



Universidad Nacional de La Matanza
Secretaría de Ciencia y Tecnología



N°212 octubre 2026

Síntesis Clave

Boletín Informativo

ISSN 2344-9632

¿A quiénes se dirigen los programas de salud? Un análisis de la población objetivo de los programas del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires en 2026

Micaela Noemi Kladur

Universidad Nacional de La Matanza

Rector: Dr. Daniel Martinez

Vice Rector: Dr. Fernando Luján Acosta

Secretaría de Ciencia y Tecnología

Secretario: Lic. Juan Pablo Piñeiro



Centro de Investigaciones Sociales

Síntesis Clave

Boletín Informativo

ISSN 2344-9632

Coordinación General:

Angélica De Sena

Edición:

Andrea Dettano, Victoria Mairano, Florencia Chahbenderian y Melina Levy

Maquetación:

Florencia Bareiro Gardenal y Constanza Faracce Macia

Contacto:

Florencio Varela 1903,
B1754 San Justo, Buenos Aires

cis@unlam.edu.ar

www.cis.unlam.edu.ar



/cis_unlam



@cis_unlam



/cis.unlam

¿A quiénes se dirigen los programas de salud? Un análisis de la población objetivo de los programas del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires en 2026

Micaela Noemi Kladur¹

UNLaM. Argentina.

kladurnoemi@gmail.com

Se registraron 40 programas sociales implementados por el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, de los cuales 37 poseen información respecto a la población objetivo, que es definida a partir de condiciones particulares: por encontrarse en situación de vulnerabilidad social, por poseer determinadas patologías (desde condiciones crónicas hasta patologías infectocontagiosas regionales) o por pertenecer a ciertos rangos etarios. La proliferación de programas centrados en perfiles individuales y/o problemáticas aisladas individualiza los problemas sanitarios y los disocia de las condiciones estructurales de vida que los producen.

¹ Estudiante de Medicina de la Universidad Nacional de La Matanza. Becaria de grado UNLaM.

¿A quiénes se dirigen los programas de salud? Un análisis de la población objetivo de los programas del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires en 2026

Resumen:

El presente trabajo tiene por objetivo describir a la población objetivo de los programas sociales implementados por el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires durante 2026, con el fin de identificar los supuestos teórico-políticos y los modelos de sociedad que subyacen en la intervención sanitaria. Desde un marco teórico que inscribe la salud dentro de la política social general y la regulación de la reproducción de la vida, la estrategia metodológica consistió en una indagación en páginas web oficiales, a partir de la que se construyó una matriz con 40 programas provinciales vigentes en la actualidad. Los resultados evidencian que los términos que más se mencionan en la población objetivo son: Salud, Provincia, Residencia/ Residentes/Habitantes, Población, Persona/Personas, Público y Niños/Niñas, junto a la cobertura explícita de 17 patologías. Se concluye que, a partir de la focalización en personas en condiciones de vulnerabilidad social y con patologías específicas, se configura un modelo de intervención individualizado que, operando en un sistema fragmentado, gestiona las problemáticas de salud a través de clivajes específicos y criterios de selección particulares, distanciándose de la garantía de un derecho universal incondicional.

Palabras claves: Población objetivo; Programas de salud; Ministerio de Salud; Provincia de Buenos Aires.

1. Introducción

En el marco de un proyecto de Investigación PROINCE de la Universidad Nacional de La Matanza¹, el presente escrito se propone describir la población objetivo de los programas sociales implementados por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires en 2026. Esto resulta fundamental para aproximarse a los supuestos teórico-políticos y a los modelos de sociedad que subyacen en la intervención pública en materia sanitaria.

La justificación de la delimitación geográfica en la provincia de Buenos Aires se fundamenta en su peso demográfico, su perfil socioeconómico crítico y la masividad de la cobertura estatal desplegada en el territorio. Con una población cercana a los 11,8 millones de habitantes, el conurbano bonaerense constituye la región con mayor densidad poblacional del país. Asimismo, el área enfrenta índices de vulnerabilidad estructural significativos: la pobreza en los 24 partidos del Gran Buenos Aires alcanzó al 59,7% de las personas en el primer semestre de 2024 y el 45,1% de los hogares requiere algún tipo de asistencia social o alimentaria (INDEC, 2024; Chahbenderian y Faracce Macia, 2025). Ante este panorama, en el año 2025 se observó que el gobierno provincial implementó más de 217 programas sociales, de los cuales 44 corresponden al Ministerio de Salud (Chahbenderian y Faracce Macia, 2025). La concentración demográfica, sumada a la complejidad y alcance del aparato estatal en materia sanitaria, convierte a la provincia en un escenario relevante para indagar los criterios que orientan la política pública de salud.

Para abordar la complejidad de dicho escenario, el escrito comienza con algunas definiciones de las políticas sociales haciendo foco en las de salud. Luego, se desarrolla la estrategia metodológica que, desde un enfoque cualitativo, se basa en un relevamiento virtual de páginas web oficiales, a partir del cual se creó una matriz de programas sociales provinciales entre abril y julio del año 2026. A continuación, se presentan los resultados de la indagación, donde se describen los conceptos utilizados por el Gobierno de la provincia de Buenos Aires para definir a la población objetivo de sus intervenciones. Como criterios de focalización de los programas analizados, se distinguen las nociones de territorialidad, cobertura del ciclo vital y especificaciones clínicas registradas. Finalmente, el escrito concluye con una discusión de los resultados, reflexionando respecto a cómo los modos de denominación configuran un modelo de gestión sanitaria centrado en las personas y el individuo, consolidando procesos de fragmentación y selectividad en lugar de asegurar una cobertura universal e incondicional.

¹ El proyecto se titula “Políticas sociales y Políticas de las sensibilidades. La Matanza 2019-2025” y es dirigido por la Dra. Angélica De Sena.

2. Las políticas en salud como dimensión constitutiva de las políticas sociales

Para realizar un abordaje de los programas sociales orientados a la salud, resulta pertinente conceptualizar qué son las políticas sociales. Titmuss (1974) aborda la complejidad semántica y ontológica de la política social, entendida como un “conjunto de principios que gobiernan la acción orientada hacia fines específicos” (p. 28), lo que implica una intervención deliberada para modificar situaciones, sistemas o conductas humanas. En complemento con lo anterior, se opone a la idea de una neutralidad valorativa, argumentando que la política social es una respuesta organizada de la sociedad para identificar y satisfacer necesidades humanas, a menudo enmascarando compromisos ideológicos bajo etiquetas administrativas (Titmuss, 1974). Esta mirada se vincula con la propuesta de Danani (2009), quien entiende a la política social como un sistema de regulación de la mercancía fuerza de trabajo, interviniendo allí donde la relación salarial deja necesidades insatisfechas.

Asimismo, Titmuss (1974) identifica que los objetivos de la política social oscilan entre la provisión de servicios básicos (como salud, seguridad social y vivienda) y la búsqueda de la justicia social mediante la redistribución progresiva del ingreso. Danani (2009) precisa que estos objetivos se concretan en lo que denomina la “distribución secundaria del ingreso” (p. 32), donde el Estado interviene para suturar las fracturas que el mercado no resuelve. Así, la política social se constituye como un intento por dirigir la vida social hacia una senda distinta a la que seguiría de forma espontánea. Sin embargo, para Titmuss (1974) la política social no necesariamente tiende hacia el bienestar y la beneficencia, por lo que no se la debe revestir con un halo de altruismo, sino que, en concordancia con lo planteado por Yazbek (2000), el Estado articula a los sujetos sociales, quienes poseen intereses inherentemente conflictivos, los cuales no son neutros o igualitarios, reproduciendo relaciones sociales conflictivas. Frente a esta cuestión, el Estado, a través de programas y proyectos, organiza las relaciones sociales conflictivas, asumiendo un papel de regulador, interviniendo tanto en la viabilización del proceso de acumulación como en la reposición de las clases subalternas.

Retomando los aportes sobre la provisión de servicios básicos, y profundizando en su dimensión estructural, De Sena y Cena (2014) advierten que estas intervenciones son, al mismo tiempo, funcionales a los requerimientos de los regímenes de acumulación vigentes. Es entonces que las políticas sociales se sitúan en una “doble disputa” (De Sena y Cena, 2014, p. 11): una de carácter teórico-conceptual y otra de índole socio-política, donde se define no solo el bienestar, sino el modelo de sociedad deseable. Desde esta mirada crítica, el Estado actúa para garantizar la reproducción de la fuerza de trabajo, enfrentando las dificultades de su provisión vía mercado laboral, lo que otorga a la política social un carácter de doble filo. De este modo, proporciona beneficios materiales para la subsistencia, al mismo tiempo que instaura ideológicamente al mercado como el medio legítimo de satisfacción de necesidades (De Sena y Cena, 2014).

En esta misma línea, Titmuss (1974) converge con De Sena y Cena (2014) al subrayar que las políticas sociales *hacen sociedad* y moldean subjetividades, destacando la importancia de los factores cognitivos, retóricos y narrativos en la aceptación de la dominación. Para Titmuss (1974), lo social se presenta como una categoría que busca rescatar la naturaleza del hombre como ser vinculado a otros, priorizando los factores no económicos de las relaciones humanas y la integración colectiva. Bajo esta perspectiva, lo social se manifiesta en el ordenamiento de la red de relaciones mutuas, fundamentándose en principios que regulan cómo las acciones de individuos y grupos afectan el bienestar de los demás en sociedad. Esta noción es profundizada por De Sena y Cena (2014), quienes plantean que lo social funciona como un sistema de regulación instituido para acortar la brecha entre la igualdad legal y la desigualdad socioeconómica estructural, operando como un espacio de articulación estatal donde se tramitan las tensiones de la denominada cuestión social.

Para inscribir las políticas de salud en este contexto teórico, resulta indispensable reconstruir históricamente el desarrollo de los modelos de Estado social en la región latinoamericana. Siguiendo la tipología de Fernando Filgueira (2015), la acción social del Estado ha atravesado distintas etapas ligadas a los modelos de desarrollo. En el período denominado liberal-exportador u oligárquico-exportador (1880-1930), la intervención estatal en materia sanitaria emergió bajo modelos de corte salubrista e higienista, caracterizados por la creación de las primeras autoridades sanitarias y ministerios, la ejecución de planes masivos de inoculación y vacunación obligatoria, y la edificación de la primera red de hospitales públicos para controlar las epidemias urbanas y disciplinar la mano de obra. Posteriormente, durante el modelo de sustitución de importaciones (1930-1970/1980), se produjo la masificación de los servicios de salud al combinarse la atención preventiva y curativa pública con el surgimiento de la seguridad social contributiva, dando lugar a un sistema sanitario dual que escindió la atención asistencial gratuita para los no asalariados de la protección ligada al empleo formal. Con la llegada del nuevo período liberal-exportador a partir de la década de 1970, y más fuertemente durante los años noventa, se impulsó la privatización y desregulación de los seguros de salud mediante administradoras privadas y la aplicación de políticas asistenciales estrictamente focalizadas en la extrema pobreza, mientras que el siglo XXI inauguró un modelo estatal-exportador expansivo que combina componentes contributivos y no contributivos (Filgueira, 2015).

Esta evolución histórica cobra una manifestación particular en la Argentina, donde el Estado de Bienestar tuvo un gran desarrollo, siendo conceptualizado por Isuani (2009) bajo la noción de un *rígido bien durable*. El autor demuestra que, a diferencia de las funciones económicas del Estado que fueron desmanteladas durante las reformas neoliberales, la estructura del Estado de Bienestar argentino exhibió una notable resistencia al achicamiento presupuestario. De esta manera, en el ámbito

sanitario actual conviven una masividad de programas asistenciales de atención directa a las problemáticas asociadas a la extrema pobreza con el sistema contributivo de obras sociales (vinculado al Programa de Asistencia Médica Integral – PAMI– y al trabajo registrado) y los esquemas de cobertura privada, evidenciando la persistencia de una matriz estratificada y rígida que conserva los moldes de protección corporativa construidos a mediados del siglo XX (Isuani, 2009).

El recorrido realizado hasta aquí dialoga con la tensión analizada por De Sena y Cena (2014) entre la universalidad y la focalización. La primera, vinculada al modelo institucional, plantea que el Estado debe garantizar de manera efectiva los derechos básicos, distribuyendo los recursos disponibles entre todos los ciudadanos. No obstante, las autoras señalan que a partir de los años ochenta se consolidó el paradigma de la focalización, el cual desplaza la atención de las causas hacia los síntomas de la pobreza, tratando al sujeto como un “beneficiario” carente y situando la asistencia bajo la lógica del “don” (De Sena y Cena, 2014, p. 26 y 27). Esta transición se corresponde con lo planteado por Filgueira (2015) respecto al paso del modelo de sustitución de importaciones hacia el nuevo período liberal-exportador bajo el Consenso de Washington (décadas de 1980 y 1990), donde se impulsó la retracción del Estado social y la sustitución de políticas universales por programas asistenciales estrictamente focalizados en la extrema pobreza (Filgueira, 2015). Actualmente, esta lógica persiste bajo nuevas denominaciones como lo *masivo* o *inclusivo*, términos que a menudo ocultan la persistencia de criterios de selectividad y alejan la discusión del derecho universal (De Sena y Cena, 2014). Esta complejidad se revierte y reutiliza en el modelo estatal-exportador del siglo XXI descrito por Filgueira (2015), caracterizado por la expansión de prestaciones no contributivas y masivas como los Programas de Transferencias Condicionadas que, si bien amplían la cobertura poblacional, mantienen vigentes mecanismos de elegibilidad selectiva y focalizada que restringen el ejercicio pleno de la ciudadanía universal (Filgueira, 2015).

Dentro de los diferentes ámbitos en los que intervienen las políticas sociales, el presente trabajo se centra en las políticas de salud. Estas han estado relacionadas con el *bienestar* de la sociedad, al mismo tiempo que diferentes autores han analizado su conexión con las situaciones de pobreza e inequidad (Domench y Bolado, 2005; Ortega Bolaños, 2018; García Cardoni, 2012). Así, los estados de salud de las poblaciones responden a las condiciones en las que viven los distintos grupos sociales, en palabras de García Cardoni (2012), “los pobres se enferman más que los ricos” (p. 21).

Es necesario entonces retomar la estructura del sistema de salud argentino, el cual se caracteriza por una elevada fragmentación y falta de articulación (Belló y Becerril-Montekio, 2011), basado en una organización tripartita que refleja la interacción de distintas “esferas de provisión de bienestar” (De Sena y Cena, 2014, p. 64): el público, el de seguridad social y el privado. Esta división responde a una evolución histórica que dio lugar a un sistema segmentado que atiende a distintas categorías de ciudadanos según su inserción laboral y capacidad económica, lo que genera

servicios heterogéneos y desigualdades en el acceso a la salud entre las distintas provincias y sectores del país (Belló y Becerril-Montekio, 2011; Ortega Bolaños, 2018).

Para comprender en profundidad esta configuración híbrida y segmentada, resulta necesario incorporar las lecturas de Filgueira (2015) e Isuani (2009), quienes muestran que en el sistema de protección y salud argentino conviven tres criterios estructuradores del acceso al bienestar: la discrecionalidad, la contribución y la ciudadanía. En primer término, el sector público, articula los ministerios nacionales y provinciales, así como una red de hospitales y centros de salud que ofrece y garantiza la atención gratuita y universal. Su función primordial es brindar cobertura a la población de bajos ingresos, es decir, aquellos sectores con menores recursos que se encuentran fuera del circuito de la seguridad social. Este sector se financia mayoritariamente mediante recursos fiscales y presupuestos públicos (Belló y Becerril-Montekio, 2011). En él conviven dos principios analizados por Isuani (2009) y Filgueira (2015): por un lado, el criterio de discrecionalidad o asistencialismo, asociado al modelo residual de Titmuss (1974), el cual se manifiesta en la atención pública gratuita y en los programas sanitarios focalizados destinados a poblaciones en situación de extrema pobreza o sin cobertura formal, donde la prestación no se concibe como un derecho adquirido sino como una respuesta asistencial del estado (Isuani, 2009; Filgueira, 2015). Por otro lado, el criterio de ciudadanía, vinculado al modelo institucional redistributivo de Titmuss (1974), que concibe a la salud como un derecho inherente a todo habitante y se financia a través de impuestos generales, expresándose en la red hospitalaria y en políticas públicas de cobertura universal (Isuani, 2009; Belló y Becerril-Montekio, 2011).

En segundo lugar, el sector de la seguridad social constituye las prestaciones en salud para el empleo formal, organizándose a través de las Obras Sociales (OS) y entidades que no tienen fines de lucro. Dentro de este sector se destaca también el INSSJyP (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados) y su brazo operativo PAMI, que brinda cobertura específica a los jubilados y pensionados del sistema nacional. Este sector se financia mediante contribuciones obligatorias tanto de los empleados como de los empleadores, según la rama de actividad económica (Belló y Becerril-Montekio, 2011). Este sector representa el criterio de contribución, alineado con el modelo del logro personal-resultado laboral de Titmuss (1974), el cual constituye el eje históricamente predominante del Estado de Bienestar argentino, donde el acceso a las obras sociales y al INSSJYP-PAMI queda directamente condicionado a la adscripción al mercado de trabajo formal y al aporte sobre la nómina salarial (Isuani, 2009; Filgueira, 2015).

Por último, el sector privado incluye a profesionales y centros asistenciales que operan bajo la lógica de Empresas de Medicina Prepaga (EMP), financiado por la población con mayor capacidad contributiva a través de cuotas o pagos periódicos que abonan familias o empresas. Es relevante notar que las Obras Sociales a menudo subcontratan servicios de este sector privado para la atención de sus beneficiarios, lo que evidencia la “interconexión operativa” a pesar de la fragmentación

institucional (Belló y Becerril-Montekio, 2011). Tal como plantea Isuani (2009), la coexistencia de estos tres principios y subsectores explica por qué el estado de bienestar argentino se comporta como un *rígido bien durable*: a pesar de las reformas neoliberales de los años noventa que buscaron privatizar y focalizar el gasto, la matriz contributiva de las obras sociales y la red pública basada en la ciudadanía demostraron una extraordinaria resistencia a ser desmanteladas (Isuani, 2009). De este modo, siguiendo el análisis de Filgueira (2015) sobre el modelo estatal-exportador contemporáneo, el sistema sanitario argentino combina hoy un sector privado (empresas de medicina prepaga) que atiende a la población con capacidad de pago, un subsector de seguridad social contributivo que protege a los trabajadores registrados, y un subsector público que absorbe a los sectores no salarizados mediante una combinación de programas asistenciales discrecionales y de garantías ciudadanas (Isuani, 2009; Filgueira, 2015; Belló y Becerril-Montekio, 2011).

Si las políticas sanitarias constituyen una “doble disputa” donde se define el modelo de sociedad y se regulan tensiones (De Sena y Cena, 2014; Yazbek, 2000), el estudio de los programas del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires exhibe los supuestos político-ideológicos que subyacen en la intervención estatal. En este sentido, los aportes de Titmuss (1974), Danani (2009) y De Sena y Cena (2014) permiten interrogar a los diseños programáticos como artefactos que moldean subjetividades y definen a sus destinatarios. Asimismo, la coexistencia de los criterios estructuradores del bienestar —discrecionalidad, contribución y ciudadanía— analizada por Isuani (2009) y Filgueira (2015), junto a la tensión entre universalidad y focalización (De Sena y Cena, 2014), constituye el marco teórico-conceptual que articula de manera transversal el proceso desde la delimitación del problema y los objetivos, hasta la estrategia metodológica, la construcción de los datos y su posterior análisis.

Metodológicamente, esto se traduce en un abordaje cualitativo e interpretativo de análisis de las políticas públicas. Dicha perspectiva permite examinar cómo los programas provinciales configuran a su población objetivo, qué concepciones de salud movilizan y de qué manera operan frente a la fragmentación del sistema sanitario (Belló y Becerril-Montekio, 2011).

3. Estrategia metodológica

El abordaje metodológico consistió en la construcción y análisis de una matriz de programas sociales a partir de una búsqueda virtual en pos de la elaboración de un mapa de los “planes y/o programas” implementados por el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. La construcción de esta herramienta se desarrolló por medio de la indagación en páginas web (bajo el dominio www.gba.gob.ar), la recuperación de documentos disponibles en los bancos de datos tanto para profesionales de la salud como para usuarios del sistema de salud, normativas como leyes de creación, decretos reglamentarios y publicaciones del Boletín Oficial. Dicho relevamiento se desarrolló en el periodo de abril a julio de 2026.

La implementación de matrices de análisis permite identificar el diseño de los programas sociales al favorecer una observación simultánea y comparativa de distintos casos de estudio. Siguiendo a Dettano y Caccese (2024), este recurso metodológico hace viable la detección de tendencias y divergencias, permitiendo comparar categorías para una interpretación más profunda de los datos. En este caso, fue posible observar el diseño de los programas sociales en salud desde la mirada estatal y los diferentes supuestos que subyacen en la misma. Bajo esta óptica, se reconoce y registra la manera en que son delimitadas las problemáticas que requieren intervención, las soluciones que se consideran factibles y cómo se definen los sujetos destinatarios. Asimismo, esta exploración permite comprender qué acciones se esperan de dichos sujetos para que puedan modificar su situación actual (De Sena y Cena, 2014).

Las dimensiones que conforman la matriz son los siguientes: nombre del programa, dependencia institucional (ministerio, secretaría, subsecretaría, dirección u otro), líneas de acción, objetivos, áreas temáticas, población objetivo, si está destinado a población específica, requisitos de acceso, actividades que se debe realizar para seguir recibiendo el programa, si hay mención a pueblos originarios/identidad o problemáticas de género o población LGTBIQ+, fecha de creación, normativa o legislación que la enmarca, monto, bien o servicio que transfiere/presta, tipo de prestación, periodicidad, cantidad de beneficiarios y titulares, meta de beneficiarios prevista, presupuesto, uso de aplicaciones, sitios web, formularios web y mención o referencia a emociones/sentires.

Si bien el presente trabajo se enfoca en la dimensión relativa a la población objetivo, es relevante mencionar la falta de datos e información disponible respecto a las actividades que debe realizar el receptor para seguir recibiendo el programa, periodicidad de la prestación, tipo de prestación, cantidad de beneficiarios/titulares, meta de beneficiarios previstas, presupuesto, fecha de creación y normativa o legislación que la enmarca.

Asimismo, en este escrito se elabora una nube de palabras clave como una herramienta de visualización del análisis propuesto. El tratamiento de los datos consistió en el recuento de frecuencias de los vocablos utilizados para denominar a los destinatarios de las políticas. Para la construcción gráfica de las nubes, se utilizó la plataforma digital WordArt (<https://wordart.com>). El criterio técnico de representación consistió en asignar un valor de tamaño proporcional a la cantidad de repeticiones registradas para cada palabra.

4. La población objetivo en los programas del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

La totalidad de programas del Ministerio de Salud de la provincia fue de 40. Al momento de observarlos, se tuvo acceso a la población objetivo de 37 y no se obtuvo información de 3: Instituto Biológico Dr. Tomás Perón, Evaluación de Tecnología Sanitaria (ETS) y Plan Provincial Hospitales Sustentables.

A partir de la exploración de las palabras utilizadas por la provincia para la caracterización y determinación de sus poblaciones objetivos encontramos que “persona/s” se utiliza de forma general para definir a residentes con patologías específicas (cáncer, epilepsia, enfermedades poco frecuentes, virus de inmunodeficiencia humana, fibrosis quística) o en situaciones de vulnerabilidad. La palabra “provincia” fue mencionada en 15 ocasiones para especificar el ámbito de residencia (Provincia de Buenos Aires); relacionado a ésta, el “territorio” se incluyó como el alcance geográfico del programa de sarampión, VIH (CONVIHVIR), fibrosis quística y salud mental. Otra referencia territorial se encuentra en los “135 municipios” por parte de las descripciones poblacionales de los programas salud digital y la articulación local en programas de zoonosis como de hantavirus. La palabra “población” fue usada para describir a fumadores, pacientes con diabetes o el universo total de ciudadanos en salud digital. En lo relativo al territorio se sumó la caracterización de “rural” para la identificación de poblaciones en zonas dispersas para salud escolar y a trabajadores rurales expuestos en el programa de hantavirus. Adicionalmente, la agrupación de nominaciones tales como “residencia/ residentes/ habitantes” se mencionan en 14 oportunidades con objeto de aclarar el requisito de habitar en la provincia como condición de acceso al PRODIABA (Programa de Diabetes de la Provincia de Buenos Aires), PRODYTEC (Programa de Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Congénitas) o medicación de alto precio, y también para delimitar la población bonaerense en programas de VIH, hantavirus y neuromodulación.

La denominación de “salud” en sus 15 menciones como parte de la población objetivo se utilizó de forma transversal en la descripción de los equipos de salud, el sistema público de salud y programas específicos como salud escolar o salud digital. En correspondencia con la salud como sistema se encontraron distinciones de la palabra “usuario” dentro de la descripción de la población objetivo de acciones en salud referidas a quienes utilizan el sistema público de salud (Centros de Atención Primaria de la Salud y hospitales) en programas como SUMAR+ y el Plan de Violencias. La caracterización de “público” fue hecha para definir al tipo de sistema de salud (hospitales públicos) o la cobertura (pública exclusiva) que deben tener los beneficiarios. También se encontraron 11 apariciones de la palabra “cobertura” para definir a personas con “cobertura pública exclusiva” (sin obra social o prepaga) en casi todos los programas asistenciales y de medicación. Para la terminología de “ingresos” se identificaron 2 menciones, una de las cuales corresponde al criterio de admisión para el Programa de Asistencia Alimentaria (PAAI) basado en la canasta básica. Asimismo, esto se relaciona con la “vulnerabilidad” que describe a la población de la Línea CONVIHVIR y situaciones de vulneración de derechos en

niños. Asimismo, se encontró el término “beneficiarios” utilizado para identificar a los residentes cubiertos por el programa Incluir Salud y en la entrega del kit Quinita.

Respecto a aquellos que se dirigen a instituciones y/o profesionales, se encuentran menciones a “hospitales” como población objetivo directa en los programas de epilepsia (PROEPI), Celiared para la articulación de redes de atención y se incluyen como destinatarios de asesoramiento técnico en el programa de Evaluación de Tecnología Sanitaria (ETS). La mención de “equipos profesionales” ocurre como destinatarios específicos en el programa de epilepsia, en la red Celiared para capacitación y conformación de redes de atención y para el abordaje integral en el programa de control de tuberculosis. También hubo 8 apariciones de “profesionales” por parte de programas de formación como enfermería, pre residencias y fortalecimiento de especialidades médicas. Esto se suma a las distinciones de los “trabajadores” como población de los programas de educación permanente en salud, formación del Centro Especializado de Bachilleratos para Adultos con orientación en Salud Pública (CEBAS), desarrollo de enfermería y el plan de abordaje de violencias. Otra alusión a los trabajadores del ámbito de la salud está entendida en los “egresados/as” como grupo específico perteneciente al programa de becas de formación de pre residencias en disciplinas como medicina, bioquímica y farmacia. Se le agrega al conglomerado institucional las consideraciones de la palabra “mental” en referencia a los programas de salud mental para juventudes, infancias y juventudes, y la prevención de discapacidad en recién nacidos. En lo que compete a la denominación de la “discapacidad”, se la relaciona a la prevención de discapacidad mental/física en PRODYTEC y a secuelas discapacitantes en el programa de Neuromodulación. Oportunamente, las palabras “instituciones educativas/escuelas” aparecieron dentro de la población objetivo en epilepsia y Celiared cuando cuentan con alumnos o docentes que padecen estas condiciones, y en la población central del programa “La salud mental es entre todas y todos”.

Se encontró que la mención de la palabra “enfermedad” solo se dio en alusión al Parkinson, epilepsia y enfermedades poco frecuentes. Apareció la palabra “síntomas” como criterio de inclusión para pacientes en los programas de dengue y paludismo. Es destacable que la mención de la palabra “pacientes” ocurriera en 7 ocasiones para programas de tabaco, epilepsia, celiacía, dengue, pubertad precoz y abordaje de violencias. En relación a criterios epidemiológicos, se observó la aparición de la palabra “riesgo/s” asociado a trabajadores con riesgo de exposición (hantavirus) y la evaluación de riesgos en tecnología sanitaria; también en esta línea, se presentó la palabra “viajeros” como población objetivo específica del programa de paludismo/malaria para personas que regresan de zonas endémicas. La expresión “diagnóstico” fue referida a personas con diagnóstico confirmado de VIH, fibrosis quística o pubertad precoz. Hubo una alusión al término “padezcan” mencionado específicamente en el programa PRODIABA para referirse a quienes

padecen diabetes. Por último, se identificó el siguiente listado de 17 enfermedades mencionadas dentro de la población objetivo:

- 1) Cáncer
- 2) Diabetes
- 3) Epilepsia
- 4) Celíaca
- 5) Enfermedades Poco Frecuentes (EPF)
- 6) Tuberculosis
- 7) Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)
- 8) Hepatitis
- 9) Paludismo
- 10) Malaria
- 11) Hantavirus
- 12) Sarampión
- 13) Dengue
- 14) Zika
- 15) Chikungunya
- 16) Fibrosis Quística
- 17) Parkinson

Respecto al género, se identificó la figura de “mujer/es” en el programa de salud sexual y procreación responsable para potenciar su participación en la toma de decisiones. Asimismo, se destaca la inclusión de “familiares” que surgen como población objetivo indirecta en epilepsia, celiaquía, enfermedades poco frecuentes y el programa Qunita.

En apreciación a las diferentes etapas del ciclo vital, se encontró que el término “recién nacido” tuvo mención como población objetivo del programa de enfermedades congénitas (PRODYTEC) y destinatarios de fórmulas de inicio y continuación; así como también se determinó la cita de la palabra “bebés” en el programa PRODYTEC para referirse a los nacidos en maternidades. Aparece la definición de “lactantes” como población en los programas de fórmulas alimentarias y Línea CONVIHVIR para referirse a personas menores de un año. Las conceptualizaciones de “niños / niñas” acumularon apariciones en programas de salud escolar, prevención de tabaquismo, fórmulas alimentarias, pubertad precoz, Qunita y acompa-

ñamiento hospitalario (PACH). La denominación de “adolescente/s” fue foco central en programas de salud escolar, prevención de tabaquismo, salud sexual, salud mental y el programa de acompañamiento.

La palabra “años” aparece detallada en rangos o períodos de edad, registrando en primer lugar a “menores de 18 años/hasta 18 años/0 a 18 años” que corresponden a población del programa PACH que cursa internación hospitalaria y carece de red familiar o cuidados suficientes, a la población del programa de infancias y juventudes que presenta problemáticas de salud mental, sumado a los destinatarios de fórmulas especiales o medicamentosas que presentan alteraciones en la ingesta o absorción de nutrientes. En segundo lugar, se encuentra el grupo de “hasta los 3 años de edad” que corresponden al rango de cobertura del programa Quinta Bonaerense para el cuidado y la crianza con derechos de niños y niñas. Por último, emergió la distinción de “meses” para los grupos de “0 a 6 meses” (población objetivo de las fórmulas de inicio para recién nacidos que no reciben leche humana) y de “6 a 12 meses” (población objetivo de las fórmulas de continuación para lactantes). En consonancia con lo descrito, se enlistan las principales variables temporales encontradas:

- Menores de 18 años/hasta 18 años/0 a 18 años
- Hasta los 3 años de edad
- 6 a 12 meses
- 0 a 6 meses

5. Hacia una caracterización de la población objetivo de los programas del Ministerio de Salud del orden provincial

El análisis de los programas del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires exige articular la conceptualización general de las políticas sociales con la especificidad del sector sanitario. En el ámbito de la salud la intervención estatal no responde a un terreno neutral, sino que se estructura sobre un sistema históricamente fragmentado y segmentado (compuesto por el sector público, la seguridad social y el sector privado) que refleja diversas asimetrías estructurales (Belló y Berceril-Montekio, 2011; Isuani, 2009). Desde esta perspectiva teórica, las categorías que se instrumentan para nombrar a la población en la que se interviene operan como herramientas de nominación e intervención estatal (De Sena y Cena, 2014).

Concluida la descripción de los elementos que conforman a las poblaciones objetivo del Ministerio de Salud de la provincia, a continuación se presenta la distribución gráfica de las palabras clave repetidas y descritas anteriormente en una nube de conceptos en la Figura 1, considerando la proporción de palabras repetidas en su tamaño.

Figura I. Población objetivo de los programas del Ministerio de Salud provincial



Fuente: Elaboración propia a partir del análisis realizado.

Los vocablos seleccionados por la norma constituyen la letra directa del Estado, revelando la perspectiva que legitima discursivamente las problemáticas sanitarias. En este marco, la representación gráfica realizada mediante la nube de conceptos otorga a cada vocablo un valor proporcional a su frecuencia de repetición en la información oficial. La alta frecuencia que adquiere el vocablo “persona / personas” en la matriz da cuenta de una modalidad de intervención que se focaliza en el individuo, en contraposición al criterio de ciudadanía definido por Isuani (2009), donde la protección social implica un derecho universal incondicional. Lejos de la lógica de los derechos universales abstractos donde las protecciones se obtienen de manera incondicional por la mera condición de ciudadanía (De Sena y Cena, 2014), la implementación de estos programas sanitarios se ejecuta mediante clivajes específicos. Así, los sujetos son interpelados a partir de condiciones particulares: por encontrarse en situaciones de vulnerabilidad social, por poseer determinadas patologías (desde condiciones crónicas hasta patologías infectocontagiosas regionales) o por pertenecer a rangos etarios específicos.

La proliferación de programas centrados en perfiles individuales o problemáticas aisladas dialoga directamente con la tensión histórica planteada por De Sena y Cena (2014) y Filgueira (2015) respecto al paso de la universalidad a la focalización “masiva”. La masividad ocluye la persistencia de criterios de selectividad ya que, a pesar de la multiplicidad de programas y su expansión a cada vez más personas, el acceso sigue condicionado al cumplimiento de requisitos específicos que implican mecanismos de selección. En lugar de garantizar una cobertura universal

desmercantilizada, el Estado interviene atendiendo de manera sectorial y aislada las consecuencias sanitarias de la desigualdad, individualizando los problemas y dissociándolos de las condiciones estructurales de vida que los producen (García Cardoni, 2012). Esto evidencia que la intervención sanitaria provincial atravesada por la fragmentación y la heterogeneidad organizativa, atiende a las problemáticas de salud mediante una red de dispositivos focalizados que gestionan la reproducción de la vida de la población sin modificar las condiciones estructurales de desigualdad que las producen.

Otra singularidad observada en los datos es la definición concisa de los rangos etarios, donde la provincia evidencia una marcada prioridad por las etapas formativas y de crianza a través de nociones como “niños/niñas”, “adolescentes”, “recién nacidos”, “lactantes” y cortes de “0 a 18 años” y “hasta los 3 años” (Qunita). Esta delimitación del ciclo vital se entrelaza con una densa trama de figuras institucionales y territoriales que incluye a la “Provincia”, “Hospitales”, “Instituciones educativas / Escuelas”, los “135 municipios” y el ámbito de lo “Público”. Al nombrar explícitamente a los efectores, las escuelas y la articulación descentralizada municipal, el discurso oficial reconoce que los destinatarios están integrados en una red de relaciones e instituciones locales. Esta dimensión institucional dialoga con las lecturas de Isuani (2009) y Filgueira (2015) sobre la matriz de protección argentina, donde el subsector público busca garantizar la cobertura a través de la articulación territorial frente a la fragmentación del sistema de salud.

Finalmente, cabe destacar la inclusión directa de los “Familiares”, los “Equipos profesionales”, los “Trabajadores” y grupos definidos por su “Vulnerabilidad” o limitación de “Ingresos”. El uso de vocablos como “Territorio”, “Rural”, “Egresados/as” y “Viajeros” revela una esfera de representaciones discursivas arraigada en la proximidad territorial y el contexto social del individuo. Este enfoque alcanza su densidad analítica con la presencia explícita de la palabra “Padecimiento”, constituyendo una alusión que trasciende lo estrictamente biológico. Siguiendo a De Sena y Cena (2014), la política social no solo distribuye recursos materiales, sino que avanza sobre la estructuración de las vivencias en la trama social. Asimismo, la presencia de menciones a los “Familiares” y a los “Equipos profesionales” visibiliza los procesos de familiarización del bienestar (Danani, 2009), donde el cuidado y la contención recaen de manera capilar en el núcleo doméstico y en las redes territoriales locales.

6. Reflexiones de cierre

En conclusión, la lectura de la matriz construida desde la teoría sociológica sobre las políticas sociales demuestra que la intervención sanitaria del Ministerio de Salud bonaerense no opera bajo la lógica de la universalidad incondicionada. Por el contrario, la centralidad de la categoría “Persona”, combinada con la focalización por perfiles de riesgo, rangos etarios y patologías específicas, evidencia

un modelo de gestión basado en la selectividad y en la individualización de los padecimientos, donde se administra de forma fragmentada los requerimientos de la integración social en el marco de un sistema de salud profundamente segmentado.

En consonancia con la tensión entre universalidad y focalización planteada por De Sena y Cena (2014) y Filgueira (2015), los programas provinciales individualizan las problemáticas asociadas a la salud, desvinculándolas de las condiciones estructurales de desigualdad que los producen; lo que se inserta en un sistema de salud históricamente fragmentado y segmentado (Belló y Becerril-Montekio, 2011).

Referencias bibliográficas

- Belló, M. y Becerril-Montekio, V. M. (2011). Sistema de salud de Argentina. *Salud Pública de México*, 53(2), 96-108. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2011.v53suppl2/s96-s109>
- Chahbenderian, F. y Faracce Macia, C. (2025). Los programas sociales en la mira: Un abordaje desde el Conurbano Bonaerense. En Y. S. Amarilla, M. Á. Blesa, M. C. Cabrera, M. Levy, J. Fernández Niello, P. Gutti, J. P. Piñeiro, P. M. Jacovkis y P. von Stecher (Eds.), *¿En qué conurbano queremos vivir?* (Vol. III, pp. 934-963). Asociación Argentina para el Progreso de las Ciencias.
- Danani, C. (2009). La gestión de la política social: problemas y debates. En M. Chiara y M. M. Di Virgilio (Comps.), *Gestión de la política social. Conceptos y herramientas* (pp. 25-50). Prometeo Libros.
- De Sena, A. y Cena, R. (2014). ¿Qué son las políticas sociales? Esbozos de respuestas. En A. De Sena (Ed.), *Las políticas hechas cuerpo y lo social devenido emoción: Lecturas sociológicas de las políticas sociales* (pp. 19-50). Estudios Sociológicos Editora.
- Dettano, A. y Caccese, C. (2024). Políticas sociales en el orden Municipal: un recorrido por los programas sociales de La Matanza. *Boletín Síntesis Clave*, (181), 1-21. https://cis.unlam.edu.ar/upload/sintesis/48_Sintesis-176.pdf
- Domench, P. y Bolado, M. (2005). *El Estado y la política de salud. La implementación de estrategias de promoción de la salud desde el ámbito nacional y el local para el logro de la equidad*. Centro de Investigaciones en Administración Pública (CIAP), Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires (FCE-UBA).
- Filgueira, F. (2015). Modelos de desarrollo, matriz del Estado social y herramientas de las políticas sociales latinoamericanas. En S. Cecchini, F. Filgueira, R. Martínez y C. Rossel (Eds.), *Instrumentos de protección social: Caminos hacia la mejora de la equidad en América Latina* (pp. 49-88). Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- García Cardoni, M. O. (2012). Sociología de la salud: Políticas sociales y políticas de salud. *Facultad de Odontología, UNCuyo*, 6(2), 20-25.
- INDEC. (2024). *Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos Primer semestre de 2024. Informes técnicos. Condiciones de vida*, Vol. 8, n° 21. https://www.indec.gov.ar/uploads/informesdeprensa/eph_pobreza_09_241C2355AD3A.pdf
- Isuani, E. A. (2009). El Estado de Bienestar argentino: un rígido bien durable. *Politikós: estudios políticos e internacionales*, 12, 35-72.

Ortega Bolaños, J. A. (2018). Las políticas de salud, un campo de estudio transdisciplinar. *Revista de Salud Pública*, 20(5), 649-654. <https://doi.org/10.15446/rsap.v20n5.73891>

Titmuss, R. M. (1974). ¿Qué es la política social? (Capítulo II). En *Social Policy: An Introduction* (pp. 27-40). Editorial Península.

Yazbek, M. C. (2000). Las políticas sociales en el contexto de la reestructuración económica y las reformas del Estado. En E. Borgianni y C. Montaña (Orgs.), *Políticas sociales y trabajo social en el Mercosur* (pp. 119-147). Espacio Editorial.