



Abordajes comunitarios en salud: Reflexiones a partir de una experiencia profesional en Madrid.

Manuela Sotto ¹, Lucía Manzo ², Mariana Andrea Rebecchi ³

Fecha de recepción: 05/2026

Fecha de aceptación: 07/2026

Contacto: Manuela Sotto

RESUMEN: *El artículo reflexiona sobre una experiencia de rotación de la Residencia de Trabajo Social en Centros Municipales de Salud Comunitaria de Madrid Salud, comparándola con prácticas del primer nivel de atención de CABA. A partir de la sistematización de la experiencia, analiza las modalidades de intervención, el rol del Estado y las estrategias de promoción y prevención de la salud en ambos contextos. Concluye que las condiciones institucionales condicionan las intervenciones profesionales y destaca tanto la importancia de contar con recursos adecuados como la capacidad de los equipos territoriales para garantizar derechos en escenarios complejos.*

PALABRAS CLAVES: *Atención Primaria de la Salud - Madrid Salud - CABA.*

KEYWORDS: *Primary health care - Madrid Health - CABA.*

¹ Lic. en Trabajo Social (UNLP). Residencia de Trabajo Social en Salud, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, CABA.

² Lic. en Trabajo Social (UBA). Residencia de Trabajo Social en Salud, Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú, CABA.

³ Lic. en Trabajo Social (UBA). Residencia de Trabajo Social en Salud, Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde, CABA.

Introducción

El presente artículo recupera una experiencia de formación profesional desarrollada en un contexto institucional específico y en un período acotado, con el objetivo de reflexionar sobre el abordaje de la salud comunitaria en los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) de CABA y en CMSc de Madrid, España.

Resulta importante señalar que los aportes desarrollados no pretenden constituirse como afirmaciones generalizadas ni como caracterizaciones cerradas sobre el ejercicio profesional en ambos países. Las reflexiones presentadas emergen de una experiencia situada, atravesada por coordenadas institucionales, históricas, sociales y subjetivas vinculadas a una rotación concreta realizada en el 2025. En este sentido, el artículo busca abrir interrogantes y promover una lectura crítica antes que arribar a conclusiones definitivas.

En los últimos años, la salud comunitaria ha adquirido mayor relevancia en las agendas públicas a partir del reconocimiento de los determinantes sociales de la salud y de la necesidad de fortalecer el trabajo territorial. En este marco, los dispositivos comunitarios se constituyen como espacios privilegiados para pensar intervenciones interdisciplinarias orientadas no sólo a la atención de la enfermedad, sino también a la construcción colectiva de condiciones de vida saludables con la participación activa de la población. Sin embargo, las posibilidades concretas de desarrollar estos abordajes se encuentran atravesadas por los modelos de organización sanitaria y el lugar que ocupa el Estado en la garantía de derechos.

A partir del recorrido realizado en los CMSc, surgen diversos interrogantes: ¿qué condiciones institucionales posibilitan el sostenimiento de prácticas preventivas?, ¿cómo se organizan estas estrategias en contextos con mayores niveles de inversión pública en salud comunitaria?, ¿qué reflexiones aporta la comparación con las modalidades de intervención desarrolladas en el primer nivel de atención de CABA?

Esta experiencia permitió observar dos realidades institucionales atravesadas por diferencias estructurales. Mientras Madrid Salud dispone de dispositivos específicos orientados al desarrollo de estrategias de promoción y prevención en salud, en CABA gran parte de las intervenciones comunitarias se implementan en contextos atravesados por la urgencia asistencial, la sobrecarga institucional y la precarización de las condiciones de vida.

En este sentido, el artículo se propone reflexionar sobre las tensiones, potencialidades y desafíos de ambos modelos, recuperando los aprendizajes construidos a partir de una lectura comparada de las prácticas profesionales y de las condiciones materiales que las hacen posibles.

Breve caracterización de los CMSc

Este trabajo retoma el concepto de salud comunitaria desarrollado por Segura del Pozo (2023), quien plantea que la misma se interesa por las dinámicas del proceso salud-enfermedad en un territorio determinado, por los modos en que los problemas y oportunidades de salud se encuentran social y ambientalmente condicionados y por las acciones necesarias para mejorar, promover y proteger la salud colectiva, procurando el mayor protagonismo posible de la propia comunidad. Señala que la salud comunitaria constituye no sólo un concepto, sino también una orientación, un área de trabajo y un modo de acción dentro del campo de la salud colectiva, cuyas características específicas se vinculan especialmente con la territorialidad y el enfoque participativo.

En este marco se inscriben los CMSc, que constituyen espacios específicamente orientados a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el abordaje de los determinantes sociales desde una perspectiva comunitaria.

A diferencia de los efectores del primer nivel de atención de CABA, cuya dinámica cotidiana suele encontrarse atravesada por la atención de demanda espontánea y situaciones urgentes, los CMSc funcionan casi exclusivamente a través de programas y actividades planificadas, grupales, territoriales e interinstitucionales, con escasa atención asistencial inmediata.

Sus equipos de trabajo están conformados por profesionales de diversas disciplinas (medicina, enfermería, trabajo social, educación social, psicología, pediatría y ginecología) que desarrollan intervenciones individuales, grupales y comunitarias orientadas a problemáticas como salud mental, envejecimiento activo, desigualdades sociales, alimentación saludable, tabaquismo, soledad no deseada y acompañamiento en situaciones de duelo.⁴ De este modo, logran sostener estrategias preventivas y comunitarias con cierta estabilidad institucional y planificación en el tiempo.

⁴ Estas problemáticas son abordadas mediante programas y dispositivos específicos de Madrid Salud.



Entre la asistencia y la prevención: desafíos para la salud comunitaria

La experiencia desarrollada en los dispositivos mencionados nos permitió no sólo conocer modalidades de intervención profesional distintas a las de Argentina, sino también interrogar(nos) acerca las propias prácticas, las formas institucionales de producir cuidado y los sentidos que adquiere el Trabajo Social en otro contexto social y político. Más que propiciar una comparación lineal entre sistemas, abrió nuevos interrogantes en torno al lugar que ocupa la prevención y la promoción de la salud en nuestra práctica profesional, así como respecto de las posibilidades concretas de incorporar estas dimensiones en contextos atravesados por demandas asistenciales urgentes y crecientes.

Previo a desarrollar las reflexiones, consideramos pertinente destacar uno de los aspectos más significativos de la experiencia: la existencia de dispositivos orientados específicamente a la promoción y prevención de la salud. Estos espacios se estructuran desde una lógica anticipatoria. Su objetivo principal radica en prevenir enfermedades, fortalecer hábitos saludables y construir estrategias comunitarias de cuidado antes de la aparición del padecimiento. En otras palabras, se orientan a evitar que la población enferme. Esta perspectiva habilita una concepción de la salud entendida no sólo como ausencia de enfermedad, sino como una construcción cotidiana, colectiva e integral.

A diferencia de los CeSAC, donde las intervenciones suelen organizarse en torno a demandas vinculadas a las condiciones materiales de vida -como el acceso a la medicación o las problemáticas habitacionales-, lo que muchas veces dificulta la sostenibilidad de dispositivos grupales, los CMSc se estructuran en torno a dispositivos planificados, grupales, territoriales e interinstitucionales, con menor presencia de atención asistencial inmediata.

Sin embargo, incluso en el marco de propuestas centradas en la prevención y la promoción, se hicieron presentes tensiones asociadas a las desigualdades sociales que atraviesan las condiciones de vida de la población. Algunos programas, particularmente aquellos vinculados con la alimentación saludable, parecían estar orientados a sectores medios con posibilidades materiales concretas de sostener determinados consumos y estilos de vida. Esto nos llevó a preguntarnos cómo diseñar estrategias preventivas que no solo informen sobre hábitos saludables, sino que dialoguen de manera efectiva con las condiciones materiales de vida de quienes atraviesan situaciones de pobreza o dependen de comedores comunitarios para garantizar su alimentación cotidiana.

Pensar la prevención también implica interrogarse sobre quiénes pueden efectivamente prevenir y en qué condiciones esto es posible.

Por otro lado, aparecieron limitaciones y diferencias relevantes en relación con el ejercicio profesional. A partir del análisis realizado, se observa que el Trabajo Social en los CMSc conserva un carácter asistencial y administrativo. Las intervenciones de carácter individual se orientan principalmente a la evaluación socioeconómica, la gestión de recursos y la acreditación administrativa de situaciones de vulnerabilidad.

Las entrevistas tendían a centrarse en dichos aspectos puntuales, sin profundizar en dimensiones más integrales de la vida de las personas usuarias ni habilitar, en muchos casos, la emergencia de problemáticas más complejas o sensibles. No obstante, esta modalidad puede comprenderse en relación con el perfil institucional del dispositivo, orientado principalmente a acciones de prevención y promoción de la salud, lo cual condiciona tiempos y objetivos de intervención más acotados. En contraste, en los CeSAC se identifican entrevistas con un abordaje más integral y una mayor profundidad en la indagación e intervención en las trayectorias y problemáticas de las personas atendidas.

Si bien tanto en Madrid como en CABA los discursos sanitarios recuperan la importancia de la Atención Primaria de la Salud (APS) y del abordaje de los determinantes sociales, las condiciones materiales en las que transcurren las intervenciones producen diferencias respecto de aquello que efectivamente puede ser trabajado con las poblaciones. Los CeSAC visibilizan las tensiones que emergen cuando el trabajo se desarrolla en contextos de alta precarización de la vida. Las demandas por acceso a la medicación, alimentación, vivienda, consumos problemáticos, violencias, entre otras, adquieren centralidad y condicionan la posibilidad de sostener estrategias preventivas o de promoción de la salud frente a la necesidad de responder a situaciones críticas.

Al convivir la asistencia, la prevención y la promoción en un mismo dispositivo, se produce una tensión constante por la distribución de los tiempos de trabajo. En esta dinámica, la necesidad de dar respuesta a la demanda asistencial cotidiana termina absorbiendo la agenda de los equipos, condicionando fuertemente la posibilidad de planificar y sostener estrategias preventivas a largo plazo.

En este sentido, las políticas de promoción de la salud requieren una lectura situada para no volverse abstractas. Abordajes valiosos que realiza el CMSc en relación al envejecimiento activo y saludable o el bienestar emocional, encontraría límites concretos en el contexto de



CABA en situaciones donde las necesidades básicas no están garantizadas. Reconocer esto no invalida dichas intervenciones, sino que exige repensar las estrategias de cuidado desde la realidad material de los territorios, asumiendo que su viabilidad está estrechamente ligada a las condiciones socioeconómicas e institucionales. Esta tensión atraviesa directamente las prácticas profesionales: mientras algunos dispositivos permiten planificar intervenciones comunitarias sostenidas en el tiempo, otros escenarios exigen modalidades de trabajo más flexibles, centradas en la construcción de accesibilidad y en la resolución inmediata de la demanda cotidiana.

Frente a estos escenarios, muchas intervenciones profesionales en CABA se sostienen desde prácticas **“artesanales”**: estrategias construidas cotidianamente desde la creatividad, los vínculos, la lectura situada del territorio y la capacidad de los equipos para responder donde las políticas públicas resultan insuficientes. Sin embargo, reconocer esta dimensión no supone desconocer las condiciones estructurales que la producen. Si bien estas estrategias evidencian la capacidad creativa y el compromiso ético-político de los equipos, la creatividad no puede constituirse en sustituto de políticas públicas integrales ni de derechos garantizados institucionalmente. El esfuerzo individual de los profesionales no debería transformarse en una condición necesaria para sostener sistemas desfinanciados.

En este sentido, pensar seriamente la promoción y prevención de la salud requiere necesariamente de un Estado presente. No alcanza con discursos institucionales o marcos normativos que enuncien la centralidad de la salud comunitaria si las condiciones materiales de trabajo obstaculizan su concreción. Hablar de prevención implica destinar presupuesto, fortalecer dispositivos territoriales, ampliar equipos interdisciplinarios y garantizar tiempos institucionales reales para el trabajo comunitario. Resulta contradictorio sostener discursivamente la importancia del abordaje territorial mientras, simultáneamente, se exige una productividad cada vez mayor dentro del consultorio, reduciendo las intervenciones a la atención individual y a la resolución inmediata de la demanda. La salud comunitaria exige territorialidad, tiempo institucional para la construcción de vínculos, espacios colectivos de participación y posibilidades concretas de conocer las condiciones en las que las personas viven, enferman y sostienen su cotidianeidad. Sin estas condiciones, la promoción y la prevención corren el riesgo de convertirse en consignas difíciles de materializar en la práctica profesional.

Salud comunitaria: ¿universalidad o segmentación?

Nos interesa enfatizar en las representaciones sociales que pudimos observar que circulan en CABA sobre las instituciones públicas y a las poblaciones que participan de los dispositivos. Las propuestas grupales del sistema público suelen asociarse a sectores populares o poblaciones vulnerables, mientras que la participación de sectores medios resulta escasa, reforzando la idea de que la salud pública está destinada principalmente **“a los pobres”**. En este sentido, Testa (1996) diferencia entre **“atención primaria”** y **“atención primitiva”**, advirtiendo que, bajo determinadas lógicas políticas y económicas, la atención primaria puede vaciarse de su sentido integral para transformarse en una estrategia pauperizada destinada exclusivamente a sectores empobrecidos. Estas representaciones forman parte de procesos que segmentan el acceso y la calidad del cuidado.

Desde esta perspectiva, las representaciones que asocian lo público únicamente con la pobreza no son neutrales, sino que forman parte de procesos históricos y políticos que tienden a segmentar el acceso y las formas de cuidado dentro del sistema de salud.

Entendemos que estas construcciones simbólicas inciden tanto en quiénes participan de los espacios comunitarios como en las formas en que las instituciones organizan sus intervenciones, delimitan destinatarios y diseñan estrategias de abordaje. Así, la planificación de actividades comunitarias responde no sólo a criterios sanitarios o epidemiológicos, sino también a representaciones sociales sobre qué poblaciones son esperadas en estos dispositivos.

En contraste con estas dinámicas, la experiencia de rotación permite advertir ciertas diferencias en relación con el alcance y la construcción simbólica de las estrategias preventivas y comunitarias. En términos generales, las políticas y dispositivos de promoción y prevención de salud en los CMSc tienden a interpelar a la población en su conjunto, incluyendo de manera más amplia a sectores medios, lo que contribuye a disminuir la asociación exclusiva entre sistema público y pobreza. Desde esta perspectiva, las intervenciones preventivas no aparecen dirigidas únicamente a poblaciones consideradas vulnerables, sino que se inscriben dentro de una lógica de salud pública orientada al bienestar colectivo y a la construcción de hábitos saludables a nivel poblacional.

No obstante, resulta pertinente señalar que esta ampliación del alcance no garantiza, por sí sola, una perspectiva equitativa. En algunos programas madrileños se advierte el riesgo de construir propuestas universa-



listas estandarizadas. Cuando estas estrategias operan como protocolos rígidos que no contemplan las realidades materiales de existencia de los sectores más precarizados, pueden invisibilizar las barreras concretas que estas poblaciones enfrentan para sostener determinadas prácticas de cuidado. En este sentido, las políticas universales también pueden reproducir desigualdades si el trabajo cotidiano de los equipos no incorpora una mirada situada, capaz de adaptar las intervenciones a las diversas realidades y condiciones de vida de los sujetos.

Reflexiones finales

Este recorrido permitió evidenciar que las modalidades de intervención en salud comunitaria no dependen únicamente de los marcos teóricos o de las competencias profesionales, sino de manera decisiva de los modelos institucionales y de las formas en que el Estado organiza, financia y prioriza la salud. En este sentido, las prácticas no pueden ser comprendidas por fuera de las condiciones materiales y políticas que las hacen posibles.

La comparación entre los CMSc de Madrid y los efectores del primer nivel de atención en CABA permite observar que la posibilidad de sostener estrategias de promoción y prevención no constituye sólo una cuestión técnica u organizativa, sino una definición política sobre el alcance de la salud como derecho y sobre los sujetos a los que efectivamente se dirige.

En este marco, la tensión entre prevención planificada y urgencia asistencial no se presenta como una oposición simple ni superable, sino como una expresión de desigualdades estructurales que atraviesan los sistemas de salud. Mientras ciertos dispositivos logran consolidar agendas preventivas sostenidas en el tiempo, otros se ven interpelados cotidianamente por demandas urgentes vinculadas a condiciones materiales de vida que reconfiguran sus prioridades de intervención.

En síntesis, un abordaje integral de la salud comunitaria requiere la articulación de políticas públicas con financiamiento suficiente para institucionalizar la promoción y la prevención, junto con prácticas profesionales capaces de sostener una lectura situada de las desigualdades sociales. Esta articulación implica, a su vez, reconocer que la creatividad de los equipos y las estrategias **“artesanales”** de intervención no pueden reemplazar la responsabilidad estatal en la garantía de derechos, sino que se inscriben como respuestas situadas frente a sus limitaciones.

Bibliografía

SEGURA DEL POZO, J. (2023). *Salud comunitaria: qué es y qué no es.* En: Tres Cantos: Ediciones Salud Pública y otras dudas.

TESTA, M. (1996). *Atención ¿primaria o primitiva? En: Pensar en salud.* Buenos Aires: Lugar Editorial.

ABORDAJES COMUNITARIOS EN SALUD

