

margen N° 122 – setiembre de 2026

Mujeres Mayores y Atención Primaria de la Salud: Desafíos de un Dispositivo Grupal

Por Lucía Celeste Manzo

Lucía Celeste Manzo. Licenciada en Trabajo Social. Diplomada en Trabajo Social en Salud. Residencia de Trabajo Social en Salud, Hospital General de Agudos (gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires), Argentina.

El presente artículo problematiza acerca de los desafíos implicados en la consolidación de dispositivos grupales dirigidos a mujeres mayores en el marco de la Atención Primaria de la Salud (APS). A partir de la sistematización de un taller comunitario co-coordinado por las residencias de Trabajo Social y Nutrición en un Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC)¹ de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se analizan las dinámicas de participación y las tensiones institucionales que atraviesan este tipo de experiencias.

A través de la reconstrucción del proceso grupal, el trabajo visibiliza algunos nudos críticos: la asistencia fluctuante como dato de intervención, la irrupción del sufrimiento subjetivo en espacios de sociabilidad, las tensiones entre los tiempos institucionales y los tiempos vinculares y la necesidad de incorporar una perspectiva de género en el abordaje comunitario con personas mayores. Finalmente, se proponen algunas reflexiones orientadas a repensar la especificidad del Trabajo Social en APS, cuestionando las expectativas de eficacia lineal y recuperando el valor de las intervenciones situadas.

Personas mayores y territorio: coordinadas para pensar la intervención

A partir de los procesos de transición demográfica a nivel global, asistimos a un escenario inédito: las personas viven más tiempo. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), las personas mayores de 60 años representan el 21,3% de la población total (INDEC, 2022). En la zona norte de la ciudad, área donde se inserta el efector de salud en el que desarrollé esta sistematización, los índices de envejecimiento superan incluso el promedio general de CABA. Según datos de la Dirección General de Estadística y Censos de CABA (2021), más del 22% de la población de esta zona corresponde a personas mayores, con una marcada feminización.

Sin embargo, este crecimiento demográfico dista mucho de los imaginarios idílicos de una vida plena. El aumento de la esperanza de vida obliga a problematizar no solo cuántos años viven las personas sino también cómo se transita la longevidad en contextos atravesados por profundas desigualdades sociales, económicas y de género. A ello se suma un estigma social que suele asociar la vejez con la enfermedad, la dependencia y la pasividad. Asimismo, el Análisis de Situación de

1 Los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) dependen del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires como centros de Atención Primaria de la Salud. Se ubican en los distintos barrios de la ciudad, funcionando como puerta de entrada al sistema público de salud y realizando actividades de promoción y prevención en un territorio delimitado (área programática)

Salud de CABA (2020) señala que una proporción significativa de esta población envejecida depende exclusivamente del subsector público de salud, lo que evidencia la relevancia de fortalecer el primer nivel de atención como garantía de acceso a derechos y espacio estratégico para la promoción comunitaria (Ministerio de Salud del GCBA, 2020).

En este entramado, los datos sociodemográficos adquieren un anclaje territorial concreto. El efector de salud que enmarca esta experiencia se ubica en una zona caracterizada por una marcada heterogeneidad socioeconómica. Allí coexisten sectores residenciales de clases medias con áreas atravesadas por procesos de precarización habitacional y urbanización desigual.

Las mujeres que participaron del dispositivo grupal expresaban esta diversidad. En el espacio coexistían usuarias con acceso a mayores recursos materiales y una referencia histórica en el efector, junto con mujeres en condiciones de mayor vulnerabilidad socioeconómica, muchas residentes de viviendas precarias o en situaciones habitacionales inestables. A esta desigualdad estructural se sumaba la presencia de mujeres migrantes, configurando un espacio con diversidad de trayectorias sociales y culturales. La heterogeneidad no solo enriquecía la dinámica grupal sino que también visibilizaba formas desiguales de transitar el sistema de salud. Si bien el efector público operaba como lugar de encuentro cotidiano, las posibilidades concretas de acceso a la atención especializada eran muy desiguales: algunas mujeres contaban con obras sociales o medicina prepaga y otras dependían exclusivamente del sistema público.

Diversas investigaciones en salud colectiva destacan que la participación comunitaria resulta fundamental para mitigar situaciones de aislamiento y fortalecer redes de apoyo en las personas mayores (OPS, 2020). El presente escrito se inscribe en esta intersección entre la necesidad de sostener lazos sociales y las dificultades estructurales para acceder a espacios de encuentro. El objetivo es analizar críticamente las dificultades para consolidar dispositivos grupales con personas mayores, cuestionando lecturas que responsabilizan a las usuarias por su “falta de adherencia” e interrogando, en cambio, las tensiones y limitaciones de la propia oferta institucional.

Algunas claves para pensar las vejez y lo grupal

La experiencia que aquí se analiza se sostiene en tres ejes de reflexión: una mirada crítica sobre las vejez, el valor de los dispositivos grupales y el lugar del Trabajo Social en Atención Primaria de la Salud (APS).

1. Pluralizar el envejecimiento: Las vejez como territorio político

Desde una perspectiva de gerontología social, el envejecimiento no es un proceso lineal de deterioro biológico, sino una experiencia dinámica, heterogénea y multidimensional (Alvarado García y Salazar Maya, 2014). Esta mirada nos habla de “vejez”, reconociendo que el modo de transitar el envejecimiento se encuentra condicionado por las trayectorias de vida y las condiciones materiales de existencia. No se envejece de la misma manera en todos los territorios, ni bajo las mismas condiciones de clase, género o acceso a derechos.

Asimismo, envejecer siendo mujer en una sociedad patriarcal implica, muchas veces, cargar con historias de precarización laboral, desigual distribución de las tareas de cuidado y trayectorias marcadas por múltiples formas de invisibilización social, lo que impacta directamente en la salud y en las posibilidades de participación comunitaria.

Desde el Trabajo Social, la intervención busca correrse de la histórica lógica tutelar para inscribirse en una perspectiva de derechos (Ludi, 2012). Esto implica reconocerlas como

sujetas políticas, portadoras de saberes, deseos y capacidad de agencia. En este sentido, se asume el paradigma del 'envejecimiento activo' concebido originariamente por la Organización Mundial de la Salud y referentes como Kalache (2015), como la optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad. Sin embargo, coincidiendo con las advertencias de la gerontología crítica (Yuni y Urbano, 2013), se toma distancia de aquellas apropiaciones neoliberales que distorsionan este concepto para imponer la obligación de sostener un rendimiento permanente y una autonomía absoluta como condición de legitimidad social. Lejos de exigir a las adultas mayores que se “mantengan ocupadas” bajo un imperativo productivista, se recupera una perspectiva que reconoce las desigualdades y vulnerabilidades que atraviesan el envejecimiento. Así, el desafío radica en garantizar la participación y fortalecer los entramados comunitarios.

2. Más allá del entretenimiento: el dispositivo grupal como espacio de producción subjetiva.

La experiencia en el trabajo sociocomunitario permite advertir que la mera reunión de personas en un mismo espacio físico no constituye, por sí misma, un grupo. Retomando los aportes de Balloni Aguilar y Magnoli (2023), el dispositivo grupal no es un mero espacio recreativo o de entretenimiento, es una instancia colectiva de producción subjetiva donde se ponen en juego recursos institucionales, afectivos y simbólicos capaces de disputar el aislamiento y la fragmentación social.

En poblaciones atravesadas por la soledad y el aislamiento, estos dispositivos habilitan espacios de intercambio donde las personas mayores pueden reconstruir relatos sobre sus trayectorias, compartir memorias y resignificar experiencias vitales. Así, el grupo favorece procesos de escucha mutua y reconocimiento colectivo (Golpe, 2011), a la vez que produce un efecto significativo: las redes de interdependencia afectiva contribuyen a ampliar la autonomía de las personas mayores en la vida cotidiana.

3. El Trabajo Social en APS

El escenario de intervención es un CeSAC, enmarcado en la estrategia de la APS. Como plantea Testa (1996), la APS no debería reducirse a un nivel administrativo de baja complejidad destinado a sectores empobrecidos sino constituirse como una definición política orientada a democratizar el acceso a la salud. Sin embargo, en la práctica esta perspectiva entra en tensión con las lógicas fragmentadas y médico-hegemónicas que estructuran el sistema sanitario.

En este contexto, el Trabajo Social aporta una mirada específica clave para la coordinación de dispositivos colectivos, en tanto permite articular las dimensiones singulares y estructurales de la vida cotidiana de las usuarias. Desde una lectura microsocia, se alojan los malestares, necesidades, trayectorias y potencialidades de cada participante. Desde una perspectiva macrosocia, se problematizan los modos en que las condiciones socioeconómicas, la fragmentación institucional y los mandatos tradicionales de género inciden sobre los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado.

Esta perspectiva permite construir una lectura crítica de las condiciones de vida, en la que el horizonte de la intervención no radica únicamente en pensar al centro de salud como

un efector orientado a la administración de la enfermedad sino también como un espacio de encuentro, participación y construcción de ciudadanía.

Reconstrucción de la experiencia grupal

La experiencia del taller sociocomunitario —co-coordinado desde la residencia de Trabajo Social junto a la residencia de Nutrición durante los años 2023 y 2025— no emergió de forma aislada. Comprender sus obstáculos y potencialidades requiere historizar el vínculo del efector de salud con las personas mayores de su área programática.

Antes de 2020, el CeSAC desarrollaba distintas propuestas de promoción de la salud destinadas a esta población. Entre ellas, en 2017 se conformó un “Taller de memoria” coordinado interdisciplinariamente por Trabajo Social y Fonoaudiología, que de manera sostenida convocaba entre 10 y 15 mujeres mayores de 60 años. Además de los ejercicios de estimulación cognitiva, realizaban actividades corporales, musicales y recreativas, constituyéndose en un espacio significativo de encuentro y pertenencia. La irrupción de la pandemia por COVID-19 en 2020 y las medidas de aislamiento sanitario produjeron una desarticulación abrupta de estas experiencias colectivas. Las personas mayores, interpeladas desde la categoría epidemiológica de “grupo de riesgo”, vieron interrumpidos sus espacios cotidianos de socialización. Paralelamente, los equipos de salud atravesaron procesos intensos de reconversión de tareas, sobrecarga laboral y desgaste institucional. Cuando en 2021 comenzaron los intentos de reactivar los espacios grupales, el entramado comunitario se encontraba muy debilitado: muchas usuarias históricas no regresaron y las acciones terminaron discontinuándose.

Hacia fines de 2023 se logró activar una nueva propuesta institucional, la cual surgió de una lectura cotidiana de la sala de espera del centro de salud. La promotora de salud identificó reiteradas demandas de escucha y acompañamiento por parte de mujeres mayores que asistían al efector. En respuesta, se conformó un espacio que articulaba promoción de hábitos saludables con encuentro comunitario. Inicialmente, el dispositivo se organizó alrededor de caminatas hacia parques y plazas cercanas, logrando conformar un núcleo relativamente estable de unas siete mujeres de entre 65 y 89 años.

Sin embargo, durante el verano de 2024, las olas de calor extremo y el aumento de casos de dengue obligaron a reformular la propuesta. Desde la coordinación se decidió trasladar las actividades al interior del centro de salud y transformar el espacio de caminatas en un taller de tejido. Esta modificación produjo un aumento significativo de la participación y permitió consolidar un grupo estable de ocho mujeres que asistían semanalmente. No obstante, ya en primavera, el intento de retomar las actividades al aire libre, sumado al inminente recambio anual de residentes y coordinadoras, generó movimientos que impactaron fuertemente sobre la grupalidad. Hacia fin de año la asistencia disminuyó notablemente, imposibilitando incluso la realización de la instancia de evaluación participativa. Lejos de interpretar este desenlace como un fracaso lineal de la intervención, el devenir del dispositivo permitió visibilizar tensiones estructurales profundamente significativas para repensar las prácticas sociocomunitarias en el primer nivel de atención.

Fricciones en el campo: nudos críticos de una experiencia situada.

La dificultad para sostener una consolidación estable del grupo no obedece a una lógica técnica o metodológica. Por el contrario, funcionó como un emergente institucional capaz de poner en evidencia múltiples tensiones entre la propuesta institucional y las complejidades concretas que atraviesan las trayectorias de vida de las usuarias. A partir de esta sistematización se identifican tres núcleos problemáticos centrales:

1. Sufrimiento subjetivo y vacíos institucionales

Durante el segundo semestre, el ingreso de nuevas participantes modificó significativamente la dinámica grupal. Varias de estas mujeres comenzaron a ocupar gran parte del espacio de la palabra a partir de relatos atravesados por duelos no elaborados, experiencias traumáticas y situaciones de profunda vulnerabilidad psicosocial. Como coordinadora advertí que esta irrupción del sufrimiento subjetivo alteró el equilibrio vincular que sostenía al grupo inicial, cuyas integrantes valoraban especialmente el espacio como un momento de distensión, encuentro y desconexión respecto de sus preocupaciones cotidianas. Comenzaron a aparecer silencios, incomodidades y tensiones no explicitadas que derivaron en el alejamiento de algunas de las participantes “históricas”.

Esta situación permitió evidenciar una problemática estructural: la insuficiencia de dispositivos específicos de salud mental orientados a personas mayores dentro del primer nivel de atención. Frente a esta ausencia, los espacios sociocomunitarios terminan absorbiendo demandas de escucha y contención subjetiva para las cuales muchas veces no fueron pensados originalmente.

En este sentido, el dispositivo grupal se vio obligado a dar lugar a padecimientos complejos sin contar siempre con herramientas institucionales suficientes para su abordaje. La experiencia mostró que la promoción de la participación comunitaria no puede sostenerse desconociendo las múltiples formas de sufrimiento que atraviesan las biografías de las usuarias.

2. Tensiones en torno a las caminatas y el espacio de tejido.

La fluidez y la fuerte adherencia que las usuarias demostraron frente al espacio de tejido dentro de las instalaciones del centro de salud contrastó significativamente con las resistencias operativas que emergieron al proponer salidas al exterior. Hacia la primavera, buscando diversificar la propuesta, se decidió implementar un esquema mixto, alternando los encuentros: una semana dedicada al tejido y la siguiente a las caminatas al aire libre. Sin embargo, esta dinámica rotativa -sumado a las modificaciones de último momento obligadas por cuestiones climáticas- exigió realizar una lectura analítica atravesada por una profunda perspectiva de género y corporalidad.

El tejido constituye un saber históricamente asociado al ámbito doméstico y feminizado de las tareas de cuidado. No obstante, al trasladarse al espacio público e institucional del CeSAC, la práctica se resignificó, dejando de ser una tarea solitaria para transformarse en un soporte de encuentro y producción de lazo entre mujeres. Tejer en ronda dentro del centro de salud habilitó la circulación de la palabra, la construcción de confianza y la recuperación compartida de memorias y experiencias cotidianas.

Por el contrario, la propuesta de las caminatas confrontaba de manera directa con las realidades materiales del envejecimiento. Los dolores crónicos, las dificultades en la movilidad y los padecimientos osteoarticulares comenzaron a operar como barreras biológicas concretas para sostener la participación de manera equitativa. Lo que desde la planificación preventiva aparecía como una propuesta saludable y accesible, terminaba generando experiencias de frustración, asimetría o exclusión en el grupo.

A esta dimensión corporal se le sumaron obstáculos vinculados a la accesibilidad comunicacional. En el esquema alternado, con repentinos cambios de cronograma por lluvia o calor extremo, fueron frecuentes los desencuentros entre las expectativas de las usuarias y la actividad efectiva del día. A pesar de administrar activamente un grupo de WhatsApp informando de manera reiterada las modificaciones, algunas mujeres asistían esperando encontrarse con la seguridad y el reposo del espacio de tejido y, al anoticiarse de que la jornada consistía en una salida al parque, optaban por retirarse. Estas situaciones permitieron advertir que la mera digitalización de la comunicación no garantiza una accesibilidad real para las personas mayores. Asimismo, evidencian que las modificaciones operativas —incluso cuando responden a factores como el clima— impactan en la previsibilidad del encuadre, que es el elemento clave para sostener la confianza y la continuidad en la participación comunitaria.

3. La discontinuidad institucional: tiempos burocráticos y tiempos vinculares

Otro de los factores que incidió con fuerza en la desarticulación del dispositivo fue el recambio anual de coordinadoras, producto del sistema de residencias. Se pudo advertir que la construcción de confianza y sentido de pertenencia en grupos de personas mayores requiere tiempos lentos, sostenidos y profundamente vinculares. Sin embargo, esos tiempos subjetivos colisionan permanentemente con las lógicas institucionales atravesadas por la urgencia, la rotación de profesionales y la discontinuidad programática.

La necesidad de que las usuarias reconstruyeran vínculos con nuevas coordinadoras generó movimientos afectivos difíciles de sostener. En este sentido, la rotación institucional operó como una forma de discontinuidad que impactó directamente sobre la estabilidad del dispositivo y sobre la posibilidad de consolidar procesos comunitarios de largo plazo.

Consideraciones finales

La sistematización de esta experiencia interpela profundamente ciertos modos tradicionales de evaluar las intervenciones comunitarias en salud. La dificultad para sostener una asistencia masiva o una consolidación estable del grupo no puede ser leída automáticamente como indicador de fracaso profesional. Por el contrario, esta experiencia obliga a cuestionar las lógicas burocráticas que reducen el impacto de los dispositivos grupales a métricas cuantitativas de permanencia o adherencia. En muchas ocasiones, los encuentros fugaces, los intercambios contingentes y las redes afectivas parciales producen efectos subjetivos y comunitarios imposibles de capturar desde indicadores tradicionales.

En este sentido, resulta necesario reivindicar la potencia política y clínica de la cotidianeidad. Sostener espacios de escucha, conversación y encuentro para personas mayores en contextos de fragmentación social constituye, en sí mismo, una intervención significativa.

A partir de los nudos críticos identificados durante este proceso, surgen algunos lineamientos para repensar futuras intervenciones gerontológicas desde el Trabajo Social:

- Fortalecer instancias de recepción individual previas a la incorporación al espacio grupal, para construir diagnósticos situados sobre las demandas, expectativas y necesidades de las usuarias.
- Diseñar transiciones institucionales frente al recambio de residentes y coordinadoras, favoreciendo períodos de coexistencia entre equipos salientes y entrantes.
- Sostener dispositivos metodológicamente flexibles, capaces de adaptarse a las fluctuaciones físicas, emocionales y vinculares propias de las trayectorias de envejecimiento.
- Incorporar una perspectiva de género que reconozca el potencial de determinadas prácticas históricamente feminizadas —como el tejido— para favorecer la circulación de la palabra y el fortalecimiento del lazo social.

Alojar las vejeces en el sistema público de salud implica reconocerlas en toda su complejidad histórica, política y afectiva. Desde el Trabajo Social, el desafío ético es propiciar la construcción de espacios capaces de interpelar las lógicas de inmediatez institucional, comprendiendo que los procesos comunitarios rara vez son lineales, estables o definitivos, pero que en cada uno de sus intentos se juega la posibilidad de producir formas más humanas y colectivas de habitar la salud y la longevidad.

Bibliografía

- Alvarado García, A. M. y Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
- Balloni Aguilar, M. & Magnoli, M. (2023). Pensar(nos) en lo grupal: Potencias de los dispositivos grupales y aportes desde la intervención del Trabajo Social. Propuestas desde una contra pedagogía de la crueldad. *Plaza Pública. Revista de Trabajo Social*, 15(28), 191-200
<https://ojs2.fch.unicen.edu.ar/ojs-3.1.0/index.php/plaza-publica/article/view/1726/1585>
- Golpe, L. (2011). *Las vejeces: memoria generacional y trayectorias vitales de otredad*. En J. Yuni (Comp.), *La vejez en el curso de la vida* (pp. 103-131). Encuentro Grupo Editor.
- Kalache, A. (2015). El marco político del envejecimiento activo como respuesta a la revolución de la longevidad. En M. Paola et al. (Comp.), *Más mayores, más derechos. Diálogos interdisciplinarios sobre vejez*. EDULP
<https://libros.unlp.edu.ar/index.php/unlp/catalog/view/441/407/1470-1>
- Ludi, M. (2011). Envejecer en el actual contexto. Problemáticas y desafíos. *Cátedra Paralela*, (9), 33-47. <https://catedraparalela.unr.edu.ar/index.php/revista/article/view/122/101>
- Testa, M. (1996). *Atención ¿primaria o primitiva de la salud?* Lugar Editorial, Buenos Aires.

Yuni, J. A. & Urbano, C. A. (2008). *Envejecimiento y género: perspectivas teóricas y aproximaciones al envejecimiento femenino*. *Revista Argentina de Sociología*, 6(10), 151–169. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26961011>

Fuentes documentales

Dirección General de Estadística y Censos (2021). *Buenos Aires en números 2021*. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2021/10/2021_08_buenosaires_en_numeros.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) (2022). *Censo nacional de población, hogares y viviendas 2022: Resultados provisionales*. Ministerio de Economía de la Nación. https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/cnphv2022_resultados_provisionales.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) (2012). *Encuesta nacional sobre calidad de vida de adultos mayores (ENCaViAM): Principales resultados*. Ministerio de Economía de la Nación. <https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/encaviam.pdf>

Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2020). *Análisis de situación de salud (ASIS) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires – Año 2020*. GCBA. <https://static.buenosaires.gob.ar/sites/default/files/2023-02/ASIS%202020.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2020). *La década del envejecimiento saludable en las Américas (2021-2030)*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-americas-2021-2030>