que no conviven	Conexión con medidor compartido	Realizo alrededor de una hora semanal
No tengo ingresos económicos	Otro tipo de conexión	Realizo entre 2 y 4 horas semanales
No sabe/No contesta	No tiene conexión eléctrica	Realizo entre 4 y 6 horas semanales
5. ¿Recibís alguna ayuda estatal?	No sabe/No contesta	Realizo más de 6 horas semanales
Sí		
No		
No sabe / No contesta		

Continuación del anexo 1

21. ¿Fuiste a algún comedor comunitario en el 2023 ó 2024?	30. ¿Pagaste por atenderte en el Moussy o el MIC en el 2023 ó 2024?	39. ¿Utilizás anteojos?
Sí	Sí	Sí
No	No	No
No sabe/No contesta	No sabe / No contesta	Persona con ceguera
22. ¿Tenés alguna de las siguientes enfermedades?	31. ¿Retiraste medicación en instituciones públicas en el 2023 ó 2024?	No sabe/No contesta
Diabetes mellitus	Sí	40. Si no usás, ¿tenés dificultad para ver?
Hipertensión arterial	No	Si usa anteojos: ¿Tenés dificultad para ver con los anteojos puestos?
Enfermedad renal crónica / Insuficiencia renal	No sabe/No contesta	Ninguna dificultad
EPOC	32. ¿Retiraste medicación de Caritas en el 2023 ó 2024?	Poca dificultad
Asma	Sí	Mucha dificultad
Enfermedad cardiovascular (insuficiencia cardíaca, infarto del corazón, arritmias, operaciones cardíacas)	No	No puedo ver
Cáncer (actual o pasado)	No sabe / No contesta	No sabe/No contesta
Enfermedad de Chagas	33. ¿Realizaste estudios complementarios en instituciones públicas en el 2023 ó 2024?	41. ¿Utilizás audífonos?
Hipotiroidismo	Sí	Sí
NO TIENE	No	No
No sabe/No contesta	No sabe/No contesta	Persona con sordera total
23. ¿Tenés algún otro problema de salud, crónico o agudo? ¿Cuál/es?	Discapacidad	No sabe/No contesta
Por ejemplo: consumo problemático de sustancias, tuberculosis, afecciones agudas, infección por HIV	34. ¿Sabés usar el teléfono celular?	42. Si no usás, ¿tenés dificultad para oír?
24. ¿Tenés obra social o prepaga?	Sí, sin ayuda	Si usa audífonos: ¿tenés dificultad para oír con los audífonos puestos?
Tengo PAMI	Sí, con ayuda	Ninguna dificultad
Tengo otra obra social	Tengo pero no sé usarlo	Poca dificultad
Tengo prepaga	No tengo teléfono celular	Mucha dificultad
No tengo ninguna	No sabe/No contesta	No puedo escuchar
No sabe/No contesta	35. ¿Necesitás ayuda para hacer actividades fuera de tu casa?	No sabe/ No contesta
25. Si tenés obra social o prepaga, ¿la usás?	Sí	43. ¿Utilizás algún elemento de apoyo?
Sí	No	Sí
A veces	No sabe / No contesta	No
No	36. ¿Tenés alguna discapacidad? ¿De qué tipo?	No sabe/No contesta
No sabe / No contesta	No tengo discapacidad	44. Si no usás, ¿tenés alguna dificultad para caminar o subir escalones?
26. ¿Conocés el CeSAC 9?	Sí, física	Si usa elementos de apoyo: ¿tenés alguna dificultad para caminar o subir escaleras aún usando elementos de apoyo?
Sí	Sí, visual	Ninguna dificultad
No	Sí, auditiva	Poca dificultad
No sabe / No contesta	Sí, relacionada al lenguaje	Mucha dificultad
27. ¿En qué CeSAC te atendiste durante el 2023 y 2024?	Sí, relacionada a la salud mental	No puedo caminar
En ninguno	No sabe/No contesta	No sabe/No contesta
En el CeSAC 9	37. Si tenés una discapacidad, ¿cuál es tu situación con el CUD?	45. ¿Tenés dificultad para recordar cosas o concentrarte la mayoría de los días?
En el CeSAC 15	Ya lo tengo	Ninguna dificultad
En el CeSAC 41	Estoy haciendo el trámite	Poca dificultad
En el CeSAC 46	Inicié el trámite pero no lo pude completar	Mucha dificultad
No sabe / No contesta	Me rechazaron la solicitud	No sabe/No contesta
28. ¿Te atendiste en el Cemar 1 ó 2 en el 2023 ó 2024?	No inicié el trámite	46. ¿Sentís que tenés dificultad hacerte entender fuera de tu círculo cercano?
Sí	No sabe / No contesta	Nunca
No	38. ¿Tenés dificultad para encargarte de tu propio cuidado?	A veces
No sabe / No contesta	Ninguna dificultad	Siempre
29. ¿En qué hospital público te atendiste durante el 2023 y 2024?	Cierta dificultad	No sabe/No contesta
En ninguno	Mucha dificultad	
En el Hospital Argerich	Imposibilidad de realizar la actividad	
En otro hospital público	No sabe/No contesta	
No sabe/No contesta		

Anexo 2



Anexo 2. Arriba a la izquierda, el frente de un conventillo del barrio. Arriba a la derecha, una encuesta en un espacio común de la vivienda. Abajo, el equipo de Promotores de Salud, la Trabajadora Social y 2 residentes de la RMGyF.



Anexo 2. Arriba a la derecha el equipo interdisciplinario de investigación realizando encuestas. El resto, fachadas de otros conventillos del barrio (PH: Lic. Mario Rolón).