



Debates Críticos

Revista Interdisciplinaria de Ciencias Sociales y de la Salud

ISSN 3072-7847

VOL 1
MAYO
2025



“Cuidar, resistir, transformar:
entre memorias y luchas colectivas”.

 UNIVERSIDAD NACIONAL
de MAR DEL PLATA

 Facultad de
Ciencias de la Salud
y Trabajo Social
Universidad Nacional de Mar del Plata

DC Debates Críticos

Revista Interdisciplinaria de Ciencias Sociales y de la Salud



“Cuidar, resistir, transformar :
entre memorias y luchas colectivas”

Fecha de presentación: 25/04/2025

Fecha de aceptación: 10/05/2025



Debates Críticos

Revista Interdisciplinaria de Ciencias Sociales y de la Salud

Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social – Universidad Nacional de Mar del Plata

Decana: Mg. Norma Peralta

Vicedecano a/c de Sec. De Posgrado: Dr. Manuel W. Mallardi

Secretaria Académica: Lic. Gabriela Elizabet Guerra

Secretaría de Investigación: Lic. Marisel Edit Donatti

Secretaria de Extensión: Esp. Abog. Ludmila Tamara Azcue

Secretaria de Políticas de Género: Lic. Sofía Arduoso

Secretaria de Consejo Académico: Esp. Gabriela Martí Velazquez

Secretaria de Coordinación: Esp. Emiliano Puyol

Director General Administrativo: Mariano Layral

Directora Departamento Pedagógico de Enfermería: Esp. Florencia Campanella

Directora Departamento Pedagógico de Terapia Ocupacional: Mg. María Julia Xífra

Directora Departamento Pedagógico de Trabajo Social: Mg. Marcela Patricia Moleda

Vol. I, Núm. I — Mayo 2025

ISSN 3072-7847

Dirección:

Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social / Universidad Nacional de Mar del Plata

Funes 3350 - 7600 - MAR DEL PLATA - Argentina

Mail: rev_debatescriticos@mdp.edu.ar

<https://revista.salud.mdp.edu.ar/index.php/dc>

La REVISTA DEBATES CRITICOS es una publicación semestral, dirigida a profesores, investigadores, estudiantes y público en general.



Esta obra está licenciada bajo CC BY-NC-SA 4.0. Para ver una copia de esta licencia, visite

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/> © 2

STAFF EDITORIAL

Directora:

Mg. Laura Paola Sánchez. Lic. en Enfermería (UNMDP). Diplomada en Administración Pública. (Escuela de Gobierno-UNMDP). Especialista en Docencia Universitaria (UNMDP). Mg. en Práctica Docente (UNR). Doctoranda en Educación (UNR). Docente de grado y posgrado. Prof. Adjunta de la asignatura Biología Humana y Salud y JTP de la asignatura Investigación en Enfermería de la Facultad de Cs. de la Salud y Trabajo Social- UNMDP. Investigadora en salud pública. Interventora del Servicio de Enfermería del Instituto Nacional de Epidemiología. Vocal de la Asociación Civil Argentina de Enfermería en Atención Primaria de la Salud.

Secretaría Técnica:

Lic. Jimena Verón. (Carrera de Licenciatura en Servicio Social). Esp. en Desarrollo Agroecológico urbano y rural (UNSAM). Maestranda en Estudios Sociales Agrarios (FLACSO). Docente de grado y posgrado. Prof. Adjunta en la asignatura Sociología urbana y rural (FCSyTS/UNMdP) y JTP en la asignatura Extensión Rural (FCA/UNMdP). Investigadora en el Grupo de Investigación Fundamentos, Formación y Trabajo de la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social.

Comité Editorial:

Dra. Gabriela Silvina Bru. Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires, Especialista en Docencia Universitaria y Licenciada en Servicio Social por la Universidad de Mar del Plata. Se desempeña como Docente investigadora en la Universidad Nacional de Mar del Plata. Sus temas de investigación se vinculan al campo de la salud mental desde las ciencias sociales.

Esp. María Alejandra Campisi. Lic en Terapia Ocupacional, Esp. en Bioética, Esp. en Docencia Universitaria (UNMDP). Prof. Adjunta en el área de investigación de la carrera Lic en Terapia Ocupacional, con asignación de funciones en las asignaturas Metodología de la Investigación I y Taller de Trabajo Final. Integrante del equipo de investigación Discapacidad, Ocupación y Contexto Social. Directora de Escuela de Educación Especial Asociación Manuel Belgrano (El Portal del Sol, Mar del Plata).

Lic. Ana Galvagni. Licenciada en Enfermería. Abogada. Profesora Adjunta de la asignatura Bases Fundamentales de Enfermería de la Facultad de Cs. de la Salud y Trabajo Social, UNMDP. Directora del Grupo de Extensión Crítica Feminista de la Facultad de Cs. de la Salud y Trabajo Social, UNMDP. Consejera Departamental y Académica en la FCSyTS, UNMDP.

Esp. Claudia Ana Máspero. Lic Enfermería (UNMDP) - Posgrado en Salud Social y Comunitaria (UBA) - Esp en Docencia Universitaria (UNMDP) - Esp en Control de Infecciones y Epidemiología - Diplomada en Seguridad del Pte y atención centrada en la Persona - Prof Titular Reg asignatura Prevención de Infecciones asociadas a los Cuidados de la Salud (UNMDP) - Prof Titular Reg asignatura Epidemiología Social y Comunitaria (UNMDP).

Esp. Yanina Roldán. (Carrera de Trabajo Social) Licenciada en Servicio Social (UNMDP). Especialista en Métodos y Técnicas de Investigación Social (CLACSO). Maestranda en Políticas Sociales y

Doctoranda en Trabajo Social (UNMDP). Becaria de Investigación tipo B (UNMDP). Docente de grado en la Lic. en Trabajo Social (FCSyTS-UNMDP). Integrante del Grupo de Investigación Problemáticas Socioculturales. Sus líneas de investigación giran en torno a: políticas públicas, feminismos situados, intervención social y formación en Trabajo Social.

Mg. María Julia Xifra. Lic. en Terapia Ocupacional. Mg en Psicogerontología y Espec. Docencia Universitaria. Profesora Titular de la Asignatura Metodología de la investigación I (Lic. en Terapia Ocupacional) de la Facultad de Cs. de la Salud y Trabajo Social, UNMDP. Docente de Grado y posgrado. Directora del Proyecto de Investigación Vejez, feminismos y territorios. Grupo de Estudio de las Vejez: Gerontología Crítica y Feminista (OCA N° 222/24).

Comité Asesor:

Dra. Valeria María Leonora Alonso

Dra. Edecia Muriel Ojeda Barrientos

Dra. Fiorella Cademartori

Dra. María Ana Kitlain

Lic. María Mónica Lázzaro

Dra. Liliana Madrid

Dr. Manuel W. Mallardi

Dra. Laura Massa

Dra. Ana Nuñez

Mg. Liliana Paganizzi

Mg. Mariel Pellegrini

Esp. Silvia Noemí Polinelli

Dra. Carla Regina Silva

T.O. María Carlota Griselda Vega

Equipo Técnico FCSyTS:

Departamento de Servicios

Informáticos:

Edgardo Damían Emiliano. Encargado de la instalación y mantenimiento del sistema OJS.

Tec. Mauro Franssen. Encargado de la instalación y mantenimiento del sistema OJS.

Biblioteca:

Bib. Doc. Lara Salas Ané. Participación prevista en la gestión de maquetación, metadatos, normalización, DOI y carga en repositorios institucionales.

Diseño:

Dg. Leonardo Agustín Peluffo. Programa de Comunicación Institucional.

CARTA EDITORIAL

Presentamos con profundo entusiasmo este primer número de Debates Críticos, una revista científica de acceso abierto que nace en el seno de la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata, como resultado de un proceso colectivo de construcción, debate y compromiso.

Este proyecto editorial surge de la necesidad de contar con un espacio propio para alojar voces críticas, saberes situados y experiencias académicas, territoriales y profesionales que no siempre encuentran lugar en los circuitos tradicionales de publicación científica. Debates Críticos es más que una revista: es una apuesta por abrir caminos para pensar, tensionar e imaginar otras formas de producir conocimiento en diálogo con los desafíos urgentes de nuestro tiempo.

Nuestro equipo editorial se posiciona desde una ética de la responsabilidad colectiva, el acceso abierto, la equidad epistémica y la horizontalidad en la producción de sentidos. Apostamos por una revista que permita habitar el mundo académico con otros lenguajes, otras prácticas y otras maneras de escribir y leer.

Objetivos del proyecto editorial:

- Fomentar el diálogo interdisciplinario en torno a la salud, el cuidado y los derechos;
- Visibilizar producciones que articulen investigación, docencia, intervención y extensión;
- Incorporar perspectivas de género, interseccionalidad y justicia social como lentes transversales;
- Fortalecer los vínculos entre la universidad y los territorios;
- Garantizar procesos editoriales cuidados, inclusivos y accesibles.
- Ejes temáticos que orientan esta publicación:
 - Salud y territorio: prácticas, disputas y políticas del cuidado;
 - Género e interseccionalidad en el campo de la salud y lo social;
 - Formación crítica y metodologías situadas en ciencias sociales y de la salud;
 - Extensión, intervención y memorias colectivas;
 - Neoliberalismo, derecho a la salud y resistencias en clave latinoamericana.

Este número inaugural reúne textos que dan cuenta de esos debates, desde la investigación, la experiencia territorial, la reflexión crítica y el pensamiento situado. Los artículos aquí publicados son el resultado de un trabajo cuidadoso de selección, lectura y acompañamiento, realizado en esta etapa fundacional sin revisión por pares ciegos, pero sí con lectura editorial colaborativa y asesoramiento académico.

Agradecemos profundamente a quienes confiaron sus producciones, al comité asesor por su respaldo generoso, al equipo de biblioteca y al diseñador por su compromiso con la maquetación, y a cada integrante del comité editorial que hizo posible esta primera edición.

Deseamos que Debates Críticos crezca como una herramienta de circulación, provocación y encuentro; un espacio donde podamos seguir pensando con otros, desde el Sur, desde los márgenes, desde los cuidados.

Con compromiso, entusiasmo y convicción colectiva,

Comité Editorial
Revista Debates Críticos
Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social
Universidad Nacional de Mar del Plata

CARTA DE LA DIRECTORA

Es con enorme alegría y sentido de responsabilidad que compartimos con ustedes el primer número de Debates Críticos, una revista que nace en el seno de la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata con la vocación de convertirse en un espacio de producción, circulación y encuentro de saberes diversos, situados y transformadores.

Este proyecto editorial surge del impulso colectivo por construir una publicación científica que dialogue de manera horizontal entre disciplinas, territorios, prácticas profesionales y activismos. Asumimos el desafío de promover debates que cuestionen las lógicas hegemónicas de producción de conocimiento, y que reconozcan en la intervención, la docencia, la investigación y la extensión universitaria formas legítimas y valiosas de crear sentidos en torno a la salud, el cuidado y la justicia social.

Desde su gestación, Debates Críticos se propuso recuperar memorias, experiencias y luchas que forman parte de nuestras comunidades académicas y territoriales. Por eso, elegimos un formato abierto, inclusivo y accesible, que respete los principios del acceso libre al conocimiento y abrace una política editorial con perspectiva de género, compromiso ético y cuidado en los procesos de revisión.

Este primer número reúne voces potentes que abren caminos para pensar la salud más allá de los discursos técnicos, integrando cuerpos, lenguajes, trayectorias y preguntas urgentes de nuestro tiempo. Agradezco profundamente a quienes confiaron sus producciones para esta edición inaugural, así como al comité editorial, asesor y técnico que con dedicación acompañó cada etapa del proceso.

Deseo que este número sea el inicio de una conversación que nos exceda, nos desplace y nos vincule. Que nos encuentre, una y otra vez, en la tarea de debatir críticamente el mundo para transformarlo.

Con entusiasmo, compromiso y gratitud,

Mg. Laura P. Sánchez
Directora – Revista Debates Críticos
Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social
Universidad Nacional de Mar del Plata

CARTA DE LA DECANA

Es un honor para mí acompañar, como Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata, la publicación del primer número de Debates Críticos, una revista que nace con el firme propósito de abrir un espacio de reflexión, producción académica y diálogo interdisciplinario comprometido con los desafíos actuales de la salud, el cuidado, los derechos y las políticas públicas.

Desde su concepción, esta revista se planteó como una plataforma abierta y colectiva, construida con el aporte de docentes, investigadores/as, estudiantes y trabajadores/as de la salud que día a día sostienen intervenciones transformadoras en los territorios. Su surgimiento responde a una necesidad sentida dentro de nuestra comunidad académica: contar con un medio editorial propio, con perspectiva crítica y enfoque situado, que visibilice saberes y prácticas que muchas veces han sido relegadas de los circuitos tradicionales de legitimación científica.

Celebramos que Debates Críticos represente la confluencia entre la extensión, la docencia y la investigación, y que promueva activamente la equidad epistémica, el acceso abierto y la inclusión de miradas plurales. Estas orientaciones dialogan directamente con los principios que guían el proyecto académico de nuestra Facultad y el compromiso institucional con la construcción de una universidad pública al servicio del pueblo.

Agradezco profundamente al equipo editorial por su trabajo sostenido y a quienes confiaron sus producciones para este primer número. Estoy segura de que esta revista será una herramienta clave para fortalecer redes, democratizar el conocimiento y contribuir a imaginar colectivamente otras formas de habitar y cuidar el mundo.

Con orgullo institucional y esperanza compartida,

Mg. Norma Peralta

Decana

Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social
Universidad Nacional de Mar del Plata

PRESENTACIÓN DEL PRIMER NÚMERO

Con inmensa alegría y compromiso compartimos con ustedes el primer número de *Debates Críticos*, revista interdisciplinaria de Ciencias Sociales y de la Salud de la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Esta publicación nace como una apuesta colectiva por alojar reflexiones, saberes, luchas y experiencias situadas, que interpelen los modos en que pensamos y practicamos el cuidado, la salud y los vínculos sociales en contextos complejos.

Con el título “*Cuidar, resistir, transformar: entre memorias y luchas colectivas*”, esta edición inaugural reúne contribuciones que desde diversas disciplinas, lenguajes y territorios, nos invitan a pensar el cuidado no solo como acción sanitaria, sino como una práctica profundamente política, ética y transformadora.

Los artículos que conforman este número dialogan entre sí en múltiples niveles. Desde un abordaje territorial, el trabajo de Valeria Alonso, Paula Romero y Laura Sánchez titulado “*Intersecciones de la discriminación en los territorios rurales del sudeste de la provincia de Buenos Aires*” indaga las condiciones de salud en zonas rurales, hilvanando experiencias comunitarias que resisten las múltiples formas de discriminación estructural. Esta preocupación por el derecho a la salud se entrelaza con la investigación de Edecia Muriel Ojeda, quien en “*Narrativas universitarias sobre salud mental*” explora las narrativas de jóvenes universitarios del sur argentino en torno a la salud mental, dando cuenta de las tensiones entre autonomía, autocuidado y condiciones institucionales.

Varias contribuciones fortalecen el eje del cuidado profesional: Laura Orosco, en “*El Proceso de Cuidados Enfermeros como estructura para la gestión de la información en Enfermería*”, propone una sistematización metodológica para la realización de registros Enfermeros y subraya la importancia de generar información propia de Enfermería para la toma de decisiones autónomas.; Samara Maria Ferreira dos Santos y Luiz Faustino dos Santos Maia presentan “*Prácticas de enfermería: desigualdad social y atención sanitaria*”, reflexionando sobre el rol de la enfermería frente a la exclusión y los determinantes sociales y Javier Isidro Rodríguez López y su equipo sistematizan en “*Efectividad de una intervención educativa ambiental en hospitales sustentables*” quienes presentan una experiencia educativa ambiental en hospitales sustentables, en clave formativa y transformadora.

Desde Chile, Ricardo Banda, Sofía Contreras, Javiera González, Benjamín Oyarzo y Fernanda Morales reflexionan en “*Intervención basada en ocupación: beneficios en el desempeño ocupacional desde la percepción de las personas que presentaron una lesión en extremidad superior*”, mientras que María Julia Xifra, Ana María Tiribelli y Manuela Stornini aportan “*Envejecimiento femenino, salud, participación social y desigualdades de género en contextos vulnerables*”, desde una mirada feminista y gerontológica crítica.

En el campo de los ensayos, Celia Iriart en “*Neoliberalismo y salud en Argentina: invitación a situar las luchas e inventar nuevos mundos*” interpela las políticas sanitarias neoliberales desde una genealogía situada. Nora Jacquier y Luisa Dos Santos, en “*Dinámicas vivenciales: un abordaje desde las prácticas de salud integrativa*”, abren un horizonte vivencial, neurocientífico y espiritual. Natalia Castrogiovanni, con “*Digitalización en salud: entre oportunidades y desigualdades*”, analiza críticamente la plataformización de la salud.

Por su parte, Daniela Testa y María Pozzio proponen en “*Por una razón poética feminista: Epistemologías otras para pensar la salud y el cuidado*” una lectura disruptiva de las formas de conocer

y narrar. Finalmente, Yolanda Guerra cierra este número con “*La dimensión técnico-operativa del ejercicio profesional del Trabajo Social*”, un ensayo que resignifica el lugar de la técnica en el trabajo social como acción crítica y situada.

Este primer número expresa el espíritu que nos impulsa: alojar voces que piensan desde el territorio, tender puentes entre saberes, prácticas y disciplinas, y contribuir a la construcción colectiva de sentidos en torno al cuidado y la salud. Esperamos que estas páginas recorran aulas, centros de salud, equipos de investigación, comunidades y territorios. Y que esta publicación sea, ante todo, una invitación a seguir pensando en colectivo.

Mg. Laura Paola Sánchez

Directora de la Rev. Revista Debates Críticos
Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social – UNMDP

ÍNDICE

Staff Editorial	2
Carta Editorial	4
Carta de la Directora	5
Carta de la Decana	6
Presentación del Primer Número	7
Índice	9
Artículos	11
<i>Intersecciones de la discriminación en los territorios rurales del sudeste de la provincia de Buenos Aires -</i>	12
Dra. Valeria Alonso; Mg. María Paula Romero; Mg. Laura Paola Sánchez	
<i>Narrativas universitarias sobre salud mental: explorando el autocontrol, actitud prosocial y autonomía en la comunidad universitaria de Río Gallegos 2023 -</i>	27
Dra. Edecia Muriel Ojeda	
<i>El Proceso de Cuidados Enfermeros como estructura para la gestión de la información en Enfermería -</i>	34
Esp. Laura Mabel Orosco	
<i>Prácticas de enfermería: desigualdad social y atención sanitaria -</i>	43
Est. Samara María Ferreira dos Santos; Mg. Luiz Faustino dos Santos Maia	
<i>Efectividad de una intervención educativa ambiental en hospitales sustentables en estudiantes y pasantes de enfermería del centro de México -</i>	48
Dr. Javier Isidro Rodríguez López; Dr. José Manuel Herrera Paredes; Dra. Elizabeth Guzmán Ortiz; Dra. Juliana Graciela Vestena Zillmer	
<i>Intervención basada en ocupación: beneficios en el desempeño ocupacional desde la percepción de las personas que presentaron una lesión en extremidad superior -</i>	61
Mg. Ricardo Banda Rahab; T.O. Sofía Contreras; T.O. Javiera González; T.O. Benjamín Oyarzo; T.O. Fernanda Morales	
<i>Envejecimiento femenino, salud, participación social y desigualdades de género en contextos vulnerables -</i>	68
Mg. María Julia Xifra; Lic. Ana María Tiribelli; Lic. Manuela Stornini	

Ensayos	77
<i>Neoliberalismo y salud en Argentina: invitación a situar las luchas e inventar nuevos mundos</i>	78
- Dra. Celia Iriart	
<i>Dinámicas vivenciales: un abordaje desde las prácticas de salud integrativa -</i>	94
Mg. Nora Jacquier; Mg. Luisa Dos Santos	
<i>Digitalización en salud: entre oportunidades y desigualdades -</i>	107
Mg. Natalia Castrogiovanni	
<i>Por una razón poética feminista -</i>	121
Dra. Daniela Testa; Dra. María Pozzio	
<i>La dimensión técnico-operativa del ejercicio profesional Trabajo Social -</i>	134
Dra. Yolanda Guerra	

ARTÍCULOS

INTERSECCIONES DE LA DISCRIMINACIÓN EN LOS TERRITORIOS RURALES DEL SUDESTE DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

INTERSECTIONS OF DISCRIMINATION IN THE RURAL TERRITORIES OF THE SOUTHEAST OF THE PROVINCE OF BUENOS AIRES

Dra. Valeria Alonso

Instituto Nacional de Epidemiología-Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud/
Universidad Nacional de Mar del Plata
valeria.alonso@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-5080-8986>

Mg. Paula Mercedes Romero

Instituto Nacional de Epidemiología-Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud/
CONICET/Universidad Nacional de Mar del Plata
paulamercedesromero@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-7302-771X>

Mg. Laura Paola Sánchez

Instituto Nacional de Epidemiología-Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud/
Universidad Nacional de Mar del Plata
lpsanchez@anlis.gob.ar
<https://orcid.org/0000-0003-0498-4855>

Fecha de presentación: 25/03/2025

Fecha de aceptación: 10/05/2025

Resumen

Las dinámicas de la discriminación étnica, de clase, género y generación conllevan consecuencias en el proceso de salud, enfermedad, atención y cuidados de las comunidades rurales. Con el objetivo de analizar sus implicancias en el derecho a la salud de las mujeres, niñas, niños y adolescentes de los territorios rurales del sudeste de la provincia de Buenos Aires, Argentina, adoptamos una metodología cualitativa de enfoque etnográfico colaborativo. Realizamos entrevistas en profundidad, observación participante y cartografías sociales de las estrategias comunitarias de cuidado de la salud con referentes de organizaciones sociales y redes comunitarias de los barrios rurales que circundan la localidad de Batán durante los años 2023 y 2024. Como resultado, emergieron condiciones de discriminación y demandas de visibilización que resitúan el derecho a la salud en el marco de los derechos humanos al hábitat, la alimentación, la no discriminación y recreación como condiciones constitutivas de los procesos de salud y enfermedad. Concluimos que la discriminación y la vulneración de derechos en salud no son manifestaciones aisladas, sino que forman parte del complejo histórico de violencia estructural que caracteriza a las sociedades coloniales. La cartografía social permite acercar actores de la comunidad y el sector salud para articular las acciones de cuidado, incorporar el enfoque de derechos, visibilizar la violencia de género y la discriminación.

Palabras clave: Discriminación social, Género y salud, Medio rural.

Abstract

The dynamics of ethnic, class, gender, and generational discrimination have consequences for the health, illness, care, and caregiving processes of rural communities. To analyze their implications for the right to health of women, children, and adolescents in rural territories in the southeast of the province of Buenos Aires, Argentina, we adopted a qualitative methodology with a collaborative ethnographic approach. We conducted in-depth interviews, participant observation, and social mapping of community health care strategies with representatives of social organizations and community networks in rural neighborhoods surrounding the town of Batán during the years 2023 and 2024. As a result, conditions of discrimination and demands for visibility emerged that reposition the right to health within the framework of the human rights to habitat, food, non-discrimination, and recreation as constitutive conditions of health and disease processes. We conclude that discrimination and the violation of health rights are not isolated manifestations, but rather part of the historical complex of structural violence that characterizes colonial societies. Social mapping brings together community and health sector actors to coordinate care actions, incorporate a rights-based approach, and highlight gender-based violence and discrimination.

Keywords: Social discrimination, Gender and health, Rural areas.

I- Introducción

En reiteradas oportunidades, conversando con profesionales de salud de las zonas rurales del sudeste de la provincia de Buenos Aires, nos han afirmado que las comunidades migrantes que habitan y trabajan en las quintas “traen” rasgos culturales propios de su país de origen que naturalizan hechos dramáticos como las relaciones incestuosas, el consumo de alcohol y la violencia de género. Esta conceptualización de la naturalización cultural perfila un obstáculo para intervenir desde la salud pública en ciertas problemáticas que al ser naturalizadas escapan a las posibilidades de su revisión. Pero especialmente genera una inhibición de la posibilidad de escucha de las particularidades étnicas de las familias migrantes, así como de sus condiciones actuales de vida y trabajo, puesto que se cristalizan unas formas presupuestas en un imaginario de la otredad cultural que no se interroga por la procedencia, la identidad, la lengua, las redes de parentesco y el desarraigo.

Estas observaciones tienen su correlato concreto en los estudios interculturales. Según Eduardo Menéndez (2006), aun cuando el concepto de interculturalidad se viene utilizando intensamente en América Latina desde la década de 1990 en antropología y especialmente en antropología de la salud, muchos estudios omiten que los contextos donde ocurren las relaciones interculturales no son homogéneos ni igualitarios, sino que están signados por las condiciones de dominación y explotación. Se concentran en los aspectos culturales de la diversidad y no estudian las relaciones raciales ni de clase. De esta manera se obvia el hecho de que las relaciones entre los grupos sociales están particularmente atravesadas por relaciones etnocéntricas, esto es aquellas que suponen la superioridad de un grupo, de origen criollo en nuestros territorios, sobre los otros, originarios o migrantes. Al respecto, Mariana Lorenzetti (2017) señala que la reducción de la vulnerabilidad a patrones culturales se desvincula de las dinámicas sociales, económicas y políticas y contribuye a reproducir la

subordinación de las comunidades indígenas en Argentina. Ello vuelve necesario explorar en profundidad las apropiaciones y sentidos del signifiante cultura, y sus efectos en las experiencias de salud y enfermedad en contextos locales, desde un enfoque etnográfico capaz de restituir la historicidad de las relaciones interétnicas.

En este artículo, nos preguntamos por las consecuencias que tienen las dinámicas de la discriminación en el proceso de salud, enfermedad, atención y cuidados de las mujeres, las infancias y adolescencias de las comunidades rurales que circundan la ciudad de Batán y conforman el cordón frutihortícola del partido de General Pueyrredón, junto a la Zona Oeste Rural de Mar del Plata. El trabajo forma parte del proyecto de investigación “Los efectos de la pandemia de covid-19: estrategias comunitarias y derecho a la salud desde una perspectiva interseccional”, respaldado por la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación de Argentina a través de la convocatoria PICTO GÉNERO 2022. A partir del registro etnográfico de las estrategias comunitarias de cuidado de la salud desde la perspectiva de referentes sociales emergieron relaciones de discriminación en los territorios trabajados. Con el objetivo de analizar sus implicancias en el derecho a la salud de las mujeres, niñas, niños y adolescentes, en este trabajo analizamos el acceso a la justicia y la atención de salud de las mujeres y sus bebés, y el derecho a la recreación de las infancias y adolescencias, en contextos interétnicos con condiciones de vulneración social, habitacional, laboral y ambiental. Queremos desbordar la conceptualización de salud restrictiva a la atención biomédica y las relaciones entre los grupos sociales y los servicios de salud, y con ello, resituar el derecho a la salud en el marco de los derechos humanos al hábitat, la alimentación, la no discriminación y la recreación como condiciones constitutivas de los procesos de salud y enfermedad.

La discriminación es un fenómeno global que asume características particulares en los contextos locales. Según el Instituto Nacional contra la Discriminación, el Racismo y la Xenofobia de Argentina la discriminación es el acto de apartar a una persona y negar sus derechos en función de sus características físicas, de su condición de género, sus creencias

religiosas, su país de procedencia, su edad, orientación sexual, su situación socioeconómica o su pertenencia a un pueblo originario (INADI, 2013). En América Latina, la discriminación ha sido negada históricamente y hasta fines del siglo XX no logra la suficiente relevancia como para formar parte en las agendas de las políticas públicas de los países de la región, pese a la vigencia de la Declaración Universal de Derechos Humanos. En Argentina, Pablo De Grande et al. (2010) advierten que la discriminación se ha estudiado mayormente en su vinculación con desigualdades de clase social y las cuestiones de género, mientras que son escasos los estudios sobre la discriminación por motivos étnicos-fenotípicos, pese a que la construcción de la identidad nacional se asienta sobre un paradigma racial de la alteridad que resulta en la persecución de las comunidades indígenas y personas mestizas y afro. Ello configura un entramado social complejo donde se combina la segregación racial con desigualdades sociales, de género y económicas con expresiones xenofóbicas que repercuten principalmente en mujeres, niñas, niños y adolescentes migrantes.

Dada esa complejidad, el enfoque teórico de este trabajo se complementa con los aportes de la interseccionalidad, una perspectiva feminista situada que se preocupa por los niveles diferenciales que producen las desigualdades en salud en las que el género se analiza en sus intersecciones con la etnia, la clase social y la generación. Estas intersecciones son generadoras de lugares sociales, relaciones de poder, sistemas de discriminación y subordinación en los que las mujeres, niños, niñas y adolescentes viven las experiencias de salud y enfermedad (Couto et al., 2019). La etnia potencia las desigualdades de género y sociales que afectan a mujeres, niñas y adolescentes negras, indígenas y migrantes, las que por sus condiciones de vida, los territorios que habitan y su situación social y económica permanecen en desventaja (Crenshaw, 1991). Además, la discriminación perjudica la vida de las mujeres, niñas y adolescentes subalternizadas, ya que es un fenómeno que afecta distintas áreas de sus vidas e impacta negativamente en su salud y bienestar. Respecto de la discriminación socioeconómica, Asa Cristina Laurell (1982) advertía sobre la necesidad de analizar la enfermedad como un proceso social en el que

las condiciones de vida y las estructuras de poder influyen decisivamente en la salud de las personas. La pobreza y la exclusión no solo limitan el acceso a recursos esenciales, sino que también aumentan la vulnerabilidad frente a diversas formas de adversidad, creando un círculo vicioso difícil de romper. A criterio de Helena Hirata (2014) las desigualdades y las condiciones de precarización laboral tienen un pronunciado impacto en las mujeres, las que cargan mayormente con la responsabilidad de equilibrar asuntos laborales, las tareas de cuidado y domésticas mientras enfrentan desafíos adicionales que exacerbaban su situación de vulnerabilidad, especialmente en época de crisis.

Concretamente, en tiempos pandémicos, distintos estudios dan cuenta de la agudización de las desigualdades sociales en comunidades indígenas, mujeres migrantes, identidades travesti trans y sectores populares que evidencian situaciones de violencia, xenofobia, discriminación étnica racial y de género que juegan un papel significativo en la creación y perpetuación de desigualdades en América Latina (Mastrangelo, Hirsch y Demonte, 2022).

La pandemia de covid-19 acrecentó problemáticas ya existentes para grupos subalternos de mujeres migrantes, fundamentalmente en lo que respecta a la agudización de la violencia de género. Se entiende aquí por violencia de género al fenómeno complejo y multicausal que afecta a mujeres, niñas, niños y personas LGTBI y, en efecto, consiste en “aquella violencia que tiene como sustrato o es expresión del sostenimiento de los roles y estereotipos de género patriarcales” (Villarreal, 2022, p. 138) por lo que no se circunscribe solamente a la violencia hacia la mujer sino que se hace extensiva a todas aquellas personas que cuestionan y se revelan a las normas de género patriarcales.

Durante la pandemia, se observó una mayor exposición de las mujeres latinoamericanas hacia la violencia de género que, además, intersecciona con otras condiciones de desigualdad como son la pobreza, la etnia y la clase social. En efecto, a criterio de Flores (2023) la realidad es que al día de la fecha el sistema jurídico no está a la altura de las circunstancias y pese a los avances en la materia, el acceso a la justicia por situaciones de violencia de género en Argentina sigue siendo

burocrático y estigmatizante para las víctimas.

Otro fenómeno que se agudizó durante la pandemia corresponde a la crisis de los cuidados. Las tareas de cuidado son todas aquellas acciones indispensables para satisfacer las necesidades básicas de la existencia y sostén de la vida de las personas, brindándoles los elementos físicos y simbólicos que les permiten vivir en sociedad, pese a que aún persisten las desigualdades que la organización social del cuidado reproduce en un mundo injusto en cuestiones sociales, económicas y de género (Rodríguez Enríquez y Marzonetto, 2016). Estas desigualdades que se expresan en la crisis de los cuidados y que impactan en mayor medida a las mujeres, también repercuten en sus hijos e hijas. Además, a la hora de organizar las tareas de cuidados en pandemia también se han intensificado y vulneran los derechos de las personas encargadas de cuidar de las infancias y adolescencias, por lo tanto, es esperable que las niñas, niños y adolescentes de familias populares tengan mayores necesidades por cubrir (Doljanin y Doljanin, 2020). Por ejemplo, durante la pandemia se incrementaron las desigualdades en los modos en que niñas, niños y adolescentes experimentaron su infancia a causa de las restricciones al acceso a espacios de recreación, esparcimiento, religiosos y educativos (Barcala et al., 2022). El derecho a la recreación de los/as niños/as y adolescentes requiere de la participación activa de la sociedad civil y de los organismos del Estado, no obstante, su acceso ha estado limitado por las restricciones que trajo aparejada la pandemia y que se multiplicaron en los sectores populares. Según la Convención sobre los Derechos del Niño de UNICEF (1989) los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser cuidados, a la educación, la salud pero también a la recreación, que implica todas aquellas actividades que involucran el acceso al juego, el esparcimiento así como las actividades deportivas, culturales y artísticas. Cabe destacar que, a pesar de las limitaciones de la pandemia, investigaciones realizadas previamente en el contexto nacional, ya daban cuenta de que el derecho a la recreación es una cuestión limitada en las infancias y adolescencias de sectores populares de Argentina, debido a las restricciones económicas de sus familias. En efecto, el derecho a la recreación y el uso del tiempo libre en los sectores populares está mediatizado por

tareas laborales destinadas a ayudar al grupo familiar o a inversiones de consumo personal que no pueden ser provistas por los jefes o jefas de hogar (Brinnitzer, 2003; Zanotti, 2011).

La pandemia también revitalizó el aumento de la pobreza en América Latina y la creciente migración de infancias no acompañadas, que además de exponerse a estar lejos de sus familias para mejorar sus condiciones de vida, experimentan situaciones de racismo y discriminación por ser migrantes de países limítrofes (OIM, 2023). La preocupación se extiende en los contextos rurales en tiempos de pandemia. Allí, les jóvenes perciben mayor ansiedad, depresión y preocupación por el aumento de la violencia, por el contexto de incertidumbre, además de las dificultades para el acceso al empleo formal y a recursos tecnológicos que garanticen la continuidad de sus estudios (Alcoba et al., 2021). Experiencias sobre el uso del tiempo por parte de niñas, niños y adolescentes del Partido de General Pueyrredon, provincia de Buenos Aires, indica que, durante la pandemia, se reestructuraron las dinámicas de la vida cotidiana a tal punto que los sujetos de cuidado pasaron a ser cuidadores de hermanos menores y cumplir tareas domésticas a la par de los adultos. Una vez más, y como fiel expresión de la discriminación y estereotipos de género, las exigencias domésticas se asignaron a las niñas y a las adolescentes del hogar (Labrunée, 2023).

En el cordón frutihortícola de Batán, en el sudeste bonaerense, situaciones como las expuestas son frecuentes, dado que la discriminación étnica se entrecruza con las dificultades de acceso a la tierra y el trabajo formal en las tareas rurales donde las mujeres son dependientes de sus cónyuges y asumen la responsabilidad de la crianza junto con sus hijas. En ese contexto también se ponen en juego relaciones tensas con los efectores públicos de salud; además, las medidas que se utilizaron para contener la pandemia han limitado el acceso de mujeres y jóvenes a los métodos anticonceptivos y al acceso a los servicios ginecológicos (CEPAL, 2020). Esta situación empeora en los sectores rurales donde las mujeres y las jóvenes revelan situaciones de profunda inequidad en la atención de la salud sexual y reproductiva, con excesivas dificultades en el acceso a turnos, lo que deriva en situaciones de riesgo a las que se exponen las

embarazadas del sector rural, las que encuentran múltiples barreras a la atención que en pandemia se agravaron, pero que ya existían (Alonso y Dalmonico, 2023). En tal sentido, resulta importante considerar aquí que intersecciones de la discriminación con el género, la generación, la etnia y la clase social, las desigualdades en salud pueden ser reflexionadas desde el concepto de sindemia. Este concepto es introducido por Merrill Singer et al. (2017) y permite comprender cómo las enfermedades interactúan en contextos de pobreza y violencia estructural, exacerbando desigualdades que impiden pensar la salud de manera aislada, sino como un reflejo de las interacciones sociales que moldean la vida.

A pesar de los obstáculos que algunas comunidades y fundamentalmente las mujeres, niños, niñas y adolescentes migrantes, indígenas y pauperizados enfrentan (Díez et al., 2020), los lazos de solidaridad y reciprocidad constituyen la red social para interpelar las desigualdades, enfrentar agresiones y situaciones de discriminación y violencia al potenciar el lazo social con otras mujeres, en una actitud cooperativa de protección y cuidado (Linardelli, 2021). Donna Haraway (2016) apoya la idea de que la solidaridad es una estrategia colectiva esencial de las comunidades para poder superar las desigualdades. Las redes comunitarias, como los comedores y las actividades educativas y autogestivas, son cruciales para fortalecer el tejido social y mejorar las condiciones de vida, especialmente en contextos de discriminación y vulnerabilidad. Comprender la salud como un fenómeno socialmente determinado permite diseñar intervenciones más efectivas y justas, que puedan reconocer y abordar las múltiples dimensiones de la discriminación en territorios rurales, conformados por una fuerte presencia de inmigración latinoamericana y del interior del país que llega al sudeste de la provincia de Buenos Aires en busca de trabajo pero con una alta exposición a situaciones de racismo y xenofobia, con especial impacto en las niñas, mujeres y jóvenes.

2- Metodología

Este trabajo forma parte de una investigación etnográfica mayor que estudia la hipótesis de que las estrategias sociales de cuidado de salud han permitido contener la

vulnerabilidad de grupos subalternizados como las mujeres, niñas, niños y adolescentes de los sectores populares, indígenas, migrantes, ante los efectos de la pandemia en el proceso de salud, enfermedad, atención-cuidado en distintos territorios de Argentina. Estas estrategias se presentan como expresiones de la participación social en salud con perspectiva de género y enfoque de derechos. Trabajamos con una metodología cualitativa con enfoque etnográfico colaborativo para interpretar los hechos sociales y promover la participación, con la intención de superar las miradas etnocéntricas, clasistas y masculinizadas en la investigación epidemiológica (Alonso *et al.*, 2023). Combinamos las técnicas de indagación etnográfica como la entrevista en profundidad y la observación participante con técnicas participativas como la cartografía social. La cartografía social es una técnica cualitativa y participativa generada por las ciencias sociales. Consiste en una construcción colectiva sin jerarquías que promueve la elaboración de un mapa social situado que representa las experiencias, redes de relaciones, vivencias y subjetividades que habitan un territorio. Ello configura un plano común que trasciende las individualidades y pone a la experiencia en un mismo registro colectivo, mediante encuentros participativos. Como una estrategia metodológica que implica la construcción de un mapa colectivo en el que los grupos grafican, representan y significan su territorio en una hoja de papel blanco, arribamos a una producción colectiva, de acuerdo con un objetivo cartografiable definido previamente para representar la propia cotidianidad (Díez Tetamanti, 2018). La técnica de cartografía social involucra un proceso de reconstrucción y visibilización de las relaciones sociales establecidas en los territorios. Permite evaluar desde un enfoque interseccional qué sucede en los territorios en relación con las redes de cuidado comunitario, cómo se tramaron las vinculaciones, qué características asumieron en cuanto a su nivel de formalidad o informalidad, cómo se viabilizaron las demandas comunitarias relativas a la salud y las respuestas de los distintos actores.

En este artículo analizamos las estrategias comunitarias de cuidado de la salud de la Red Territorial Batán durante los años 2023 y 2024. Accedimos al campo mediante la vinculación con la Red Territorial Batán, un

espacio intersectorial conformado por referentes de organizaciones sociales, instituciones locales y redes comunitarias. A partir de esta articulación, identificamos interlocutores clave y acordamos instancias de trabajo conjunto para la producción de información. El criterio de selección de las personas entrevistadas estuvo determinado por su participación en las estrategias comunitarias de cuidado de la salud y su vinculación con la Red Territorial Batán. Entrevistamos a 10 referentes comunitarios (7 mujeres y 3 varones), pertenecientes a organizaciones sociales, sociedades de fomento, clubes y cooperativas. Registramos las entrevistas en profundidad en formato de audio y posteriormente fueron transcritas para su análisis. Establecimos dimensiones de análisis relacionadas con el acceso a la salud, la discriminación étnico-social, la violencia de género, el acceso a la justicia, las redes de cuidado comunitario y el derecho a la recreación. Realizamos observación participante en reuniones de la Red Territorial Batán y en el desarrollo de actividades comunitarias; registramos notas de campo detalladas sobre las interacciones, discursos y prácticas en estos espacios.

Compartimos un taller de cartografía social con referentes de la red territorial sobre las estrategias comunitarias de cuidado de la salud en el barrio rural de El Boquerón, ubicado sobre la ruta provincial 88 a 10 kilómetros de la localidad de Batán. Trabajamos con objetivos cartografiados definidos en conjunto con la comunidad. Estos objetivos se orientaron a identificar las redes de cuidado, dinámicas de discriminación y acceso a derechos. El mapeo incluyó la representación gráfica de los territorios, la localización de actores clave y la discusión colectiva sobre las estrategias de resistencia y organización. Realizamos encuentros de devolución ampliada a los centros de atención primaria de salud (CAPS). El proceso de producción de la cartografía social finaliza con un encuentro de devolución y validación conjunta de los resultados con las organizaciones sociales, ampliado a los efectores locales de salud. En él se socializa y entrega formalmente el mapa a los referentes de la comunidad y a los efectores de salud con la finalidad de promover acuerdos sociales para el cuidado y atención de salud con perspectiva de

género y derechos en la pospandemia. Editamos digitalmente las cartografías y realizamos un ensamble de los mapeos grupales para su devolución.

Durante el trabajo de campo, emergieron las condiciones de discriminación que pesan sobre Batán y las comunidades migrantes, las relaciones de género, así como las estrategias y proyectos comunitarios para el cuidado de las niñas y adolescencias rurales. La estrategia de análisis fue hermenéutica. Desde las dimensiones transversales de la interseccionalidad, género, generación, etnia y clase social, analizamos las implicancias de la discriminación en el acceso a la justicia y la atención de salud de las mujeres y sus bebés, y el derecho a la recreación de las infancias y adolescencias. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Epidemiología de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (INE/ANLIS). Se tomó consentimiento informado a las y los referentes sociales entrevistados.

3- Resultados

3-1 Intersecciones de la discriminación

La Red Territorial Batán es el lugar donde convergen referentes de organizaciones sociales e instituciones locales: espacios barriales, comedores, sociedades de fomento, clubes, cooperativas sociales, escuelas, centros de salud, el centro de extensión de la Universidad Nacional de Mar del Plata, dependencias municipales de género y niñez y adolescencia. La red constituye un espacio propicio para analizar las estrategias de cuidado de la salud que forman parte de la dinámica del territorio, desde la perspectiva de las referentes. Las dinámicas de la discriminación étnica, social y de género en los barrios rurales de Batán se manifiestan en diversas problemáticas emergentes. Entre ellas se destacan la violencia de género, dificultades de acceso a la atención de salud, obstáculos al empleo formal y limitaciones de los derechos a la movilidad, la educación y la recreación, especialmente para las mujeres, niñas y adolescencias. En estos contextos las organizaciones y redes comunitarias implementan estrategias protectoras orientadas a sostener el cuidado de

la salud en un sentido amplio. En las redes trabajan en colaboración referentes de las organizaciones sociales, de las instituciones locales de salud, educación y género y el centro de extensión de la Universidad Nacional de Mar del Plata para generar estrategias intersectoriales frente a las desigualdades.

3-2 Coordenadas del territorio

Los barrios rurales que circundan Batán, a lo largo de la ruta provincial 88, son El Boquerón, Villa del Parque, San Francisco, Estación Chapadmalal y Colina Alegre. La zona forma parte del cordón frutihortícola del Partido de General Pueyrredon, ubicado en el sudeste de la provincia de Buenos Aires. Muchas familias migrantes del norte de Argentina y países limítrofes como Bolivia, Chile y Paraguay llegan al cordón frutihortícola buscando un lugar para habitar y trabajar. Las familias migrantes, muchas de origen quechua, guaraní y mapuche, conviven con familias paisanas y criollas algunas asentadas en la zona por varias generaciones y otras que han dejado las ciudades como Mar del Plata en los últimos años, atraídas por la tranquilidad y el contacto con la naturaleza en el ámbito rural. Ello otorga a la zona una diversidad cultural y lingüística que la convierte en un contexto interétnico, atravesado por desiguales condiciones de acceso a la tierra, de trabajo y vivienda, salud, educación y recreación.

La mayor parte de la población trabaja en actividades productivas como la horticultura en quintas, fruticultura en grandes establecimientos, canteras, hornos de ladrillo y también el puerto. Muchas de estas ocupaciones son informales o temporarias, lo que genera inestabilidad económica para las familias. Las dificultades de acceso a la tierra que obligan a las familias a trabajar a porcentaje con los dueños de las quintas determinan un modo de producción intensivo basado en la aplicación de agrotóxicos que comprometen la salud de todos sus miembros, incluidos los niños, niñas y adolescentes que conviven en los espacios rurales.

La zona incluye un parque industrial, conformando un espacio rururbano, definido como un área de creciente expansión y superposición de elementos y funciones urbanas y rurales, que se distingue del espacio periurbano (Cardoso y Fritschy, 2012). Sin

embargo, el polo industrial que provee trabajo formal contrata trabajadores que no habitan en la zona sino que provienen del centro de Mar del Plata. La cartografía evidencia cómo las actividades productivas formales, representadas principalmente por el parque industrial, no incluyen a los habitantes locales.

El cordón frutihortícola de Batán tiene conexiones deficitarias con el puerto y la zona sur de Mar del Plata. El único transporte público que llega hasta El Boquerón sobre la ruta 88 es producto de una lucha vecinal sostenida durante años. Las problemáticas con el transporte afectan el acceso a derechos como la salud y la recreación, dificultando la movilidad y la conexión con la ciudad de Mar del Plata. Según afirma la referente del barrio: "logramos que el 720 llegue hasta acá, pero no es suficiente para que nuestros jóvenes puedan asistir a las escuelas o participar en eventos comunitarios" (referente barrial).

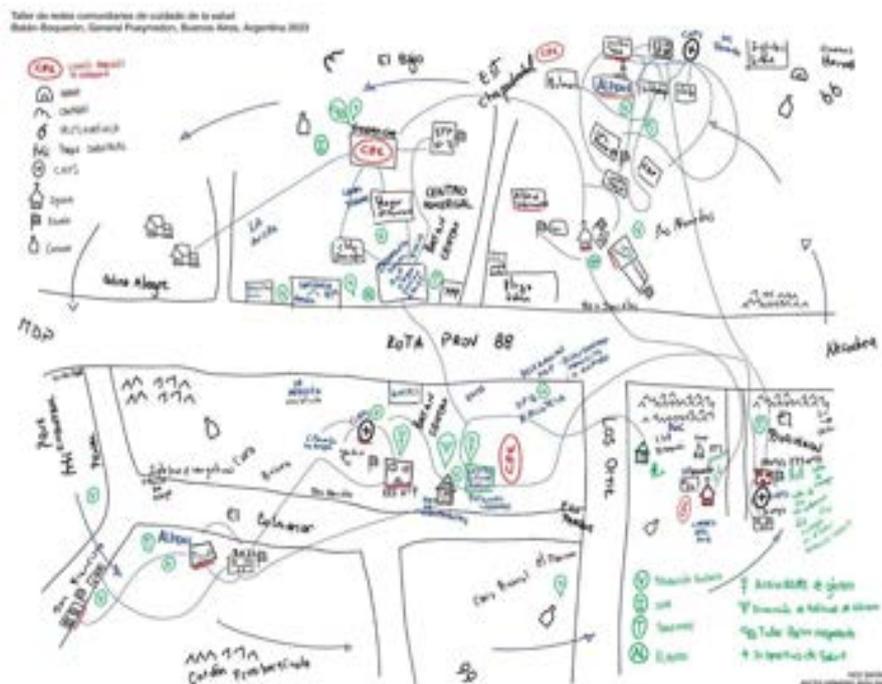
En las escuelas de la zona, observamos dinámicas de discriminación entre los estudiantes, quienes utilizan términos como *bolita* o *kispi* (cosechador de papas en quechua) para referirse a compañeros de origen migrante. Estas situaciones críticas refuerzan estigmas que limitan la integración de las familias migrantes en el ámbito escolar. Las mujeres migrantes en Batán enfrentan prejuicios y un trato desigual en los servicios de salud, lo que refuerza su vulnerabilidad y genera desconfianza hacia el sistema de atención sanitaria. Estas dinámicas, visibilizadas en las entrevistas preliminares y en los encuentros de cartografía social, afectan la calidad de la atención y perpetúan la exclusión social.

La identidad étnica modula la experiencia cotidiana de las mujeres entrevistadas, quienes se identifican con su herencia indígena: "yo soy orgullosa de ser morocha, de tener esta piel" (referente barrial); "mi papá es argentino nativo. Su papá era español, mi abuela es india" (referente barrial). La salud no puede ser entendida fuera del contexto social, económico y político en el

que las personas viven. Las mujeres rurales asumen una triple carga de trabajo: doméstico, en la quinta y en los espacios comunitarios. Este desequilibrio de responsabilidades puede generar altos niveles de estrés y agotamiento, afectando su salud mental y emocional. Las mujeres sostienen el cuidado de sus familias, trabajan a la par de los hombres en el campo y tejen la organización comunitaria. Los relatos expresan su participación en la conformación de comedores, actividades educativas, culturales y recreativas: "pusimos el comedor..., la gente venía a buscar comida..., hicimos la fiesta del 9 de julio, los chicos prepararon locro, tortas fritas, empanadas para toda la gente" (referente barrial).

Las relaciones entre las organizaciones sociales, las instituciones estatales y la comunidad se modelan de acuerdo con las crisis recientes, como la pandemia de covid-19. Durante ese período, las redes comunitarias demostraron ser fundamentales para movilizar recursos y sostener el cuidado colectivo, destacando la capacidad de organización autónoma de la comunidad en los espacios que deja vacante el estado. Con la cartografía social visibilizamos estas redes, subrayando su rol esencial en la prevención de la violencia de género y la provisión de apoyo mutuo en tiempos de crisis (Figura 1).

Figura 1. Taller de Redes comunitarias de cuidado de la salud, El Boquerón 2023.



Fuente: Ensamble y edición digital de Mariano Olivera.

Con la cartografía también registramos serias deficiencias en el acceso a servicios de salud en la región. Los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) experimentan un vaciamiento de recursos, lo que ha debilitado su capacidad para atender a la población local, especialmente en áreas críticas como la salud mental y la pediatría. Esta falta de atención adecuada refuerza la discriminación en el acceso a la atención de salud, exacerbando la vulneración de derechos. Las mujeres que trabajan en la agricultura familiar y sus infancias se encuentran con múltiples obstáculos para acceder al sistema de salud y sus cuidados, agravados por las desigualdades étnicas y de clase.

3-3 Violencia de género y acceso a la justicia de las mujeres

La violencia de género es una problemática emergente en los barrios rurales de Batán y una de las principales preocupaciones de la red comunitaria. Las referentes compartieron experiencias y registros comunitarios de violencia de género. En los relatos de experiencia personal, la participación comunitaria de las mujeres contribuyó a lograr transformaciones subjetivas para la superación de las situaciones de violencia: "viví violencia de género pero bueno..., me empoderé y bueno acá estoy firme" (referente barrial). Estas experiencias subrayan la importancia crítica del apoyo comunitario para prevenir y desarmar la violencia de género en contextos de discriminación. La cartografía social refleja cómo las redes comunitarias fueron esenciales para sostener a las mujeres en situaciones de violencia, creando espacios de acompañamiento donde las instituciones del estado no llegan a dar las respuestas adecuadas. Estas redes informales visibilizan, favorecen y facilitan a las mujeres enfrentar las encrucijadas de la violencia.

Las mujeres de Batán y los barrios rurales enfrentan serias dificultades para acceder a la justicia en casos de violencia de género. La cercanía de los agentes policiales con los agresores, debido a que muchos son vecinos o conocidos, resulta en que las denuncias sean desestimadas o mal gestionadas. Según nuestro registro cartográfico, la Comisaría de la Mujer está ubicada detrás de la comisaría principal de

Batán, la que opera como una barrera para las víctimas, quienes muchas veces no logran realizar sus denuncias debido a la falta de atención o la complicidad entre los agentes policiales y los agresores. Las referentes sociales que participaron del taller de mapeo colectivo afirman que "los policías son del barrio y defienden al agresor. La octava [comisaría] filtra las denuncias y no toman los casos de violencia con seriedad." Esta dinámica genera una desconfianza hacia las instituciones y agrava la situación de discriminación de las mujeres en la zona. Desde los movimientos sociales que trabajan en la zona, como la Rama Rural del Movimiento de Trabajadores Excluidos (MTE Rural), proyectan estrategias comunitarias para apoyar a las mujeres en situación de violencia. Según explica una de sus referentes: "tenemos una comisión de género que trabaja para abrir espacios seguros y generar oportunidades para que las compañeras puedan salir de situaciones de violencia" (delegada MTE Rural).

Las redes comunitarias y espacios de refugio fueron graficados como áreas clave para prevenir la violencia de género. La devolución de la cartografía a las referentes sociales puso en evidencia la necesidad urgente de la articulación de políticas públicas que fortalezcan estos espacios y brinden contención habitacional, económica, y legal a las mujeres y sus infancias.

3-4 Atención de la salud sexual y reproductiva

Observamos que el acceso a la salud sexual y reproductiva está seriamente comprometido para las mujeres y sus infancias en los barrios rurales de Batán. Los CAPS ofrecen servicios de manera discontinua, mientras que las distancias y los permanentes problemas del transporte público generan muchos obstáculos para llegar al hospital materno infantil ubicado en el centro de Mar del Plata, con graves consecuencias para la salud perinatal. Durante la pandemia esta situación se agravó hasta llegar a la pérdida de embarazos por no recibir la atención oportuna en el CAPS: "cuando llegué al Materno, me subieron de emergencia directo al quirófano. Tuve una pérdida de 28 semanas, un desprendimiento de placenta y el bebé no resistió" (delegada MTE Rural). A ello se agregan los maltratos reportados en la atención del hospital: "nos

miraban mal en el hospital, como si fuéramos a molestar. Me decían que no había camas y nos mandaban de vuelta al CAPS", relata otra de las delegadas.

Las distancias con el hospital complican las responsabilidades del cuidado de las infancias de las mujeres rurales, quienes se ven obligadas a dejar a sus hijos e hijas durante las internaciones por parto:

Es difícil en el campo porque nosotras, o sea si estás embarazada por ahí te hacen un control, tenés que sacar un turno, si te lo dan, si llegás temprano. Por ejemplo... yo cuando quería ir a hacerme un control de embarazo tenía que ir hasta el CAPS, y madrugar para sacar el turno, porque nos daban un turno ahí en ventanilla y es difícil. Y a la hora de ir a dar a luz, tenés que irte hasta el Materno y dejás, como que dejás a toda tu familia ahí..., tus otros hijos, todo (delegada MTE Rural).

Según relatan las referentes, las mujeres rurales son "el brazo derecho del hombre, trabajamos a la par de ellos y cuidamos a nuestros hijos." Las condiciones de trabajo en el cordón frutihortícola se caracterizan por su informalidad en las que las mujeres realizan un trabajo invisibilizado como ayuda familiar. Estas condiciones injustas determinan la vulneración grave de derechos de las mujeres rurales y sus infancias:

Hay veces que en muchas quintas..., apenas tenes el bebé, a los dos días tenés que salir si o si a trabajar, si trabajás con patrón o sea a porcentaje... Trabajás igual, das la teta, pero lo tenés con vos. No es que parás, hay muchos menores que están en casa o sea tenés tu bebé, bueno andate a trabajar (delegadas MTE Rural).

3-5 Derecho a la recreación de las infancias y adolescencias

Las zonas rurales se caracterizan por la ausencia de espacios recreativos para las infancias y adolescencias. Los espacios de encuentro se remiten a la escuela y la plaza. La escasez de clubes y centros culturales se combina con las deficiencias del transporte público para llegar a los centros urbanos. En este sentido, un referente barrial relata que en el marco de la lucha por el recorrido de la línea de colectivos que une los barrios de Batán con el centro de Mar del Plata, un funcionario

municipal le respondía que "el servicio lo dejaba en la puerta del Hospital Materno Infantil", como si la gente de Batán sólo llega a Mar del Plata para atender su salud. Las dinámicas de la discriminación no contemplaban por ejemplo que las y los adolescentes puedan trasladarse a los espacios recreativos urbanos como el cine, los cafés o recitales.

Desde la organización comunitaria, las referentes emprenden distintos proyectos para contener el derecho a la recreación de las infancias y adolescencias rurales, con muchas dificultades para lograr el apoyo del estado. Una referente barrial del Boquerón relata su esfuerzo por organizar actividades recreativas para jóvenes: "logré llevar un grupo de chicos al natatorio del EMDER (Ente Municipal de Deportes y Recreación), pero cada vez es más difícil por la falta de transporte". La comunidad también tiene proyectos como la creación de un club social y deportivo que aún no se ha concretado debido a la falta de apoyo institucional. Otro proyecto consiste en la construcción de un playón deportivo en la plaza del Boquerón, aprobado por el presupuesto participativo de la municipalidad pero que todavía tampoco se logró materializar.

Estos resultados subrayan la importancia de las redes comunitarias como dispositivos de contención de la exclusión y la invisibilización. La organización colectiva y la solidaridad emergen como estrategias clave para enfrentar las desigualdades estructurales y defender el derecho a la salud y la equidad social en los territorios. La etnografía colaborativa con cartografía social permitió visibilizar las limitaciones en el acceso al derecho a la recreación de las infancias y adolescencias. Las determinaciones estructurales, como la falta de transporte y la escasez de espacios recreativos, dificultan que niñas, niños y adolescentes rurales puedan participar en actividades deportivas, culturales y sociales. Estas dificultades se ven amplificadas por las dinámicas de la discriminación que operan en los barrios rurales. Estas dinámicas de exclusión ponen en riesgo su derecho al desarrollo integral esencial para su bienestar físico y emocional. Las representaciones gráficas y los testimonios registran cómo las mujeres y las comunidades rurales enfrentan múltiples formas de discriminación, pero también cómo han desarrollado estrategias de resistencia a través

de la organización comunitaria. La Red Territorial Batán emerge como un espacio fundamental donde estas dinámicas se visibilizan y se afrontan colectivamente, para desarmar las estigmatizaciones y las violencias. Entender la salud y el bienestar como fenómenos socialmente determinados es esencial para diseñar intervenciones más efectivas y justas que contribuyan a transformar las vidas de quienes habitan los territorios rurales. La salud no puede ser entendida fuera del contexto social, económico y político en el que se inscribe. Es necesario adoptar un enfoque holístico que integre las dimensiones de género, generación, etnia y clase social en la construcción de políticas de salud adecuadas a las realidades de las mujeres, infancias y adolescencias.

4- Discusión

Las manifestaciones de discriminación étnica, social, de género y generación que analizamos en las experiencias cartográficas de los barrios rurales que circundan la localidad de Batán en la provincia de Buenos Aires, tienen efectos concretos en los cuerpos, las relaciones y las prácticas de cuidado y atención de la salud de las niñas, niños, adolescentes y mujeres que las padecen. La discriminación, la vulneración de derechos en salud y la exposición a agrotóxicos, las relaciones abusivas de trabajo y acceso a la tierra y la vivienda de las familias que habitan el cordón frutihortícola de Mar del Plata y Batán, no son manifestaciones aisladas de relaciones personales violentas. Ellas forman parte del complejo sistemático de violencia estructural ejercida por un grupo social devenido hegemónico en procesos históricos, políticos y económicos. Como señalan Silvia Hirsch *et al.* (2021), “la violencia estructural deteriora la salud de las personas al ser el resultado de un complejo conjunto de factores que incluyen una historia de desposesión, la negación de la identidad y la marginación social” (p.6).

La matriz racista alimentada con la colonia primero y luego con la formación del estado nación en Argentina, hoy vuelve a ser interpelada gracias a las reemergencias étnicas, lingüísticas, los reclamos territoriales, jurídicos, consuetudinarios. Los tratados internacionales contra la discriminación de la mujer y los pueblos indígenas incorporados a la constitución nacional de 1994 amplían el campo de los

derechos humanos y refuerzan la necesidad urgente de desarmar los engranajes de la discriminación para acceder a una sociedad democrática y plural. La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (Naciones Unidas, 1979) exige garantizar el principio de igualdad entre los géneros, eliminar la discriminación contra la mujer y suprimir la trata. Regula las relaciones entre mujeres y varones en los ámbitos públicos y en las relaciones familiares, en las zonas rurales, en la seguridad social. Sin embargo, en los países de América Latina persisten desigualdades de género y expresiones de violencia (ONU MUJERES, 2020). La Convención sobre los Derechos del Niño de UNICEF (1989) contempla los derechos de la infancia, reconoce que los niños, niñas y adolescentes son sujetos de pleno derecho al desarrollo físico, mental y social, y con derecho a expresar libremente sus opiniones. Promueve y protege los derechos de la infancia y la adolescencia e insta a “crear un mundo apropiado para la infancia” (p. 7). No obstante, reconoce que las mejoras son desiguales entre los países y las regiones para otorgar la debida importancia a los derechos de la infancia. Consideramos que en las zonas rurales, amenazadas por las condiciones de discriminación social y de producción extractiva, se confirman retrocesos en el cumplimiento de los derechos de las infancias y adolescencias que comprometen su desarrollo integral, debido a exclusiones, estigmatizaciones y ambientes intervenidos y contaminados. El Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes (OIT, 1989) y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2008) establecen estándares mínimos de respeto de los derechos de los pueblos indígenas a la propiedad comunal de sus tierras, los recursos naturales de sus territorios, la preservación de sus conocimientos tradicionales, la autodeterminación y la consulta previa. Reconocen derechos individuales y colectivos relativos a la educación, la salud y el empleo. Sin embargo, para Hirsch y Alonso (2020) en Argentina, el respeto de sus derechos está muy lejos de estos estándares aceptables a nivel internacional. Como planteamos en ese trabajo, “la salud está relacionada también con el ambiente, el acceso a la tierra, la integridad

cultural, las relaciones intersubjetivas y comunitarias” (p. 14).

Las dificultades de las relaciones interculturales con los servicios de salud han sido objeto de recurrentes discusiones en la antropología de la salud. Menéndez (2003) señala que las actividades educativas con el personal de salud con perspectiva intercultural deben partir de la base de la existencia de concepciones racistas en la población latinoamericana y del mismo personal de salud “y reconocer que estas concepciones racistas son parte intrínseca de la relación personal de salud/paciente perteneciente a grupos étnicos” (p.59). Estas concepciones racistas “operan en gran medida inconscientemente en términos culturales; son parte de una ideología de discriminación y estigmatización que la población no registra en sus actividades cotidianas incluido el personal de salud...” (p.60). La matriz racista es expresión de la matriz colonial que aún persiste en las sociedades latinoamericanas, y vuelve a activarse con renovada vitalidad en las relaciones interétnicas. Planteamos que la afectación generada por la discriminación como expresión de la violencia estructural propia del racismo colonial deviene extrema en los procesos de salud, enfermedad, atención, cuidados puesto que ellos comprometen los cuerpos, el nacimiento, la vida, la enfermedad y la muerte, es decir los hechos fundamentales de la condición humana. Estos procesos analizados desde una perspectiva interseccional nos permiten reconocer la confluencia de distintas dimensiones de la opresión sobre los cuerpos y las subjetividades de las mujeres, niñas y niños, en esta “feroz alianza entre patriarcado y capitalismo” como la denomina Ana María Fernández (2007). Y así, podemos destacar:

La naturaleza patriarcal del... sistema de producción capitalista y su orden jerárquico del poder, que produce relaciones de subalternidad de las mujeres respecto de los varones, las sexualidades fuera de la heteronorma, los niños y las niñas en relación con los adultos, las etnias y los blancos, trabajadores y propietarios (Alonso, 2018: 390-391).

Según Walsh (2008) la decolonialidad no es un planteo nuevo, ni una categoría teórica abstracta, sino un eje concreto de lucha de los pueblos sujetos a la violencia estructural de la colonialidad, esto es la racialización de las

relaciones sociales, el eurocentramiento del control social, el eurocentrismo como perspectiva única de conocimiento, propio del marco científico-académico que excluye otras epistemologías, la subalternación e invisibilización de otros culturales, la racionalización de la naturaleza y de la vida misma. La presión entonces que pueden ejercer los grupos subalternizados en los ámbitos rurales, desde las estrategias de resistencia a las prácticas civilizatorias discriminatorias y la visibilización de unas relaciones sociales injustas e inequitativas para acceder al trabajo, la salud y la educación, se inscribe en la descolonización a través de la reafirmación de los procesos identitarios propios. Las estrategias comunitarias de resistencia construidas alrededor de las acciones colectivas para prevenir la violencia de género, acompañar el acceso a la justicia de las mujeres, mejorar su salud sexual y reproductiva y habilitar espacios de recreación de las infancias y adolescencias pueden interpretarse en el sentido que Marta Lamas (2020) otorga al concepto de vulnerabilidades en resistencia. Se trata de grupos sociales vulnerados como las mujeres, niñas, niños y adolescentes que articulan colectivamente movimientos sociales que se animan a confrontar con los mandatos de sumisión y opresión establecidos.

En estos contextos en conflicto, observamos que la pandemia, al contrario de la pretensión que aislaba a las familias a sus ámbitos domésticos, incentiva y amplifica procesos de participación social en las comunidades rurales que articulan distintas organizaciones populares, movimientos sociales, efectores de salud y educación, y reivindican conceptualizaciones del derecho a la salud que trascienden la aproximación biomédica. Estas reivindicaciones del derecho a la salud incluyen la no discriminación, los vínculos equitativos entre los géneros, el cuidado de las infancias y una relación más respetuosa con el medio ambiente.

5- Conclusión

La cartografía social conlleva un potencial transformador de las relaciones sociales. A través del acercamiento de distintos actores de la comunidad y del sector salud que ocurre en los encuentros ampliados de devolución, emergen nuevas ideas para mejorar la

articulación del cuidado en salud e incorporar el enfoque de derechos en la atención de salud. En los territorios rurales, los mapeos participativos contribuyen a visibilizar y problematizar la violencia de género, la discriminación étnica y de clase, el impacto de las condiciones de vida y de trabajo en la salud de las mujeres, niños, niñas y adolescentes. Las cartografías sociales habilitan procesos de discusión y reflexión sobre los cuidados de la salud en los niveles subjetivos, sociales y políticos. La reconstrucción de las relaciones sociales en las que participan los sujetos de la acción promueve la revalorización de la condición de mujer y otras subalternidades como migrante, indígena en la conformación de las redes de cuidado. Para las organizaciones sociales y redes territoriales, la sistematización de las experiencias contribuye a recuperar las potencialidades de las redes de solidaridad y reciprocidad ya instaladas en el nivel comunitario desde una perspectiva crítica que

visibilice la tarea de las mujeres en el cuidado de los padecimientos en los territorios. En la transferencia a las políticas públicas, las experiencias concretas en la diversidad de contextos socioculturales, políticos, económicos e institucionales permite difundir las estrategias que las organizaciones sociales despliegan en los territorios y su potencialidad para articular con el sector salud, de acuerdo con una posición receptiva de los modos de participación en salud que proponen las propias organizaciones de la comunidad.

6- Agradecimientos

Agradecemos especialmente a las referentes de la Red Territorial Batán que participaron de las entrevistas y del Taller de redes comunitarias de cuidado de la salud realizado en El Boquerón, Provincia de Buenos Aires, Argentina, durante los años 2023 y 2024.

7- Referencias bibliográficas

- Alcoba, L. N., Salatino, M. N., Chavez, M. F. F., Gonzalez, L. y Quiroga, M. B. (2021). Pandemia y jóvenes en territorios rurales de Argentina. *Eutopía. Revista De Desarrollo Económico Territorial*, (19), 54–76. <https://doi.org/10.17141/eutopia.19.2021.4981>
- Alonso, V. (2018). Meler, I. (ed.) 2017. Psicoanálisis y género. Escritos sobre el amor, el trabajo, la sexualidad y la violencia. 1ª. ed. Buenos Aires: Paidós. 325 p. *Sexualidad, Salud Y Sociedad*, (29), 389–394. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2018.29.18.r>
- Alonso V, Dalmonico, S. (2023). El derecho a la salud de las mujeres rurales en el cordón frutihortícola de Mar del Plata y Batán. *Revista Movimiento*. <https://revistamovimiento.com/genero/el-derecho-a-la-salud-de-las-mujeres-rurales-en-el-cordon-frutihorticola-de-mar-del-plata-y-batan/>
- Alonso, V., Fuertes, S., Romero, P. M., y Sánchez, L. (2023). Desigualdades de género en la producción del cuidado: Narrativas de trabajadores/as de salud pública durante la pandemia en Mar del Plata. *Etnografías contemporáneas*, 9(16), 140-162. <https://revistasacademicas.unsam.edu.ar/index.php/etnocontemp/article/view/1385>
- Barcala, A., Poverene, L., Torricelli, F., Parra, M. A., Wilner, A., Micele, C., ... y Vila, P. (2022). Infancias y adolescencias: vivencias durante la pandemia por covid-19 en Argentina. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 20(2), 197-221. <https://dx.doi.org/10.11600/rllcsnj.20.2.5416>
- Brinnitzer, E. (2003). Adolescencia, pobreza y tiempo libre en mujeres y varones. *Revista de Estudios de la Mujer*, 2 (8), 221-244. <http://www.biblioteca.unlpam.edu.ar/pubpdf/aljaba/n08a12brinnitzer.pdf>
- Cardoso, M. M., y Fritschy, B. A. (2012). Revisión de la definición del espacio rururbano y sus criterios de delimitación. *Sociedad Argentina de Estudios Geográficos; Contribuciones Científicas*; 24(8), 27-39. http://gaea.org.ar/contribuciones/CONTRIBUCIONES_2012/4.GAEA%20CONTRIBUCIONES_2012_CARDOSO.pdf
- Cepal, N. U. (2020). Los riesgos de la pandemia de COVID-19 para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. <https://hdl.handle.net/11362/46483>
- Couto, M. T., Oliveira, E., Alves Separavich, M. A. y Olinda do Carmo, L. (2019). La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el campo de la salud pública: revisión narrativa de las producciones teórico-metodológicas. *Salud colectiva*, 15, e1994. <https://dx.doi.org/10.18294/sc.2019.1994>

- Crenshaw, K. (1991). "Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color". *Stanford Law Review* 43(6): 1241-1299. —. 2012. "Cartografiando los márgenes. Interseccionalidad, políticas identitarias y violencia contra las mujeres de color". En *Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada*, editado por Raquel Lucas. Ediciones Bellaterra. (pp. 87-124)
- De Grande, P. y Salvia, A. (2010). Discriminación por color de piel y estructura ocupacional en grandes centros urbanos de la Argentina. En *VI Jornadas de Sociología de la UNLP*. Universidad Nacional de La Plata.
- Diez, M. L., Hendel, V., Martínez, L. V. y Novaro, G. (2020). Desigualdad, migración y educación en tiempos de pandemia. *Boletín de Antropología y Educación*, 9 (12), 21-24. <http://antropologia.institutos.filo.uba.ar/boletin/boletin-ae-n12>
- Díez Tetamanti, J. M. (2018). *Cartografía social: teoría y método: estrategias para una eficaz transformación comunitaria*. Editorial Biblos.
- Doljanin C, Doljanin L. (2020). "Cuida a quien te cuida": El rol de las políticas de cuidado en la garantía de los derechos de niños, niñas y adolescentes. En: Pérez, E. P. y Villalba, S. Diagnósticos y desafíos de las infancias y las adolescencias en Argentina [Internet]. Centro de Formación y Pensamiento Génera. [CONICET Digital Nro.4ef7ab4c-47d0-42ca-af13-2cac9e00e6e6_A.pdf](https://conicet.digital/nro.4ef7ab4c-47d0-42ca-af13-2cac9e00e6e6_A.pdf)
- Fernández, A. M. (2017). Las lógicas sexuales actuales y sus composiciones identitarias. Irene Meler (comp.). *Psicoanálisis y Género: Escritos sobre el amor, el trabajo, la sexualidad y las violencias*. Paidós. (pp. 133-157)
- Flores, M.M. (2023). La justicia argentina y la complejidad en el acceso a la justicia en los casos de violencia de género. *Revista Pensamiento Penal*, 482, 1-17. [Homepage | Revista Pensamiento Penal](https://www.pensamientopenal.com.ar/revista/482-flores), [Microsoft Word - flores.docx](#)
- Ghasemi, E., Majdzadeh, R., Rajabi, F., Vedadhir, A., Negarandeh, R., Jamshidi, E., Takian, A. y Faraji, Z. (2021). Applying Intersectionality in designing and implementing health interventions: a scoping review. *BMC public health*, 21(1), 1407. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11449-6>
- Gkiouleka, A., Huijts, T., Beckfield, J. y Bamba, C. (2018). Understanding the micro and macro politics of health: Inequalities, intersectionality & institutions - A research agenda. *Social science & medicine* 200, 92–98. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.01.025>
- Haraway, D. J. (2016). Staying with the trouble: Making kin in the Chthulucene. En *Staying with the Trouble*. Duke University Press, 1-296. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1lcw25q>
- Hirata, H. (2014) *Género, trabajo y precarización*. Boitempo Editorial.
- Hirsch, S., y Alonso, V. (2020). La emergencia de la diabetes en una comunidad tapiete de Salta: género, etnicidad y relaciones con el sistema de salud. *Salud colectiva*, 16, e2760. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2760>
- Hirsch, S., Müller, I. N. y Pérez, L. C. (2021). Desigualdades, discriminación y muerte: vivir la pandemia en los barrios qom del Area Metropolitana Gran Resistencia, provincia de Chaco. *Revista De La Escuela De Antropología*, (XXVIII), 1-28. <https://doi.org/10.35305/revistadeantropologia.v0iXXVIII.140>
- INADI. (2013). Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo. Mapa nacional de la discriminación. Segunda serie de estadísticas sobre la discriminación en Argentina. INADI. (argentina.gob.ar) Disponible en: [Mapa Nacional de la Discriminación 2019](https://www.inadi.gub.ar/mapa-nacional-de-la-discriminacion-2019)
- Labrunée, M. E. (2023). Niños, niñas y adolescentes en contexto de pandemia en Argentina ¿Trabajar o estudiar? ¿Trabajar para estudiar? *ESPACIOS EN BLANCO. Revista De Educación*, 1(34), 161–175. <https://doi.org/10.37177/UNICEN/EB34-382>
- Lamas, M. (2020). *Dolor y Política. Sentir, pensar y hablar desde el feminismo*. Océano.
- Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista latinoamericana de Salud*, 2(1), 7-25.
- Linardelli, M. F. (2021). Mujeres migrantes y violencia en Argentina: experiencias e implicancias en la salud/enfermedad/cuidado. *Revista Katálysis*, 24(2), 342-352. <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e77802>
- Lorenzetti, M. (2017). Los enfoques de salud intercultural en los ámbitos de gestión e investigación en Argentina. *Revista de estudios marítimos y sociales*, 1(11), 148-176. <https://estudiosmaritimossociales.org/remss/remss11/Lorenzetti.pdf>
- Mastrangelo A., Hirsch, S. y Demonte, F. (2022). El coronavirus no requiere medidas sanitarias de mirada estrecha. *Noticias Argentinas*. https://noticiasargentinas.com/sociedad/el-coronavirus-no-requiere-medidas-sanitarias-de-mirada-estrecha?srs1tid=AfmBoopK0wD-lusoQEYXMjp3Ci8l_zwCb5nlW7G7Fn6gwLDc4NTaiFAs
- Menéndez E.L. (2006). Interculturalidad," diferencias" y Antropología" at home": algunas cuestiones metodológicas. En: Fernández Juárez, G. (coord.) *Salud e interculturalidad en América Latina: antropología de la salud y crítica intercultural*. Universidad de Castilla-La Mancha. (pp. 51-66)

- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185–207. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
- Mothupi, M. C., De Man, J., Tabana, H., y Knight, L. (2021). Development and testing of a composite index to monitor the continuum of maternal health service delivery at provincial and district level in South Africa. *PLoS one*, 16(5), e0252182. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252182>
- Naciones Unidas. (1979). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW). *División para el Avance de la Mujer*. [cedaw_SP.pdf](#)
- Naciones Unidas. (2008). Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas. Defensor del Pueblo. [DRIPS_es.pdf](#)
- Naciones Unidas (2020). ONU MUJERES: El mundo para las mujeres y las niñas: informe anual 2019-2020. [Informe anual de ONU Mujeres 2019–2020 | Digiteca: Publicaciones | ONU Mujeres](#)
- OIM. (2023). Organización Internacional para las Migraciones. *Discriminación, xenofobia y racismo. El impacto en el acceso a derechos de las infancias migrantes*. [inadi_final-discriminacion-xenofobia-y-racismo.-el-impacto-en-el-acceso-a-derechos-de-las-infancias-migrantes_2023.pdf](#)
- OIT (1989). Organización Internacional del Trabajo. Convenio sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes [Convenio 169]. [Convenio sobre pueblos indígenas y tribales, 1989 \(169\) | OHCHR](#)
- Rodríguez Enríquez, C. M., y Marzonetto, G. L. (2016). Organización social del cuidado y desigualdad: el déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina. *Revista Perspectivas de Políticas Públicas*; 4(8), 105-134. <http://dx.doi.org/10.18294/rppp.2015.949>
- Singer, M., Bulled, N., Ostrach, B., y Mendenhall, E. (2017). Syndemics and the biosocial conception of health. *Lancet* (London, England), 389(10072), 941–950. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30003-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30003-X)
- UNICEF. (1989). Convención sobre los Derechos del Niño ONU. [Texto de la Convención sobre los Derechos del Niño | UNICEF](#)
- Villarreal, M. (2022). La “violencia de género” como concepto normativo en Argentina. Elementos para avanzar hacia una interpretación conforme al marco jurídico internacional que protege los derechos humanos de las mujeres. *Estudios de Derecho*, 79(174), 117-142 <https://doi.org/10.17533/udea.esde.v79n174a05>
- Walsh, C (2008). Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad: las insurgencias político-epistémicas de refundar el Estado. *Tabula Rasa*, (9), 131-152. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-24892008000200009&lng=en&tlng=es.
- Zanotti, A. (2011). *Jóvenes y trabajo en sectores populares: representaciones, trayectorias y habitus*. Buenos Aires. Publicaciones Universitarias Argentinas.

NARRATIVAS UNIVERSITARIAS SOBRE SALUD MENTAL: EXPLORANDO EL AUTOCONTROL, ACTITUD PROSOCIAL Y AUTONOMÍA EN LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA DE RÍO GALLEGOS 2023

NARRATIVES ON MENTAL HEALTH: EXPLORING SELF- CONTROL, PROSOCIAL ATTITUDES AND AUTONOMY IN THE UNIVERSITY COMMUNITY OF RIO GALLEGOS 2023

Dra. Edecia Muriel Ojeda

Universidad Nacional de la Patagonia Austral Unidad Académica de Río Gallegos. (UNPA-UARG)

mojeda@uarg.unpa.edu.ar

<https://orcid.org/0000-0002-8232-9998>

Fecha de presentación: 25/03/2025

Fecha de aceptación: 10/05/2025

Resumen

La presente producción se desprende de la investigación titulada "Salud mental: voces de la comunidad universitaria, desde el cuidado de sí en relación con el género en tiempos de postpandemia-sindemia en la Universidad Nacional de la Patagonia Austral". Tuvo como objetivo conocer las voces de la comunidad universitaria de Río Gallegos desde las perspectivas de la salud mental, en relación con el género en el proceso de la postpandemia-sindemia en la búsqueda de nuevas alternativas del cuidado de sí y de los otros. La metodología utilizada un enfoque cualitativo, descriptivo y transversal. La población y muestra, constituida por los tres claustros que componen la comunidad universitaria. El instrumento la entrevista a profundidad. Este abordaje se consideró necesario e imprescindible para obtener las voces y vivencias de los participantes en torno al cuidado de sí, el modo en que enfrentaron las consecuencias emocionales de la pandemia y cómo reconstruyen vínculos en la actualidad. Los resultados más relevantes vinculan la salud mental, desde una perspectiva positiva, con el autocontrol emocional, expresados en la capacidad de autorregulación y manejo del estrés. Una marcada actitud prosocial, visible en comportamientos solidarios, empáticos y de apoyo mutuo. Por último, aunque vivieron momentos de insatisfacción sobresalió el manejo de la autonomía, vinculada al logro de metas, el reconocimiento de fortalezas y la valoración del entorno. Estos hallazgos permiten visibilizar recursos individuales y colectivos que contribuyen al fortalecimiento de la salud mental desde una perspectiva integral en esta comunidad.

Palabras clave: Salud mental, Autocontrol, Actitud prosocial, Autonomía.

Abstract

This research titled "Mental Health: Voices from the University Community, on Self-Care in Relation to Gender in Times of Post-Pandemic Syndemic at the National University of Southern Patagonia". The objective was to understand the perspectives of the university community in Río Gallegos regarding mental health and regarding gender in the context of the post-pandemic/syndemic, aimed at identifying new approaches to self-care and caring for others. The study employed a qualitative, descriptive, and cross-sectional approach. The study population and sample were composed of members from the three constituent groups of the university community. Qualitative interviews served as the core methodological instrument. This strategy was considered indispensable for eliciting participants' reflections and lived experiences concerning self-care, the way they faced the emotional consequences of the Pandemic, and how they are currently rebuilding social bonds. Key findings connect positive mental health with emotional self-control, as closely related to emotional self-regulation and the capacity to manage stress. A strong prosocial attitude was evident through solidarity, empathy, and mutual support. Finally, despite experiencing moments of dissatisfaction, participants demonstrated strong autonomy, linked to goal attainment, acknowledgment of personal strengths, and valuing their environment. These results make visible the personal and collective strengths that support the promotion of mental health through a comprehensive lens in this community.

Keywords: Mental health, Self-control, Prosocial attitude, Autonomy.

I- Introducción

"La salud mental no es simplemente la ausencia de trastornos mentales. Es la capacidad de amar, trabajar, crear vínculos y mantener una relación pacífica con uno mismo". (André, 2011, p. 42)

Antes del surgimiento de la pandemia por COVID-19, la salud mental ya se reconocía como una problemática prioritaria en el ámbito de la salud pública. La declaración de emergencia sanitaria a nivel mundial en 2020 sacudió profundamente a la humanidad, generando un clima de incertidumbre, temor y desorganización social. La vida cotidiana, tal como se conocía, se transformó bruscamente. Este contexto produjo un fuerte impacto en la salud mental individual y colectiva, provocando experiencias de sufrimiento, ansiedad, pérdida, también desafíos en la vida familiar y académica.

En medio de ese escenario crítico, emergieron múltiples respuestas emocionales. Algunas personas transitaron un proceso marcado por el miedo o la evasión, mientras que otras desarrollaron estrategias de autocontrol emocional, entendidas como la

capacidad de manejar el estrés, los pensamientos negativos y las conductas impulsivas. Asimismo, muchas personas expresaron una actitud prosocial, demostrando empatía, solidaridad y apoyo mutuo dentro de sus entornos inmediatos, lo cual fortaleció los vínculos comunitarios. En paralelo, el hecho de sostener el estudio, el trabajo, los vínculos y el cuidado de sí y de otros, promovió en muchos casos una sensación de satisfacción personal, incluso frente a la adversidad.

Desde esta perspectiva, la investigación "Salud mental: voces de la comunidad universitaria, desde el cuidado de sí en relación con el género en tiempos de postpandemia-sindemia en Río Gallegos", se propuso describir, desde las experiencias subjetivas de estudiantes, docentes y personal universitario de la Universidad Nacional de la Patagonia Austral - Unidad Académica Río Gallegos (UNPA-UARG), cómo vivieron la salud mental en relación con el cuidado de sí, el género, la experiencia sindémica y las dimensiones de autocontrol, actitud prosocial y autonomía. Con un enfoque cualitativo, descriptivo y transversal. Se implementó la entrevista en profundidad como técnica principal de recolección de datos.

El análisis se realizó con un software cualitativo. Los resultados evidencian relaciones que combinan sufrimiento emocional, desequilibrio familiar y estrategias de afrontamiento, junto con prácticas de autocuidado, solidaridad y recuperación del bienestar subjetivo. Así, se visibilizan recursos personales y colectivos que permiten comprender la salud mental como un proceso dinámico, situado y atravesado por el género y la experiencia comunitaria.

2- Marco Teórico

2-1 Salud mental y equilibrio en tiempos de postpandemia

La salud mental de la humanidad atravesó momentos de profundo desequilibrio durante la pandemia y en su tránsito hacia la postpandemia. Diversos factores actuaron como determinantes que alteraron la homeostasis física, emocional y social. Sin embargo, frente a estas adversidades, los individuos también desplegaron estrategias para recuperar el equilibrio mental y emocional, es decir, para cultivar la capacidad de autorregularse, adaptarse y reencontrar bienestar en medio de la crisis.

Autores como Daniel Siegel (2017), Mariano Sigman (2024) y Christophe André (2011) abordan la salud mental desde perspectivas neurocientíficas, psicológicas y filosóficas. Coinciden en que la toma de decisiones, la conciencia de uno mismo y el comportamiento humano están profundamente ligados al funcionamiento del cerebro, el cual posee una notable plasticidad y capacidad de transformación a partir de la experiencia, la atención plena, el afecto y la reflexión.

En períodos críticos, como la pandemia y su prolongación en el tiempo, la salud mental fue puesta a prueba. Según Siegel (2017), el equilibrio mental opera como una base interna que permite:

- No ser arrastrados por el miedo, la tristeza o la ira.
- Conservar la capacidad de tomar decisiones conscientes.
- Conectar con recursos de apoyo internos y externos.
- Construir y sostener vínculos saludables.

Siegel introduce el concepto de *mindsight* o “visión mental”, que implica la

integración de diferentes funciones del cerebro (razón, emoción, memoria, cuerpo) como condición para una salud mental armónica. Desde esta mirada, el cerebro humano es comprendido como el órgano más complejo, centro del pensamiento, los sentidos, la memoria y el aprendizaje (KidsHealth Medical Experts, 2023).

Durante el aislamiento y la cuarentena, surgieron múltiples expresiones del sufrimiento psíquico como ansiedad, enojo, tristeza, miedo e incertidumbre. No obstante, también surgieron respuestas resilientes: muchas personas cultivaron el optimismo, la esperanza y la transformación personal y colectiva. Como señala Leonardo Frías (2021), cuando el ser humano logra salir de su “caparazón” desarrolla con más fuerza habilidades como la compasión y la empatía. Esta realidad se manifestó tanto durante como después de la pandemia, en acciones solidarias y vínculos más afectivos con uno mismo, con la familia y con los demás.

En definitiva, la salud mental es inherente al ser humano, vital como el torrente sanguíneo que irriga nuestros órganos. Desde una perspectiva compleja, la pandemia y la postpandemia dieron lugar a múltiples narrativas, vivencias y significados sobre la salud mental, que hoy resultan clave para comprender los desafíos, aprendizajes y reconstrucciones emocionales que dejaron esta experiencia global.

3- Metodología

Con el propósito de explorar las experiencias vividas y sentidas durante el tránsito hacia la postpandemia, esta investigación adoptó un enfoque cualitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal. Esta perspectiva metodológica permitió captar con mayor profundidad las vivencias subjetivas de los participantes, favoreciendo una comprensión situada de los fenómenos relacionados con la salud mental en contexto.

La población de estudio estuvo conformada por miembros de la comunidad universitaria de la UNPA-UARG, pertenecientes a los tres claustros: estudiantes, docentes y personal no docente. La muestra fue seleccionada mediante un muestreo propositivo y por conveniencia, considerando criterios de diversidad y disponibilidad.

Como técnica de recolección de datos

se empleó la entrevista en profundidad, guiada por un cuestionario semiestructurado con preguntas abiertas, organizado en torno a cuatro dimensiones temáticas: Salud mental desde una perspectiva positiva; Cuidado y cuidado de sí; Género; Síndemia.

Cabe señalar que, previamente a su aplicación general, se realizó una prueba piloto que permitió ajustar aspectos relacionados con la comprensión, claridad y duración de las preguntas. La muestra final se conformó por 35 participantes. Cada entrevista fue codificada de la siguiente manera: Número de entrevista (Ej. 01); Claustro al que pertenece: Docente (D), Estudiante (E), No docente (ND); Género: Femenino (F) o Masculino (M). Un ejemplo: (01CE-GF) corresponde a la entrevista número 1, a una estudiante mujer del claustro estudiantil. Una vez realizadas las entrevistas, se procedió a la desgrabación textual completa de cada una. Posteriormente, se realizó la categorización inicial de los datos de acuerdo con las dimensiones del guión, para luego ser ingresadas en el software de análisis cualitativo ATLAS.ti. Los resultados se presentan en forma de tramos narrativos, seleccionados por su valor expresivo y por representar categorías emergentes relevantes para los objetivos del estudio.

4- Resultados

La investigación se centra en los relatos de los y las participantes acerca de sus vivencias durante la pandemia y su tránsito hacia la postpandemia, con especial énfasis en tres dimensiones: autocontrol, actitud prosocial y la autonomía.

Uno de los primeros interrogantes planteados en las entrevistas fue invitarles a expresar cómo conceptualizan la salud mental. A partir de sus respuestas, se observa una notable homogeneidad en las representaciones compartidas, que permite identificar una visión integrada del concepto. Las narrativas recabadas evidencian que los participantes conciben la salud mental como un estado de equilibrio e interconexión entre lo físico, lo mental, lo social y lo espiritual. Esta definición, expresada de manera clara y coherente, refleja una comprensión amplia y holística, alejada de los procesos patológicos.

4-1 Concepto de Salud Mental: voces de los participantes

- "Un equilibrio entre los sentimientos, los pensamientos y las reacciones, que uno puede tener ante las situaciones que la vida le representa".(27-CD-GF,2023)
- "Tiene que ver con una cierta situación de equilibrio donde no hay algo que te impide interactuar en la vida cotidiana", sin caer en extremos de "angustia" u "obsesión".(31CD-GM, 2023)
- "Define la salud mental como "el cuidado de la mente", conectando su estado mental con la salud física". (14CE.GF, 2023).

Se interpreta que estas narrativas representan más que una simple conceptualización: constituyen representaciones subjetivas profundas sobre el valor de la salud mental, especialmente en momentos de crisis. A través de sus relaciones, los y las participantes expresan una conexión afectiva significativa con el acto de resguardarse emocionalmente lo que permite identificar categorías emergentes vinculadas al cuidado de sí, la regulación emocional y el sostenimiento mutuo.

Desde este enfoque, resulta pertinente recuperar el pensamiento de Brené Brown (2021) quien plantea que el equilibrio emocional y la conexión humana no son un lujo, sino una necesidad esencial para la supervivencia emocional. En sus palabras: "La verdadera pertenencia no exige que cambiemos quiénes somos; exige que seamos quiénes somos" (Brown, 2021, p.43). Se pone en valor la autenticidad emocional y la contención como pilares fundamentales para la salud mental colectiva.

Asimismo, desde la mirada de Michel Foucault (1984), el *cuidado de sí* no es un acto individualista, sino una práctica ética que implica atención, autorreflexión y transformación. En tiempos de pandemia y postpandemia, este cuidado adquiere una dimensión relacional: cuidarse para cuidar, sostenerse para sostener.

4-2 Salud Mental desde un enfoque positivo

En coherencia con este enfoque, se profundizó en categorías vinculadas a una comprensión positiva de la salud mental, centrada en tres dimensiones fundamentales: autocontrol emocional, actitud prosocial y

autonomía. Estos elementos constituyen pilares esenciales de la salud mental positiva, ya que permiten comprender cómo las personas no solo enfrentan la adversidad, sino cómo desarrollan recursos internos y relacionales para sostener el bienestar.

Las contribuciones de los y las participantes, expresadas a través de sus relatos, permitieron identificar momentos clave en los que estas dimensiones se hicieron presentes. Sus relaciones dan cuenta de estrategias de regulación emocional ante situaciones de estrés, conductas solidarias y de ayuda mutua, así como de acciones orientadas a la búsqueda de sentido, logro personal y valoración del entorno .

Actitud Prosocial

- *"Cuando yo no tenía que trabajar, mi vecina de enfrente tenía que ir a trabajar sí o sí, entonces su nena, que tenía nueve años... Sí, tenía nueve añitos, me la dejó durante todo el año ese de la pandemia, cuando ella ya pudo, necesariamente tuvo que salir porque no tenía ingresos, yo le cuidaba a su hija y se la cuidaron durante toda la pandemia". Además, menciona haber confeccionado y repartido tapabocas entre sus vecinos, lo cual refleja una preocupación por el bienestar de la comunidad. (15CND, 2023)*
- *"Y comprábamos cosas en el supermercado. Y un vecino del barrio pasaba a comprar y las llevaba" (35CD-GF, 2023)*

Las narrativas evidencian el compromiso de los participantes con su entorno, actuando como sujetos que no solo se sostienen a sí mismos, sino que también contribuyen al bienestar colectivo. En relación con este concepto, Walter A. Gallegos (2015), citando a Epps, Park, Huston y Ripke (2003) y Beck, Hasting, Daley y Stevenson (2004), definen la conducta prosocial como aquella acción voluntaria de ayuda dirigida hacia otros, sin esperar una recompensa inmediata. A su vez, Martorell et al. (2011) amplían esta definición señalando al desarrollo emocional, la madurez y la configuración de la personalidad, elementos clave para comprender la salud mental desde una perspectiva positiva.

Autocontrol

Otra dimensión explorada en la investigación fue el autocontrol, entendido como la capacidad de autorregulación emocional y conductual que permite sostener el equilibrio interno y preservar la homeostasis frente a situaciones desafiantes. Esta categoría emergió con fuerza en los relatos, evidenciando cómo los participantes buscaron mantener la calma, la reflexión y la contención personal en momentos de tensión. Una de las narrativas lo expresa de la siguiente manera:

"Yo ante la desesperación... digamos, tener que estar encerrado, no poder salir... Sí, genero un poco de ansiedad, ¿no? Y vamos a decir esa desesperación de cuándo va a terminar esto y todo eso..." (13CE-GM, 2023)

Es importante destacar que surgieron expresiones atravesado de momentos de crisis, dolor, sufrimiento e incertidumbre. Sin embargo, como señalan diversos autores de la psicología positiva, "no está mal sentirse mal". El desafío es poder reconocer esas emociones y saber hasta dónde afecta y por cuánto tiempo se sostienen. En este marco, el autocontrol aparece como un mecanismo regulador interno, una especie de balanza intrínseca. Tal como lo evidencia la siguiente narrativa:

"...yo trabajaba desde las 9 de la mañana. Pues más o menos hasta las 3 de la tarde y después de las 3 de la tarde cerraba la compu..., y seguía con otras cosas..." (15CND,2023).

Este testimonio evidencia cómo, en situaciones límite, el ser humano despliega habilidades de autorregulación, organización y reflexión. Que permiten mantener cierto orden y preservar su bienestar. A través de la introspección y el manejo del tiempo, muchas personas lograron generar rutinas que no solo los sostuvieron a ellos mismos, sino que también funcionaron como modelos para quienes los rodeaban.

Autonomía

La autonomía como una de las experiencias más significativas durante el confinamiento, evidenciando la capacidad de los y las participantes para tomar decisiones conscientes, reorganizar sus espacios

personales, establecer límites saludables y asumir el control sobre sus propios procesos de adaptación.

Este eje se hizo especialmente visible en las relaciones de estudiantes universitarios, quienes debieron adaptarse a una modalidad de cursado virtual, gestionar el tiempo sin la estructura tradicional y mantener el compromiso académico en condiciones adversas. Así lo expresa una de las participantes:

“...Pude organizarme y priorizar mis estudios durante el período virtual...”. Comenta que logró adaptar sus hábitos y rutinas de manera autónoma para enfocarse en su formación académica. (I4CE-GF, 2023)

Esta voz da cuenta de una reorganización interna y externa, que implicó no solo modificar horarios o ambientes físicos, sino también construir una actitud reflexiva y activa frente a la situación. La autonomía, en este sentido, se convirtió en una herramienta clave para sostener el equilibrio y proyectar continuidad, incluso en un contexto de encierro. Desde la teoría de la autodeterminación de Deci y Ryan (2000), la autonomía es una de las necesidades psicológicas básicas que favorecen la motivación intrínseca, el bienestar y la autorrealización. En situaciones de crisis, como la pandemia, esta necesidad cobra aún más relevancia, ya que permite afianzar el sentido de agencia personal y construir resiliencia. Además, algunos participantes señalaron que el ejercicio de la autonomía no se limitó al ámbito académico, sino que también se expandió a la organización del hogar, el autocuidado emocional, la búsqueda de espacios personales y la capacidad de poner límites saludables a la sobrecarga digital. Estas prácticas, en muchos casos, funcionaron como estrategias de preservación del bienestar subjetivo, favoreciendo un equilibrio entre las exigencias externas y las necesidades internas.

5- Discusión

El abordaje de la salud mental implica una mirada compleja e interdisciplinaria, especialmente cuando se sitúa en tiempos de crisis como fue la pandemia de COVID-19 en 2020. A partir de este escenario disruptivo, comenzaron a surgir numerosos estudios que no solo se enfocaron en las consecuencias

negativas sobre el bienestar psicológico, sino también en los factores protectores, de adaptación y de crecimiento postraumático.

En este sentido, una investigación desarrollada en Austria y Finlandia con una muestra de 6.071 estudiantes austriacos y 1.653 finlandeses, exploraron la relación entre la satisfacción de necesidades psicológicas básica, competencia, autonomía y relación, y el bienestar emocional (Holzer, Lüftenegger et al., 2020). Los resultados mostraron que la necesidad de competencia fue el predictor más fuerte de emociones positivas, mientras que la autonomía dejó un papel central en el sostenimiento de la motivación intrínseca para el aprendizaje, incluso en condiciones de adversidad como el confinamiento. De forma complementaria, otro estudio realizado por Torinomi, Lindenberg et al. (2022) con 1.938 estudiantes universitarios analizaron los factores de protección asociados a la salud mental durante la pandemia. Bajo el título el título *“Predictores de la salud mental de los estudiantes durante la pandemia de COVID-19: El impacto de las estrategias de afrontamiento, el sentido de coherencia y el apoyo social”*, la investigación concluyó que variables como el apoyo social percibido, el sentido de coherencia (SOC) y las estrategias de afrontamiento adaptativas que se asociaron significativamente a mejores niveles de salud mental y menor sintomatología emocional.

Estos hallazgos, junto con las narrativas recogidas en la presente investigación en la comunidad universitaria de la UNPA-UARG, permiten afirmar que el ser humano busca activamente formas de reconstruirse y hacer frente a las inclemencias de su entorno, incluso desde lo cotidiano. Conceptos como el autocontrol, la actitud prosocial y la autonomía no solo emergen como categorías narrativas en este estudio, sino que además se consolidan como predictores clave de salud mental positiva. Estas dimensiones, lejos de ser abstractas, se expresan en decisiones concretas, vínculos sostenidos, organización del tiempo y estrategias de cuidado, lo que demuestra una resiliencia activa y consciente en la comunidad académica frente a la adversidad.

6- Conclusión

En síntesis, puede afirmarse que el cultivo de la salud mental desde un enfoque

positivo constituye una construcción posible incluso en tiempos de adversidad. Los seres humanos, aún en situaciones límite, disponen de recursos, aunque sean mínimos que les permiten adaptarse. Está realidad les permiten florecer y transformarse, cultivar habilidades significativas para la vida: la proso-cialidad, el autocontrol y la autonomía son ejemplos de ello.

Desde esta visión, las experiencias narradas por las y los participantes de este estudio confirman que, aún en momentos de crisis, es posible activar procesos de adaptación saludable, fortalecer vínculos, sostenerse emocionalmente y ejercer prácticas conscientes de cuidado de sí y de los otros, elementos fundamentales para una vida mentalmente saludable.

7- Referencias bibliográficas

- André, C. (2011). *Las almas heridas: Sabiduría y terapia para aprender a vivir con serenidad*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Beck, M., Hastings, PD, Daley, SE y Stevenson, MT (2004). *Comportamiento prosocial y aceptación entre iguales: El rol de la regulación emocional y la empatía*. Desarrollo I
- Brown, B. (2021). *Atlas del corazón*. Bermellón. ogue.es/living/articulos/netflix-documental-brene-brown-the-call-to-courage-se-valiente-vulnerabilidad/40095
- Deci, EL y Ryan, RM (2000). *El «qué» y el «por qué» de la búsqueda de objetivos: Necesidades humanas y la autodeterminación del comportamiento*. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01
- Epps, SR, Park, Y., Huston, AC, y Ripke, MN (2003). *Predicción de las trayectorias académicas y sociales de niños de bajos recursos a partir de las experiencias de cuidado infantil temprano*. *Early Childhood Research Quarterly*, 18(1), 1–23.
- Gallegos, WA (2015). *Conducta prosocial: aproximaciones conceptuales y aplicaciones educativas*. *Revista Iberoamericana de Educación*, 69(1), 51–72.
- Foucault, M. (1984). *Historia de la sexualidad III: La inquietud de sí*. Siglo XXI Editores.
- Frías L (2021) *Una mirada desde la psicología. La compasión, habilidad para ayudar a salir del desconsuelo*. aceta.unam.mx/la-compasion-habilidad-para-ayudar-a-salir-del-desconsuelo/
- Holzer, J., Lüftenegger, M., Korlat, S., Pelikan, ER, Salmela-Aro, K. y Schober, B. (2021). *Educación superior en tiempos de COVID-19: Satisfacción de las necesidades básicas, aprendizaje autorregulado y bienestar de los estudiantes universitarios*. *Revista de Psicología Educativa*, 113(6), 1292–1308. <https://doi.org/10.1037/edu0000602>
- Kids-Health Medical Experts (2023) *El cerebro y el sistema nervioso. Learn About Primary Care Pediatrics at Nemours Childre’s Health*. <https://kidshealth.org/es/teens/brain-nervous-system.html>
- Martorell, C., González, R., Ordóñez, A., & Capote, M. (2011). *Competencia emocional y comportamiento prosocial en adolescentes*. *Anales de Psicología*, 27(1), 1–8.
- Marrón, B. (2021). *Atlas del corazón: Mapeando el sentido de la conexión y el lenguaje del alma*. Ed. Urano.
- Siegel j. D. (2017) *MINDSIGHT: La nueva ciencia de la transformación personal*. Ediciones Paidós. 9788449325212.
- Sigman, M (2024) *La vida secreta de la mente. Nuestro cerebro cuando decidimos, sentimos y pensamos*. 14 ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Debate, 2024. ISBN 978-987-3752-31-5.
- Torinomi, C., Lindenberg, K., Kellner, M. y Kroenke, C. (2022). *Predictores de la salud mental de estudiantes universitarios durante la pandemia de COVID-19: El rol de las estrategias de afrontamiento, el sentido de coherencia y el apoyo social*. *Frontiers in Psychology*, 13, 841720. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.841720>

EL PROCESO DE CUIDADOS ENFERMEROS COMO ESTRUCTURA PARA LA GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN EN ENFERMERÍA

THE NURSING CARE PROCESS AS A STRUCTURE FOR INFORMATION MANAGEMENT IN NURSING

Esp. Laura Mabel Orosco

Licenciada en Enfermería, Especialista en Docencia Universitaria
Profesora Titular “Enfermería del Adulto y Adulto Mayor, Licenciatura en Enfermería
Docente-Investigadora Categoría III, Directora Grupo de Investigación “Cuidado Enfermero: Teorías y Prácticas”

Universidad Nacional de Mar del Plata.
lauraorosco2003@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0001-6213-4659>

Fecha de presentación: 25/03/2025

Fecha de aceptación: 10/05/2025

Resumen

El Proceso de Cuidados Enfermeros es la aplicación de la metodología científica en los cuidados enfermeros. Su desarrollo conceptual ha representado un gran aporte para la Disciplina y Profesión de Enfermería, contribuyendo no solamente a su delimitación, sino principalmente a la mejora de la calidad del cuidado brindado. Para ello se incorpora su teoría en la formación, para posteriormente posibilitar su aplicación en el ejercicio profesional, además del desarrollo disciplinar que promueve. Pero la incorporación de este marco teórico propio, como el Proceso de Cuidados, ha presentado importantes dificultades, en la formación como en los diferentes ámbitos del ejercicio profesional. En este artículo se describen resultados de estudios realizados a fin de identificar obstáculos, a nivel latinoamericano y en nuestra ciudad. Finalmente, se identifica como estrategia de consolidación para la aplicación del Proceso de Cuidados en la práctica la realización de registros Enfermeros acordes, por lo que se subraya entonces la importancia de generar información propia de Enfermería para la toma de decisiones autónomas.

Palabras clave: Enfermería, Proceso, Registros.

Abstract

The Nursing Care Process is the application of scientific methodology to nursing care. Its conceptual development has represented a major contribution to the discipline and profession of nursing, contributing not only to its definition but also, more importantly, to improving the quality of care provided. To this end, its theory is incorporated into training to subsequently enable its application in professional practice, in addition to the disciplinary development it promotes. However, the incorporation of this theoretical framework, such as the Nursing Care Process, has presented significant difficulties, both in training and in different areas of professional practice. In this article, we describe the results of studies conducted to identify these obstacles, both in Latin America and in our city. Finally, the creation of adequate nursing records is identified as a consolidation strategy for the practical application of the Nursing Care Process. Therefore, the importance of generating nursing-specific information for autonomous decision-making is emphasized.

Keywords: Nursing, Process, Records.

1- Introducción

El presente artículo se introduce en una dimensión amplia constituida por la profesión de Enfermería, los Cuidados y su investigación. El mismo surge como consecuencia de los diagnósticos identificados y analizados en investigaciones en el marco del Grupo “Cuidado Enfermero: Teorías y Prácticas”, con el desarrollo de Proyectos, y sus producciones, en relación al Proceso de Cuidados Enfermeros, su formación y su aplicación en el ejercicio profesional.

El Cuidado Enfermero es el objeto de estudio de la Enfermería, nutre a la disciplina y caracteriza a la Profesión. Su desarrollo en el ejercicio profesional no solo requiere de una sistemática formación y actualización, sino que también es necesaria su contextualización en los diferentes ámbitos en los que se desarrolla la Enfermería. En ellos Enfermería debe gestionar para, entre otros aspectos, brindar cuidados enfermeros de calidad que propicien mejores condiciones de vida de las poblaciones y dar respuestas a las necesidades de salud.

En base a esta necesidad de reforzar aspectos disciplinares y profesionales, es que se han realizado diversos estudios orientados hacia el análisis, en primer lugar, del proceso de cuidados enfermeros, como metodología inherente al Cuidado, y luego, de la identificación de dificultades en la generación de

información sobre el mismo en ámbitos asistenciales, que guíe la toma de decisiones propias. A estos estudios propios, se ha sumado la indagación de estudios realizados en la región y en otros países para el análisis de condicionantes y estrategias sugeridas.

2- Desarrollo

Enfermería desarrolla un cuerpo sustancial de conocimiento enfermero desde el siglo pasado, primero con el objetivo de convertirse en una profesión reconocida, y después para proporcionar cuidados profesionales a las personas, familias y comunidades. Como primera competencia de enfermería aparece el proceso de cuidados, cuyo objetivo es proporcionar cuidado de enfermería individualizado mediante un método sistemático y organizado (Marco Gisbert, A. et al 2003). En la evolución del conocimiento enfermero, como expresa Prysiazniy, (2024,p.8) diferentes pensadores y pensadoras de la Enfermería “se centraron en proyectar una forma de hacer profesional que se diferencie de lo meramente técnico procedimental y que sostendría la toma de decisiones de enfermería en relación con el cuidado de la salud de las personas”.

El concepto de Proceso de Cuidados ha transitado un devenir histórico, el cual es necesario recorrer para identificar la naturaleza

de este. El Proceso de Cuidados no constituye exclusivamente un “razonamiento teórico”, no es nada ajeno a la práctica diaria de la Enfermería, es, al contrario, la misma practica de Enfermería. El análisis histórico de su desarrollo brindara mayor claridad.

Luego del gran impulso brindado por Florence Nigthingale a finales del s. XIX, es a mediados del siglo pasado en donde se produce un avance considerable sobre aspectos profesionales y disciplinares de la Enfermería, siendo la identificación del Proceso Enfermero y su estudio uno de los aspectos relevantes. El término “Proceso de Atención de Enfermería” surgió en la propuesta de Hall (1955), sumándose posteriormente estudios de Johnson (1959), Orlando (1961), Wiedenbach (1963) y Yura y Walsh (1967). En ellos se identificaron cuatro momentos del accionar de Enfermería: La valoración, planificación, ejecución y evaluación, surgidos del análisis de la propia practica de la Enfermería. Se concebía, entonces, como un proceso a aquello que estaba implícito en cada una de las actividades de Enfermería, denominándose el Proceso Enfermero “de cuatro etapas”, cuyo estudio se basó en la propia practica de Enfermería, y es esta dinámica de los cuidados enfermeros, el que se aplica en los diferentes ámbitos en los que Enfermería se desarrolla.

Luego de estas propuestas, se identificó la necesidad de delimitación del problema de cuidado que, desde la valoración, debería identificar enfermería, para dar respuesta al sujeto de cuidado. Es así que, en la década del 70, Bloch (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) agregaron la fase diagnóstica, quedando constituido entonces el proceso por cinco etapas.

Con relación al termino Proceso de Cuidados, Susana Prysiazniy (2024) expresa:

Mientras que los acuerdos sobre las etapas del método se mantienen vigentes hasta la actualidad; la evolución del conocimiento disciplinar, condujo a la modificación o transformación de la construcción conceptual del método profesional y disciplinar, tanto en los enunciados del concepto como en las palabras utilizadas para representarlos. Se pueden encontrar diferentes autores que etiquetan o denominan al método disciplinar y profesional como Proceso

de Atención de Enfermería (PAE), Proceso Enfermero, Proceso de Enfermería (PE), Proceso de Cuidado, Proceso de Cuidar (PC). En este proceso, se fue excluyendo la palabra atención, debido a que conduce a confundir o a desdibujar el objeto de estudio disciplinar (cuidado), o porque quedó obsoleta en el discurso y en la práctica profesional, o bien porque demarca su utilización, exclusivamente, al campo del ejercicio profesional, limitando o dificultando su utilidad en otros campos disciplinares (educación, administración e investigación). Pero, además, se han incorporado otras palabras, cuidado o cuidar, ya sea para delimitar el objeto disciplinar y profesional, para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud, o bien para otorgar inteligibilidad al método tanto desde el punto de vista disciplinar como profesional (pp 8-9).

El proceso de cuidados y los lenguajes enfermeros en la formación

Un aporte sustancial a la metodología del Proceso de Cuidados lo constituyeron los Lenguajes Enfermeros, los cuales contribuyen al desarrollo y afianzamiento de la autonomía profesional. De todos los lenguajes enfermeros desarrollados, los que más aceptación y universalización han presentado son los Diagnósticos Enfermeros de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), las NIC (Clasificación de las Intervenciones Enfermeras) y las NOC (Clasificación de los resultados). Desde un análisis epistemológico, y teniendo en cuenta la jerarquía estructural del conocimiento, se reconocen a estas taxonomías como indicadores empíricos de las teorías (Duran de Villalobos, 2002). Estos indicadores empíricos ayudan a construir los estándares para la práctica, siendo, por lo tanto, el nexo entre la teoría y la práctica de la Enfermería, La literatura sobre el tema es numerosa, describiendo los beneficios del proceso tanto en el contexto asistencial como comunitario.

La incorporación de esta “nueva etapa”, la de los Diagnósticos de Enfermería, ha originado algunas dificultades, tanto en la formación como en su ejercicio profesional. Si

bien abordaremos estas dificultades con mayor amplitud, podemos identificar que es una etapa que no surge del análisis de la propia práctica, sino que es una incorporación a la misma, generando diversas actitudes ante los Diagnósticos Enfermeros. Desde el inicio de su incorporación a la práctica de la Enfermería, y en su formación, surgieron estudios que hablan de las dificultades de la aplicación de los Diagnósticos Enfermeros. Santo Tomas Perez (2000) llegó a identificar tres grupos de enfermeros en relación con el Proceso: *Defensores*, Enfermeras/os convencidos que la forma de mejorar la calidad de los cuidados y de afianzar la profesión es implantando el método el Proceso de Cuidados Enfermero; *Detractores*, los que piensan que no es útil por no conocerlo profundamente; y *Rendidos*, aquellos que han intentado ponerlo en práctica y “se han desencantado ante las dificultades” (Santo Tomas Perez, 2000). En esta tipología enunciada surgen aspectos esenciales como la formación, capacitación y actualización con relación al Proceso de Cuidados, y la necesidad de trabajar estrategias para su aplicación en los diferentes contextos del ejercicio profesional.

En el ámbito formativo latinoamericano se han identificado dificultades. En un estudio de una institución de formación superior de la Carrera de Licenciatura en Enfermería en México, se expresa que “La aplicación del Proceso Enfermero, depende del conocimiento y dominio del docente, al abordarlo como método para proporcionar el cuidado, ... la capacitación y actualización docente son elementos importantes para incorporarlos en su práctica pedagógica”. (Bejines Soto et al, 2012)

En nuestro país, en un estudio de corte transversal realizado en una institución universitaria de la región (García, E. 2011) se comparó el conocimiento y la aplicación del Proceso de Cuidados entre estudiantes del 1er ciclo -1ro a 3er año- y del 2do ciclo -4to y 5to año-. En el mismo surge que el 88% de cursantes del primer ciclo consideró adecuadas las experiencias educativas, pero se identificaron aspectos negativos tales como falta de unidad del equipo docente y expresaban “no acordar con el seguimiento del proceso realizado en la práctica”. Finalmente, la autora sugiere la necesidad de trabajar en la formación del proceso en forma gradual, en niveles de complejidad creciente durante su cursada, y de

promover estrategias que fomenten la construcción personal de conocimientos por parte de los/as estudiantes.

En nuestra institución se realizó un estudio descriptivo desde la percepción de los diferentes actores en el ámbito educativo (Docentes y estudiantes de 3ro, 4to y 5to) (Orosco, L., Cabrera, V., 2024) En el grupo de *docentes* se destacó la importancia de la enseñanza del Proceso de cuidados en las experiencias clínicas, si bien posteriormente no logran describir concretamente estrategias pedagógicas que propicien esa aplicación en esa práctica, identifican la necesidad de mayor capacitación, y de mayor articulación Inter cátedra. En el grupo de *Estudiantes*, reconocen la importancia del Proceso de Cuidados, señalan como fundamental las experiencias prácticas, reclaman criterios unificados en los/as docentes, “porque confunden a los estudiantes”. Puntalmente un estudiante expuso “Me genera curiosidad el por qué con el correr de los años, se va olvidando este proceso en el ejercicio de la profesión”. Para mejorar, plantean la necesidad de más prácticas, desde el primer año de la formación.

Se observa como aspectos presentes en los estudios mencionados la capacitación y actualización docente, y la unificación de criterios de estos. También surge fuertemente la importancia de las practicas pre profesionales para propiciar la internalización del Proceso Enfermero, y de poder desarrollar la aplicación del Proceso en las mismas, con adecuado seguimiento y orientación docente.

El proceso de cuidados y los lenguajes enfermeros en el ejercicio profesional

Luego de describir la situación que surge en el ámbito formativo, es necesario también identificar lo que sucede en los diferentes ámbitos del ejercicio profesional en relación con el Proceso de Cuidados y su aplicación práctica. Las dificultades que surgen en la formación luego repercuten en la práctica profesional. En estudios desarrollados en diferentes ámbitos del ejercicio de la Enfermería, se han señalado diferentes obstáculos para la implementación del Proceso.

En una institución de salud de alta complejidad, en Colombia, se realizó un estudio

a fin de describir los factores que favorecen o dificultan la aplicación del Proceso de Cuidados por parte de los profesionales de Enfermería en una institución de salud durante el año 2012. Surge que, si bien los/as enfermeros/as señalan al Proceso de importancia para la Profesión, en el ejercicio diario la sobrecarga laboral y la multiplicidad de tareas “opacan el quehacer disciplinar, aunque existe el deseo de brindar un cuidado con calidad” (Duque, 2014).

Otro estudio, en este caso en un Hospital en Sucre, Bolivia, “Dificultades en la aplicación del Proceso de cuidados” (Villanueva et al, 2018) se identifican factores institucionales y personales que dificultan la aplicación del Proceso de Cuidados. Entre los factores institucionales destacan la falta de registros propios de enfermería adecuados al Proceso de Cuidados, falta de formatos, de protocolos adecuados, inexistencia de organizaciones internas que contribuyan a la aplicación, señalando que no existe un comité institucional encargada del Proceso, falta de capacitaciones intrahospitalarias planificadas y, finalmente, insuficiencia de personal. Como factores personales surgen el nivel de conocimiento y de actualización. También en dicho estudio, se analizan las diferentes etapas del Proceso, y su aplicación. Específicamente con relación a cada una de las etapas del Proceso, en este estudio se describe que la etapa de valoración se aplica medianamente, debido a falta de formatos donde la realización de esta etapa quede registrada; en la etapa de diagnóstico no existe evidencia de su formulación en ningún registro; la etapa de planeamiento no es evidente en ningún registro; la etapa de ejecución su nivel de aplicación llega a nivel bajo debido a que se ejecutan acciones de enfermería sin registro específico adecuado al Proceso; finalmente, la etapa de evaluación también se evidencia la falta de registros para objetivos en el plan de cuidados. (Villanueva, M. Escalter, J.P., 2018)

Entre otras sugerencias, se describe la necesidad de incorporar instrumentos de registros adecuados a las etapas del Proceso de Cuidados en cada servicio y área de trabajo, como también protocolos que guíen el accionar de enfermería.

En un hospital de mediana complejidad de Ecuador, (Ruana Yarpaz, 2024) se realizó un estudio, dirigido a los profesionales de enfermería, los principales resultados fueron: El

66% refiere que la falta de formatos es un limitante para la aplicabilidad del proceso enfermero, el 66 % el poco interés en la realización del plan de cuidados, 62 % indica el desconocimiento sobre la metodología del proceso de enfermería, el 52% la desactualización del proceso de atención de enfermería influye en su inadecuada aplicación y el 50% indica que la sobrecarga laboral es un factor para la aplicación del Proceso de una manera correcta limitando la ejecución.

En un estudio descriptivo correlacional, con enfermeras de Chile, con el objetivo de determinar los factores que se relacionan con el uso del proceso y terminología clínica, en 2014, un 41,7% señaló conocer NANDA pero no usarlo, porcentajes similares se observaron en NIC y NOC. Entre las causas de la no utilización destacaron el no contar con registros estandarizado, sobrecarga laboral, falta de tiempo y falta de interés de directivos. El artículo demuestra que los/las enfermeros/as estudiados evidenciaron tener un bajo uso del Proceso de Enfermería y de la terminología propia, asociados a factores como falta de registro estandarizado y sobrecarga laboral, evidenciando la necesidad de actualización en taxonomías, clasificaciones, y estandarización de registros clínicos (Caballero et al, 2015).

En nuestra ciudad, se realizó un estudio a fin de indagar sobre la percepción de graduadas/os en instituciones de salud con relación al Proceso de Cuidados, (Calvo, P., Hernández Pascual, C., 2024), En el mismo refieren como principales dificultades la heterogeneidad en la formación (Enfermeras/os que se han formado en diferentes instituciones de educación superior terciarias o universitarias) y la necesidad que los registros den cuenta de este proceso. Solicitan a la universidad “implementar alguna forma de facilitar su aplicación en el ámbito laboral dado que es compleja su aplicación” y espacios de capacitación. También surge que “ni siquiera hay un acuerdo entre los grupos formadores. Si no se cambia la cabeza siempre caemos en las zonas de confort, los viejos modelos...”. Finalmente expresan que, si bien reconocen la importancia del Proceso de Cuidados, “hay mucha distancia entre la teoría y la práctica”, consideran importante “preparar al estudiante al choque con la realidad, dado que la gran mayoría ingresará al ámbito hospitalario y la realidad es

muy distinta...al estar mejor preparados podrían tener mejores herramientas para generar un cambio en la implementación de cuidados y aplicación del proceso”.

En aspectos cualitativos, según la institución formadora, se identifican como fortaleza en egresados/as de la universidad con relación a los registros, no así en las otras instituciones. En cuanto a debilidades, la “poca practicabilidad” del proceso de Cuidados aprendido y dificultades en relación con poco conocimiento de este y falta de unidad de criterios, presentándose estas dificultades sin distinción de institución formadora. También mencionan la falta de tiempo, las tareas “desvirtuadas” (Tareas que realiza Enfermería que no le corresponden), planillas de registro “poco ágiles” y la falta de apoyo institucional para implementar cambios. (Orosco, L. et al, 2022).

Los registros enfermeros, fundamentales para la aplicación del proceso de cuidados

En la presente descripción de dificultades que refieren enfermeros/as surge la importancia que los sistemas de registros puedan acompañar el desarrollo e implementación del Proceso de Cuidados en los diferentes ámbitos del ejercicio profesional. Aquí surge una consideración relevante: la necesidad de mejorar los registros enfermeros, de mejorar la información.

Mejorar la gestión de la información de la atención de salud se ha convertido en la actualidad, en un elemento esencial. La aplicación del Proceso de Cuidados constituye entre otros aspectos, un sistema de información que planifica, evalúa e investiga con el objetivo de dar seguimiento de los cuidados,

Wigodski, J. (2012) describe que en la Clasificación Internacional de la Práctica de Enfermería (ICNP) se enuncian las necesidades de información de la enfermería, las mismas son:

- Necesidad de una adecuada práctica en la documentación en enfermería, apoyo a la toma de decisiones clínicas, continuidad del cuidado y monitoreo de la calidad del cuidado.
- Necesidad de medir, comparar y sintetizar los datos con los cuales se estiman las necesidades para la gestión y

administración del cuidado de enfermería.

- Necesidad de contar con información acerca del cuidado para la planificación de los diseños curriculares, mejorar la relación entre teoría, práctica e investigación.

- Necesidad de describir el cuidado, la creación de bases de datos internacionales para poder comparar diferentes contextos y medir la efectividad de la provisión y asignación del cuidado, como un tópico de vital importancia en la investigación en enfermería.

- Necesidad de comparar datos para los estudios epidemiológicos y de costo beneficio y el esclarecimiento del rol del enfermero dentro del equipo multidisciplinario en la toma de decisiones.

El generar datos, interpretar los datos para transformarlos en información, e interpretar la información para transformarla en conocimiento, se torna fundamental. (Wigodski, J. et al., 2012).

Fortalecer el Cuidado Enfermero requiere de una adecuada práctica en la documentación. Esta es un apoyo fundamental para la toma de decisiones clínicas, propicia la continuidad del cuidado y posibilita el monitoreo de la calidad del cuidado.

Específicamente sobre los registros enfermeros, en un estudio realizado en nuestra ciudad se identificó que los registros enfermeros realizan hincapié en las acciones interdependientes, en desmedro de las independientes, no expresando la autonomía de nuestra Profesión. Los registros especialmente son escasos de varios patrones de Salud, en especial de los patrones de Afrontamiento, Rol relaciones, Sexualidad y el de valores/Creencias, datos que luego no se poseen como insumo de información para la toma de decisiones (Folgado, et al, 2009).

El trabajo “Construcción de datos enfermeros: Sustancial para la toma de decisiones”, se realizó en 2 instituciones de salud (Orosco. et al, 2022) a fin de indagar sobre los registros enfermeros utilizados, identificar las fuentes de información para la toma de decisiones, la construcción de datos

propios y una aproximación a la utilización de herramientas informáticas por parte de Enfermería. Ante la consulta de las etapas del Proceso de Cuidados, se indago sobre la realización y el registro de cada una de ellas (valor de 1-Nunca- a 5-Siempre-) se obtuvo: “Valoración” se realiza en 3,66 y se registra 3,23, “Planificación” se realiza 2,71 y se registra 2,47, “Ejecución”, se realiza 2,66 y se registra 2,42, “evaluación” se realiza 2,61 y se registra 2,38, y la más baja “Diagnósticos” se realiza 2,14 y se registra 2,09. Los registros que se utilizan son la Historia Clínica -electrónica y de papel- (85,7%), mientras que registros como “Informes al alta” y “Registros de incidentes” presentaron escasas frecuencias. Ante la consulta de fuentes para la toma de decisiones, en base a “Conocimiento teórico” (“Casi siempre”80%), “Experiencia en el Área”, (“Casi siempre”60%), y en menor medida “Sugerencias de colegas” (“Pocas veces”55%). En este punto claramente surgió que la utilización de datos estadísticos es baja, “en base a datos estadísticos” (“Pocas veces” 50%, “Nunca” 25%); en relación a la construcción de datos propios, “Realiza estadísticas en su lugar de Trabajo” (“No” 90%), realiza controles/ auditorias “Sobre registros” (“No” 75%), “Sobre planificación de cuidados” (“No” 75%), “Sobre Diagnósticos Enfermeros” (“No” 90%), “Sobre criterios de evaluación” (“No” 75%). Finalmente se consultó sobre conocimiento de planillas Excel, “No” 60%. Sumando datos cualitativos, se preguntó ¿En los registros enfermeros, que fortalezas o aspectos positivos puede mencionar? “Poder saber que se realizó en la guardia anterior”, ¿Que debilidades o aspectos negativos puede mencionar? “Letra poco legible”, “Escaso con relación a los cuidados realizados”, “Muy reducidos, el espacio es pequeño”, ¿Como considera que deberá mejorarse la situación de tener más datos para una adecuada toma de decisiones en enfermería? “Mejor accesibilidad a las Historia Clínica, planillas pre llenadas para pase de guardia, capacitación, protocolos para la realización de registros”. En este estudio se observó que se continúa obteniendo datos de escasa utilización de registros propios que brinden información para la toma de decisiones, y la necesidad de construcción de datos propios de Enfermería.

Un aspecto que surge es la cada vez más frecuente utilización de registros electrónicos, y

de utilización de tecnología digital Vialart Vidal expresa “aquí es necesario plantear que la enfermería tiene que prepararse para los retos profesionales que debe asumir de manera consciente al incorporar a su accionar las tecnologías informáticas” (Vialart Vidal, M., 2016) en el marco de cuidados humanizados.

3- Conclusión

Se debe continuar fortaleciendo desde la formación el Proceso de Enfermería con acciones de capacitación y articulación de docentes de las diferentes asignaturas, como así también, entre las diferentes instituciones formadoras, pues la realidad que presenta la Carrera de Enfermería es la variedad de instituciones formadoras (Nivel universitario y Superior no universitario). Además, incluir el elaborar estrategias de aplicación del Proceso desde la formación, para posibilitar la transición de la parte teórica del proceso a la práctica propiamente dicha.

En los ámbitos del ejercicio profesional, trabajar juntamente con los profesionales que ejercen, en capacitación y de promover el diseño colaborativo de estrategias de minimización de dificultades y fortalecimiento de la identidad profesional, identificando como un elemento central, la mejora del sistema de registros enfermeros

Para consolidar la autonomía profesional se vuelve indispensable propiciar estrategias que potencien la posibilidad de contar con datos enfermeros propios, el Proceso de Cuidados Enfermeros brinda una estructura para generar información, analizarla y en base a ella tomar decisiones.

Las instituciones de salud se han vuelto más complejas y los cambios demográficos y epidemiológicos en salud caracterizan el entorno en el que se otorgan los cuidados. A este contexto complejo y cambiante, la gestión de los cuidados debe estimular la creación de modelos de cuidado basados en la concepción de la disciplina de enfermería. El uso del lenguaje, de conceptos comunes en la práctica clínica que refuercen su potencial, el compromiso y la identidad profesional de la enfermería, fortaleciéndose con el conocimiento enfermero de sus propias actividades, constituye un gran desafío para la formación, la práctica y la gestión de la información en enfermería.

4- Referencias bibliográficas

- Bejines Soto, M., Arteaga Vega, G., Rodríguez, M. y Aguilar Núñez, L. (2012) Enseñanza y aplicación del Proceso de Enfermería, en una Institución de Educación Superior, Rev Desarrollo Científ Enferm. Vol. 20 N° 2 Marzo, 2012, México
- Caballero, E., Aguiar, N., Alegria, M., diaz, I., Chacon, C., Hernandez, A. y Rienzo, A (2015) Nivel de uso del lenguaje estandarizado en el Proceso de Enfermería. Revista Enfermería: cuidados humanizados, ISSN-e 2393-6606, ISSN 1688-8375, Vol. 4, N°. 1, 2015, págs. 39-45, Chile
- Calvo, P. y Hernández Pascual, C. (23 y 24 de Octubre de 2024) El Proceso de Cuidados. Presentado en X Congreso Nacional de Educación en Enfermería "Inversión e innovación en educación en enfermería construyendo el futuro del Cuidado de la Salud", Universidad Nacional Arturo Jauretche, Buenos Aires
- Durán de Villalobos, María Mercedes. (2002). Marco epistemológico de la enfermería. Aquichan, 2(1), 7-18. Recuperado el 02 de mayo, 2025, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100003&lng=en&tlng=es.
- Duque, P. A. (2014). Factores relacionados con la aplicabilidad del proceso de atención de enfermería en una institución de salud de alta complejidad en la ciudad de Medellín, Colombia. Rev Univ salud, 16(1), 101.
- Folgado, R., Madoery, D. y Orosco, L. (2009) El silencio entre las respuestas Poster presentado en el XIX Congreso Argentino de Enfermería, Posadas, Misiones, publicado en el Libro de Resúmenes, pag 88
- García, E., (2010) Dificultades de los cursantes para conocer y aplicar el Proceso Enfermero en la Escuela Superior de Ciencias de la Salud, UNICEN, 2010. Tesis de Maestría en Educación Medica, Universidad Nacional de Tucuman.
- Marco Gisbert, A. Fonfría Vivas, C. Cerrada, R. San Martín Hernández, G. (2003) Integrar el Rol de Enfermería en nuestra práctica diaria, Revista Rol de Enfermería 26(4):272-276, España
- Orosco, L., Chiramberro, M., Moyano, V. y Campanella, F. (29 y 30 de noviembre de 2022) El Proceso de Cuidados Enfermeros, dificultades identificadas en el ejercicio profesional. Poster electrónico presentado en las V Jornadas INVESTIGAR "Diálogos y Desafíos", Universidad Nacional de Mar del Plata
- Orosco, L., Campanella, F., Chiramberro, M. y Tejeda, C. (29 y 30 de octubre de 2022). La construcción de datos Enfermeros, sustancial para la toma de decisiones, Poster electronico presentado en el I Coloquio Argentino de Investigación en Enfermería, Córdoba. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=f67G9Z-C14>
- Orosco, L (2015) "La aplicación de los Lenguajes Enfermeros en la práctica ¿Requiere necesariamente de la informática?", presentado durante el VII Congreso Argentino de Educación en Enfermería, Rosario, Facultad de Ciencias Medicas, premio "Rosa Pedros"
- Orosco, L., Campanella, F. y Sanchez, P. (2023) Gestao da informacao de enfermagem, esencial para a autonomia professional. Revista Multidisciplinar de estudos Cientificos em saude ISSN 2526-2874, Anais do CIPCE-2023: 4º Congresso Internacional de Produção Científica em Enfermagem. disponible en <https://www.revistaremeccs.com.br/index.php/remecs/article/view/1477/1501>
- Orosco, L., Peralta, N., Moyano, V., Tejeda, C. y Chiramberro, M. (2023) O proceso de asistencia de enfermagem. Visao das enfermeiras. Revista Multidisciplinar de estudos Cientificos em saude ISSN 2526-2874, Anais do CIPCE-2023: 4º Congresso Internacional de Produção Científica em Enfermagem. disponible en <https://www.revistaremeccs.com.br/index.php/remecs/article/view/1507/1533>
- Orosco, L. y Cabrera, V (2024) El curriculum oculto en la enseñanza del Proceso de Cuidados Enfermeros" Presentado en II Edición de las Jornadas Investigar UNMdP: Universidad, Sociedad y Desafíos Ambientales, Universidad Nacional de Mar del Plata
- Ruano Yarpaz, O. (2023) Factores que influyen en la correcta aplicación del proceso de atención de enfermería, Hospital Marco Vinicio Iza, Universidad Uniandes, <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/17977>
- Santo Tomás Pérez, M. (17 y 18 de noviembre de 2000) El diagnóstico enfermero en el curriculum de los alumnos de enfermería. En Jornadas de Enfermería Comunitaria en Castilla y León. Ponferrada, 2000, Diagnósticos enfermeros en atención primaria. Aplicación práctica ISBN 84-7719-918-3, págs. 21-32
- Vialart Vidal, Niurka. (2019). La gestión del cuidado humanizado de enfermería en la era digital. Revista Cubana de Enfermería, 35(4), . Epub 01 de diciembre de 2019. Recuperado en 02 de mayo de 2025, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192019000400014&lng=es&tlng=es

- Villanueva, M. Escalter, J.P (2018) Factores que dificultan la aplicación del proceso enfermero en el Hospital Universitario de Sucre. Revista Ciencia, Tecnología e Innovación versión impresa ISSN 2225-8787, vol.16 no.18
- Wigodski Sirebrenik, J., Hernandez Cortina, A., y Caballero Muñoz, E. (2012) Informática en enfermería: un desafío a la formación actual. Medwave (en línea)

PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA: DESIGUALDAD SOCIAL Y ATENCIÓN SANITARIA

NURSING PRACTICES: SOCIAL INEQUALITY AND HEALTHCARE

Est. Samara María Ferreira dos Santos

Estudiante del Curso de Enfermería de la Faculdade de Carapicuíba. Miembro del Grupo de Investigación JoaMar Maia en el Instituto Enfservic.
samara24004@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-9593-3926>

Mg. Luiz Faustino dos Santos Maia

Enfermero. Jornalista. Escritor. Investigador. Editor Científico. Máster Universitario en Ciencias de la Salud y Cuidados Intensivos. Especialista en Salud Pública y Salud Familiar; MBA en Innovación y Emprendimiento; Liderazgo y Coaching en Gestión de Personas. Coordinador y Profesor del Curso de Enfermería. Coordinador del Grupo de Investigación JoaMar Maia en el Instituto Enfservic.

Miembro de la Asociación Brasileña de Investigadores Negros (ABPN).

dr.luizmaia@yahoo.com.br

<https://orcid.org/0000-0002-6551-2678>

Fecha de presentación: 25/03/2025

Fecha de aceptación: 10/05/2025

Resumen

Este trabajo tiene como objetivo describir las prácticas de enfermería y la atención a la salud frente a las desigualdades sociales. La enfermería, especialmente en la Atención Primaria de Salud, desempeña un papel central en la promoción de la atención integral, centrándose en la prevención, la rehabilitación y la educación para la salud. Sin embargo, persisten desafíos cuando se trata de poblaciones en situación de vulnerabilidad, como los remanentes de quilombos y la población negra, que enfrentan dificultades para acceder a los servicios de salud, resultantes de factores históricos, sociales, económicos y culturales. Basado en una revisión integradora de la literatura, realizada en bases de datos como SciELO, Latindex y Pubmed, el estudio destaca la importancia del trabajo de las enfermeras en la identificación de necesidades sociales y en la construcción de cuidados sensibles a la diversidad. Además, se destaca la necesidad de una formación profesional crítica y culturalmente competente, capaz de contribuir a un sistema de salud más justo, equitativo e inclusivo.

Palabras clave: Enfermería, Atención de salud, Desigualdad social.

Abstract

This study aims to describe nursing practices and health care in the face of social inequalities. Nursing, especially in Primary Health Care, plays a central role in promoting comprehensive care, focusing on prevention, rehabilitation, and health education. However, challenges persist when it comes to vulnerable populations, such as the remnants of quilombos and the black population, who face difficulties in accessing health services due to historical, social, economic, and cultural factors. Based on an integrative literature review conducted in databases such as SciELO, Latindex and Pubmed, the study highlights the importance of nurses' work in identifying social needs and building care that is sensitive to diversity. In addition, it emphasizes the need for critical and culturally competent professional training, capable of contributing to a more fair, equitable, and inclusive health system.

Keywords: Nursing, Healthcare, Social inequality.

I - Introducción

Los profesionales de enfermería tienen una actuación consistente en el contexto actual con importantes contribuciones a la salud de la población, hecho que los distingue como promotores del desarrollo humano, que produce no sólo cuidados de salud, sino también valores, cualidades que van en dirección a mejorar la salud de las personas. En este contexto, la Atención Primaria de Salud interpela al profesional de enfermería, además de aplicar integralmente un conjunto de cuidados al individuo, familia y comunidad en el proceso salud-enfermedad, debe ayudarles a adquirir habilidades, hábitos y conductas que promuevan su autocuidado en el marco de la atención primaria comunitaria que incluye la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud y la prevención de enfermedades (Silva 2022).

Dado que el concepto de salud se entiende como el estado completo de bienestar físico, psicológico y social y no sólo la ausencia de enfermedades, el sujeto debe ser capaz de lidiar con su condición de salud y/o enfermedad en el entorno que habita, considerando el medio ambiente en los matices de sus desigualdades y diversidades (Musselin et al, 2019).

Entre los grupos poblacionales vulnerables, podemos citar los remanentes de quilombos, que se definen como grupos étnico-

raciales, con premisa de ascendencia negra, con una cultura particular y que se encuentran distribuidos por todo el territorio brasileño. Se concentran principalmente en lugares alejados de los centros urbanos, lo que les deja en desventaja en relación a los servicios prestados por las autoridades públicas, lo que se traduce en escasez de empleos, acceso a la salud, educación, ocio y transporte. Además de las precarias condiciones de vivienda y saneamiento básico, impone una falta de infraestructura e inversiones sociales fundamentales (Grimaldi et al, 2021).

La agenda de las desigualdades sociales en salud estuvo presente en la historia de la construcción de los derechos a la salud en Brasil, principalmente vinculada a la posibilidad del acceso a la salud a diferentes poblaciones con la Constitución Federal de 1988, que definió la salud con un concepto amplio, que incluyó sus principales determinantes y señaló, en términos generales, los principios del Sistema Único de Salud (SUS): universalidad, integralidad y equidad. Desde entonces, los servicios de salud y los profesionales del área y en formación en salud se han enfrentado a una población diversa, debido a sus diferentes etnias, razas, clases sociales y culturas, que son factores que influyen en el proceso de salud y atención (Musselin et al, 2019).

La fragmentación de la atención sanitaria,

combinada con cambios demográficos y epidemiológicos y agravada por las desigualdades en el acceso a los servicios, plantea un desafío a los sistemas de salud. Las personas con enfermedades crónicas, con mayores fragilidades y discapacidades, así como aquellas en situación de mayor vulnerabilidad social, requieren mayores cuidados y demandan servicios más frecuentes y concomitantes en diferentes especialidades y niveles de atención, resultando en interdependencia entre los puntos de la red de atención. La fragmentación sistémica tiene consecuencias negativas para la eficiencia y eficacia de las acciones de salud, contribuyendo al aumento de las inequidades y la vulnerabilidad en lo que respecta, sobre todo, al acceso y utilización de los servicios y a la atención integral (Ribeiro et al, 2020).

La población negra brasileña presenta vulnerabilidades epidemiológicas y sociales que implican, por ejemplo, dificultades en el acceso a los servicios de salud. Esta condición es identificada en muchos estudios brasileños que también demuestran dificultades en el acceso a los servicios de salud y establecen una relación con procesos de estigmatización racial. En Brasil, otros factores que contribuyen a la dificultad de acceso son los niveles de educación y de ingresos, aspectos sociales y económicos que determinan las condiciones de vida de una población en la que las mujeres negras están más expuestas en términos de acceso no calificado a los servicios de salud. (Silva et al, 2020).

La vulnerabilidad puede entenderse entonces como el entrelazamiento de condiciones materiales, políticas, culturales, jurídicas y subjetivas que orientan el conocimiento y las prácticas de salud. Es un enfoque conceptual que permite análisis multidimensionales, constituyéndose en un concepto mediador de acciones y mecanismos para abordar condiciones sociales adversas, orientando intervenciones políticas con base en las múltiples relaciones entre elementos existentes en diferentes contextos sociales (Dimenstein et al, 2020).

Considerando la relevancia del tema, este estudio tiene como objetivo describir las prácticas de enfermería y la atención a la salud frente a la desigualdad social.

2- Material y Método

Este es un estudio de revisión integradora de literatura. Las etapas de esta revisión se basaron en un protocolo previamente establecido, buscando mantener el rigor científico y metodológico.

La investigación se realizó en bases de datos como SciELO, Latindex, Pubmed, utilizando los siguientes descriptores: enfermería; cuidado de la salud y desigualdad social.

Los criterios de inclusión fueron artículos publicados entre 2019 y 2024, disponibles íntegramente en portugués, inglés y español. Para excluir resultados se utilizaron factores como duplicación y resultados diferentes al tema abordado. Esta fase se demuestra en la (figura 1).

Figura 1. Búsqueda y selección de estudios.

Fuente: Santos, Maia, 2025.



3- Resultados y Discusión

La posición socioeconómica de un individuo, a su vez, configura determinantes específicos del estado de salud, conocidos como determinantes intermedios de la salud. Estos determinantes intermedios incluyen circunstancias materiales y psicosociales, como la vivienda, la disponibilidad de alimentos, las condiciones de vida y el apoyo social, así como factores biológicos y conductuales (Mondragón-Sanchez et al, 2022).

En el ámbito de la salud, las diferencias raciales se hacen claramente visibles, afectando desproporcionadamente a la población negra. La persistencia de las desigualdades raciales en materia de salud es un reflejo de un legado de prejuicios y exclusión que ha perdurado a lo largo del tiempo. Así, la población negra enfrenta grandes barreras para acceder a una atención sanitaria adecuada, lo que se traduce en menores niveles de salud y mayor vulnerabilidad a diversas enfermedades (Maia, 2024).

Las enfermeras deben ser sensibles a las diferencias culturales, entendiendo que éstas deben formar el núcleo de la planificación de las acciones de cuidado, ya que la interacción y asimilación de las acciones propuestas están directamente relacionadas con los valores culturales de los individuos y las comunidades. Para ello, es necesario ser culturalmente capaz, lo que significa que debe ser capaz de comunicarse y aceptar a la persona, ayudar y comprender sus problemas y defenderla en contextos socialmente construidos (Grimaldi et al, 2021).

En general, los profesionales de la salud tienen dificultades para trabajar con personas en situaciones de vulnerabilidad. En este sentido, es importante producir investigaciones sobre esta temática para que la enfermería tenga un papel estratégico en la atención a la salud en este contexto. La enfermería es una profesión fundamental para la promoción y educación para la salud, ya que constituye un campo de actuación estratégico para mejorar las condiciones de salud y los factores de vulnerabilidad (Mondragón-Sánchez et al, 2022).

La recepción puede movilizar otras herramientas, por ejemplo la escucha cualificada, que favorece la construcción de vínculos y una mejor interpretación de las necesidades de los usuarios. Por lo tanto, se considera clave en el proceso de trabajo en salud. El vínculo y la acogida son herramientas que pueden entonces garantizar los atributos de la Atención Primaria de Salud, como el primer acceso, la longitudinalidad, la continuidad y la integralidad de la atención, pues tienen el poder de mediar las relaciones entre usuarios y trabajadores de salud, mejorando el proceso de atención en función de las necesidades de salud de los usuarios. Es importante resaltar que las necesidades de salud están determinadas social e

históricamente y abarcan diferentes dimensiones, que van desde el ámbito más singular e individual hasta el ámbito estructural y de las relaciones sociales (Lachtim et al, 2023).

Aunque existe una desigualdad social exorbitante, principalmente étnico-racial, las prácticas de atención de enfermería deben ir más allá, priorizando la no violación de derechos, ofreciendo no solo apoyo, sino escucha activa para minimizar las quejas, promoviendo la inclusión y la equidad en la atención (Santos, Maia, 2024).

Intervenciones como: conferencias, stands con materiales educativos, talleres, programas de tutoría y asesoramiento telefónico, ampliación del horario de atención de la unidad, búsqueda activa, vienen favoreciendo más posibilidades de que la comunidad utilice los servicios de salud (Carvalho et al, 2019).

La enfermería, que trabaja en la primera línea de atención, desempeña un papel crucial en la creación e implementación de intervenciones. Esto promueve la colaboración entre diversos profesionales y mejora la comprensión completa de los problemas de salud y las soluciones necesarias. La participación comunitaria permite que las personas se involucren en una variedad de contextos para apoyar la promoción y la prevención de la salud. Esta interacción es especialmente promovida por enfermería, que juega un papel esencial en las decisiones relacionadas con la atención de la salud (Ferreira et al, 2019).

La práctica que involucra equidad, justicia e inclusión requiere fortalecer, al mismo tiempo, la identidad única y el colectivo de la profesión de enfermería. En este sentido, es responsabilidad del profesional dedicarse a un análisis más profundo y progresivo de los desafíos que enfrenta la enfermería para que su práctica profesional sea justa. Además, es fundamental que los profesionales tengan un compromiso político con los cambios sociales, políticos y económicos, creando iniciativas que fomenten transformaciones en la sociedad y mejoras en la calidad de vida de las personas (Velloso et al, 2020).

4- Conclusión

La enfermería desempeña un papel esencial en la lucha contra las desigualdades

sociales relacionadas con la salud, especialmente en el ámbito de la Atención Primaria. El trabajo que realizan las enfermeras va más allá de la mera asistencia técnica, incorporando iniciativas que fomentan el autocuidado, la valorización de la cultura y el respeto a las condiciones de vida de las personas y las comunidades.

Ante las fragilidades que impactan a grupos como los descendientes de quilombos y la comunidad negra, es fundamental que los profesionales de enfermería actúen con sensibilidad cultural, escucha activa y establezcan una conexión, identificando los factores sociales

que inciden directamente en el ciclo salud-enfermedad.

Para garantizar una atención integral y justa, es fundamental mejorar la formación crítica y humanizada de los profesionales, además de implementar políticas públicas que faciliten el acceso a los servicios de salud. Por lo tanto, la enfermería juega un papel crucial en la construcción de un sistema de salud más equitativo, inclusivo y alineado con las verdaderas necesidades de la sociedad.

5- Referencias bibliográficas

- Carvalho, M.R., Caminha, J.M., Ribeiro, E.E.S., et al. (2019). Prácticas de enfermería en la promoción de la salud del hombre: una revisión integradora. *REAS/EJCH* 26:e460.
- Dimenstein, M., Cirilo Neto, M. (2020). Enfoques conceptuales de la vulnerabilidad en el ámbito de la salud y la asistencia social. *Pesqui Prát Psicossociais* 15(1):1-17.
- Ferreira, A.G., Carvalho, D.P.C., Barlem, E.L.D., et al. (2019). Participación social en la salud y papel de enfermo: aplicación del modelo ecológico. *Rev Fund Care Online* 11(5):1360-1367.
- Grimaldi, M.R., Camargo, C.L., Conceição, M.M., Whitaker, M.C., Oliveira, P.M. (2021). El papel de la enfermería para la promoción de la sostenibilidad en poblaciones vulnerables. *Enferm Foco* 12(4):826-831.
- Lachtim, S.A.F., Freitas, G.L., Lazarini, W.S., et al. (2022). Vinculación y Acogimiento en la Atención Primaria de Salud: potencialidades y desafíos para el cuidado. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva* 16(4):87-97.
- Maia, L.F.S. (2024). Educación antirracista en el contexto de la enfermería: un enfoque necesario para una salud inclusiva. *Rev Recien* 14(42):808-817.
- Mondragón-Sánchez, E.J., Pinheiro, P.N.C., Barbosa, L.P. (2022). Desigualdades en salud de adolescentes en situación de calle. *Rev Latino-Am Enferm* 30(spe): e3756.
- Musselin, L., Corrêa, F., Detoni, P.P., Santos, M.V. (2019). El desafío de las acciones interdisciplinarias en salud ante la diversidad y la desigualdad social. *Disciplinarum Scientia Série: Ciências da Saúde* 20(1):123-36.
- Ribeiro, S.P., Cavalcanti, M.L.T. (2020). Primary health care and coordination of care: device to increase access and improve quality. *Ciênc Saúde Coletiva* 25(5):1799-808.
- Santos, S.M.F., Maia, L.F.S. (2024). Salud de la población negra en la formación profesional de enfermería. *Rev Remecs* 2(Spe):58-65.
- Silva, E.M. (2022). La importancia de la consulta de enfermería en atención primaria. *REASE* 8(12):641-56.
- Silva, N.N., Favacho, V.B.C., Boska, G.A., Andrade, E.C., Mercês, N.P., Oliveira, M.A.F. (2020). Acceso de la población negra a servicios de salud: una revisión integrativa. *Rev Bras Enferm* 73(4):e20180834.
- Velloso, I.S.C., Pereira, M.S., Salas, A.S., Araújo, M.T. (2020). Retos de enfermería en la promoción de prácticas de equidad en salud: diálogo entre enfermería de Brasil y Canadá. *REME - Rev Min Enferm* 24:e-1282.

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA AMBIENTAL EN HOSPITALES SUSTENTABLES EN ESTUDIANTES Y PASANTES DE ENFERMERÍA DEL CENTRO DE MÉXICO

EFFECTIVENESS OF AN ENVIRONMENTAL EDUCATIONAL INTERVENTION ON SUSTAINABLE HOSPITALS IN NURSING STUDENTS AND INTERNS IN CENTRAL MEXICO

Dr. Javier Isidro Rodríguez López

Doctor en Ciencias de Enfermería, Magíster en Gestión Empresarial Ambiental, Docente Universidad Antonio Nariño.

javierisidorodriguezl@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-1907-4152>

Dr. José Manuel Herrera Paredes

Doctor en Ciencias de Enfermería, Docente, Universidad de Guanajuato.

mherrera@ugto.mx

<https://orcid.org/0000-0001-7631-5904>

Dra. Elizabeth Guzmán Ortiz

Doctora en Ciencias de Enfermería, Docente, Universidad de Guanajuato.

elizabeth.guzman@ugto.mx

<https://orcid.org/0000-0002-4944-0600>

Dra. Juliana Graciela Vestena Zillmer

Doctora en Enfermería, Docente, Universidade Federal de Pelotas.

juzillmer@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-6639-8918>

Fecha de presentación: 25/03/2025

Fecha de aceptación: 10/05/2025

Resumen

Los hospitales en sus actividades cotidianas generan contaminantes que afectan negativamente al planeta y la salud humana, aun así, las acciones educativas ambientales dirigidas a profesionales de enfermería y estudiantes a nivel mundial son pocas y se carece de intervenciones relacionadas a la sustentabilidad hospitalaria. Objetivo: Evaluar la efectividad de una intervención educativa ambiental en actitudes y competencias sobre hospitales sustentables en estudiantes y pasantes de enfermería de un hospital de alta especialidad en el centro de México. Se realizó un estudio preexperimental, con mediciones pre y post intervención, la intervención educativa consta de 5 momentos educativos sobre salud ambiental y sustentabilidad en el hospital. Se contó con una muestra de (n=50) estudiantes y pasantes de enfermería. Se evidenció que el 78% cumplieron con las sesiones de la intervención, 84.6% fueron mujeres, el semestre que cursaban los participantes era octavo y noveno con edades entre los 21 y 27 años. Sobre las actitudes ambientales son adecuadas y se incrementaron 1.02 puntos posterior a la intervención, aunque las comportamientos ambientales no fueron adecuados la intervención se incrementó en 3.28 puntos luego de la intervención. Se presento diferencia significativa en los resultados de actitudes ($t=-2.307$, $p=.027$ y comportamientos ($t=-3.394$, $p=.002$) con d de Cohen de (0.331 y 0.3431). Una intervención educativa favorece las actitudes y comportamientos sobre hospitales sustentables, se recomienda replicar la intervención con una población más grande y manejar con grupo control, adaptar la intervención en profesionales de enfermería.

Palabras clave: Desarrollo sostenible, Salud, Hospital, Estudiante, Enfermería, Salud ambiental.

Abstract

Hospitals in their daily activities generate pollutants that negatively affect the planet and human health, even so, environmental educational actions aimed at nursing professionals and students worldwide are few and there is a lack of interventions related to hospital sustainability. Objective: To evaluate the effectiveness of an environmental educational intervention on attitudes and competencies about sustainable hospitals in nursing students and trainees of a high specialty hospital in central Mexico. A pre-experimental study was conducted, with pre- and post-intervention measurements. The educational intervention consisted of 5 educational moments on environmental health and sustainability in the hospital. There was a sample of (n=50) nursing students and trainees. It was found that 78% complied with the intervention sessions, 84.6% were women, the participants were in their eighth and ninth semesters and their ages ranged from 21 to 27 years old. Environmental attitudes were adequate and increased by 1.02 points after the intervention, although environmental behaviors were not adequate, the intervention increased by 3.28 points after the intervention. There was a significant difference in the results of attitudes ($t=-2.307$, $p=.027$ and behaviors ($t=-3.394$, $p=.002$) with Cohen's d of (0.331 and 0.3431). An educational intervention favors attitudes and behaviors about sustainable hospitals, it is recommended to replicate the intervention with a larger population and manage with control group, adapt the intervention in nursing professionals.

Keywords: Sustainable development, Health, Hospital, Student, Nursing, Environmental health.

I- Introducción

El sector hospitalario en la actualidad genera impactos negativos al ambiente con diferentes tipos de contaminantes atmosféricos como los gases de efecto invernadero, el dióxido de carbono (Maxwell & Blashki, 2019; Chung & Meltzer, 2009), el consumo energético y la generación de residuos (Corvalan et al., 2020; McGain, 2010), situación que lleva a que sea uno de los sectores empresariales más contaminantes del mundo (Bambarén & Alatrística, 2014; Mediavilla & Carlos, 2022). Cerca de 13 millones de muertes por año se han relacionado de manera indirecta con las condiciones ambientales y la contaminación (Prüss-Ustün et al., 2016), lo que se traduce en un problema de salud pública (Costello et al., 2009).

Debido a esta realidad, desde 1995 la enfermería inició a abordar temas sobre los aspectos de salud ambiental (American Nurses Association. & Congress on Nursing Practice and Economics (U.S.), 2007), en el 2007 se generó el estándar de salud ambiental desde

enfermería, un año más tarde se determinan los lineamientos desde el Consejo Internacional de Enfermería, relacionadas con la importancia de abordar temas de agua, clima, riesgos con la finalidad de promocionar la salud en cada uno de los países por las asociaciones de enfermería (International Council Of Nurses, 2018; Rodríguez-López et al., 2024).

Estos avances de abordar la enfermería y los temas ambientales, aunado a la corresponsabilidad desde los acuerdos mundiales de la sustentabilidad en la Cumbre de Rio 2012, las declaraciones de Helsinki y Shanghái sobre promoción de la Salud y la Agenda 2030 sobre el actuar de los profesionales de la salud como líder y promotor del desarrollo sostenible (Naciones Unidas, 2012; Organización de las Naciones Unidas, 2015; Organización Panamericana de la Salud, n.d.). Esto permitió una mayor participación de la disciplina de enfermería donde emergieron iniciativas como el Climate and Health Alliance, Nurses Climate Challenge y la Alianza de Enfermeras para Ambientes Saludables (ANHE) (Rodriguez et al., 2021).

Entre los antecedentes de intervenciones educativas ambientales en enfermería se encuentran las reportadas por el proyecto NurSus de integración entre España, Países Bajos, Reino Unido y Alemania (NurSus, 2021) donde se evaluaron las actitudes ambientales y se implementaron sesiones de cambio climático, impactos en salud y consumo responsable. Por otra parte se encuentran iniciativas de formación virtual en gobernanza ambiental, hospitales verdes y salud ambiental a estudiantes salud y enfermería en Colombia vinculando estas temáticas con los contenidos programáticos de la disciplina de enfermería (Rodríguez et al., 2019, 2020).

Entre las dificultades para el fortalecimiento de los procesos formativos y de intervención se encuentran la complejidad conceptual asociada a enfermería en procesos de formación disciplinar (Álvarez-Nieto et al., 2018; Gómez et al., 2013; Leffers et al., 2017; Madden et al., 2020; Mian & Khan, 2020), implementación de las acciones educativas ambientales enfocadas desde las bases científicas de la disciplina (Goshua et al., 2021; Grose & Richardson, 2016), además de escaso abordaje de lo ambiental vinculado en el contexto clínico (Rodríguez López, 2021b). De igual manera la ausencia de asignaturas orientadas hacia la salud ambiental y cambio climático como parte de los programas educativos (Palmeiro-Silva et al., 2021).

Los avances relacionados con la vinculación de procesos formativos ambientales en las escuelas de enfermería se ha evidenciado la vinculación de los temas de sustentabilidad con la gestión (Facultad de Enfermería Región Orizaba, 2014), valoración de indicadores de sustentabilidad en la comunidad académica de enfermería (Brito & Rosas, 2020), como la participación en huertos medicinales universitarios (García et al., 2022; Nieves Chávez & Olvera Pantoja, 2020).

Desde los aspectos educativos se han creado asignaturas en los programas de enfermería con temáticas ambientales como ecología y salud (Licenciatura en Enfermería y Obstetricia Campus Celaya - Salvatierra, 2018; Universidad de Guanajuato, 2022; Cuevas, 2018; Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, 2022; Instituto México Universidad, 2018; Universidad México Americana del Golfo, 2022), ecología humana (Universidad Autónoma del

Estado de Quintana Roo, 2022), salud ambiental y sustentabilidad (Cuellar et al., 2018; Universidad de Guadalajara, 2022), salud ambiental y estilos de vida (Universidad del Valle de México, 2022).

De acuerdo con el análisis de la evidencia científica hasta el momento no existen estrategias e intervenciones ambientales en programas de licenciatura de enfermería en México, así como diseño e implementación de intervenciones educativas en hospitales de tercer nivel de atención. Por lo tanto, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la efectividad de una intervención educativa en actitudes y competencias sobre hospitales sustentables en estudiantes y pasantes de enfermería de un hospital de alta especialidad en el centro de México?

Como propósitos se encuentran: a) evaluar la efectividad de la intervención educativa ambiental y en hospitales sustentables en estudiantes y pasantes de enfermería del hospital de alta especialidad HAE durante el segundo semestre de 2022. b) Identificar las actitudes y comportamientos ambientales en estudiantes y pasantes de enfermería. d) describir la aceptabilidad de la intervención educativa en los estudiantes y pasantes de enfermería.

2- Metodología

Este estudio fue de tipo cuantitativa con un diseño preexperimental con mediciones pre y post a un solo grupo de intervención (Hernández Sampieri & Collado, 2012), que contó con el total de estudiantes y pasantes de enfermería en el HAE para ese semestre, se tuvo una muestra censal de n=50 estudiantes de licenciatura de enfermería y pasantes que se encuentran en práctica hospitalaria y administrativa en el HAE, de los cuales 39 participantes cumplieron con la totalidad de las sesiones.

Se diseñó una intervención educativa de 5 sesiones, con una duración de 60 minutos en donde se abordaron temas sobre salud ambiental y sustentabilidad (Tabla 1). Esta intervención se desarrolló entre el 26 de agosto y el 26 de septiembre de 2022. Para la ejecución del curso se estructuró un esquema pedagógico centrado en la conceptualización, reflexión, práctica, participación, comunicación y

evaluación por parte del estudiante. Se tomó como referentes para el desarrollo de sesiones el modelo de promoción de la salud de Nola Pender (Aristizabal et al., 2011) para lograr mejorar los aspectos previos, hasta llegar a actitudes y comportamientos ambientales; los aspectos temáticos se basaron en los referentes conceptuales de la salud ambiental (Ordoñez, 2000), los hospitales verdes y saludables (Karlner & Guenther, 2011), intervenciones previas en gobernanza ambiental y salud ambiental hospitalaria (Rodríguez et al., 2019, 2020) y la ética ambiental (Álvarez et al., 2018). El desarrollo del curso se centró en el modelo de competencias y estrategias pedagógicas de sustentabilidad (Lozano & Barreiro-Gen, 2021).

Los aspectos conceptuales se plantearon en la sesión uno y dos, relacionándolo con los conocimientos previos y temas de salud ambiental y la sustentabilidad; posteriormente en sesión tres se realizó una reflexión con el contexto personal, social, profesional y laboral en aspectos de la salud y ética ambiental, reafirmando los conceptos vistos previamente. En la 4ta sesión se brindó herramientas prácticas mediante el acercamiento a la promoción de la salud ambiental en los contextos familiares, sociales y hospitalarios para la consolidación del conocimiento adquirido siempre ligado a la realidad de la vivencia personal del participante.

En la quinta sesión se invitó a proponer al estudiante el diseño de una estrategia audiovisual y educativa en salud ambiental y sustentabilidad para aplicarla a una población de interés por medio de redes sociales con el tema de mayor interés del grupo asignado durante el curso. Finalmente, se evaluó el proceso formativo mediante la entrega y socialización de la propuesta final. Con cada participante se cierra aplicando una evaluación del curso, la valoración de las actitudes, comportamientos ambientales y el conocimiento adquirido mediante la intervención.

Tabla 1. Esquema general del curso básico en salud ambiental hospitalaria para estudiantes y pasantes de enfermería del HAE, Agosto a septiembre, 2022

Momentos	Temáticas	Enfoque pedagógico	Estrategias didácticas
1	Sustentabilidad y hospitales sustentables	Reflexivo - Conceptual	Taller reflexivo - Clase tradicional
2	Gestión de los hospitales sustentables	Conceptual	Clase tradicional Casos de estudio
3	Responsabilidad(es) ante los hospitales sustentables	Reflexivo	Aprendizaje colaborativo
4	Herramientas y comunicación para hospitales sustentables	Herramientas – Comunicación	Aprendizaje colaborativo Casos de estudio
5	Educación para la sustentabilidad	Comunicación	Aprendizaje basado en proyectos

Nota. Se describen las temáticas generales por sesión y el enfoque pedagógico que comprende una relación secuencial y paralelamente con las estrategias didácticas.

Se utilizó como instrumento de valoración el cuestionario de actitudes ambientales (Castanedo, 1995) y comportamientos ambientales (Pato et al., 2005); adaptados por (Rivera & Rodríguez, 2009) y aplicados a estudiantes de enfermería por (Camacho-Rodríguez & Jaimes-Carvajal, 2016). El instrumento de valoración el cuestionario de actitudes ambientales está conformado por 8 ítems que expresan el modo de pensar o sentir hacia aspectos de contaminación y acción ambiental con opciones de respuesta tipo Likert de 1 a 5 puntos, con un puntaje mínimo de 8 y un máximo de 40, de manera que las actitudes con valores iguales o superiores a 32 son actitudes adecuadas. Este instrumento mostró un alfa de Cronbach de .62. El cuestionario de comportamientos ambientales está conformado por 12 ítems que expresan el modo de pensar o sentir hacia acciones ambientales que desarrolla el estudiante donde se debe responder a una escala tipo Likert de 1 a 5 puntos, teniendo como puntaje mínimo de 12 y un máximo de 60, de manera que las actitudes con valores iguales o superiores a 48 son actitudes adecuadas. Este cuestionario reportó un alfa de Cronbach aceptable de .81.

Los datos se recolectaron en formularios en línea que fueron administrados una semana antes de la intervención y una semana después de la intervención, luego fueron sistematizados

en el programa estadístico SPSS versión 24. Para el análisis de los datos del objetivo general se realizó: a). transformación cuantitativa de los instrumentos de medición por medio de sumatoria; b). prueba de normalidad de datos Shapiro-Wilk al ser una muestra inferior a 50 participantes; c). Se utilizó la prueba estadística inferencial, Paramétrica: T de Student al ser una muestra pareada de un solo grupo (Gómez-Gómez & Danglot-Banck, Cecilia Vega-Franco, 2003). Adicionalmente para la evaluación del tamaño del efecto de la diferencia de medias se utilizó la D de Cohen clasificadas de 0.2 bajo, moderado 0.4, grande 0.8.

En el análisis del objetivo específico 1, se trabajó en las variables cuantitativas medidas de tendencia central y de variabilidad; para variables cualitativas: frecuencias y porcentajes. Para el objetivo 2, se realizó transformación cuantitativa de los instrumentos de medición por medio de sumatoria y promedio. En la aceptabilidad y calidad del curso se aplicó un cuestionario ad hoc con 5 ítems midiendo el uso de estrategias pedagógicas y didácticas, la utilidad del material, la organización y puntualidad, la evaluación de las sesiones y la pertinencia del curso para enfermería utilizando sumatoria y promedio.

La intervención contó con la aprobación la dirección de investigación médica y de enfermería del HAE y por parte del servicio social de la estancia de investigación del Doctorado en Ciencias de Enfermería de la Universidad de Guanajuato Campus Celaya - Salvatierra, se consideraron aspectos éticos de libre selección por parte de los estudiantes, no afectación de sus actividades académicas, todos firmaron la participación del curso a través del consentimiento informado en el formulario online y el manejo anónimo de sus datos e información para fines académicos.

3- Resultados

Participaron 39 estudiantes, mismos que cumplieron con las actividades de valoración, evaluativas semanales y la socialización de la

estrategia educativa final, tomados para el análisis de los datos, (Tabla 2). Se obtuvo una pérdida de 11 participantes de los cuales tres se retiraron en la segunda semana, no se obtuvo respuesta de la situación para su deserción, y ocho no cumplieron con los procesos de valoración completos.

En cuanto al sexo, predominó el sexo femenino en un 84,6%, con un promedio de edad de 23,6 años, el 51,3% se encuentran en octavo semestre de licenciatura de enfermería; el origen son el 46,2% del Estado de México, el 35,9% de Hidalgo y el 15,4% de la Ciudad de México estando la mayoría de los participantes de la zona centro del país. Cabe resaltar que un 43,6% residen en zonas rurales de estos Estados. El 84,6% están cursando las prácticas en licenciatura de enfermería los demás son estudiantes pasantes.

Tabla 2. Datos sociodemográficos

Variable	f	%	
Sexo	Masculino	6	15.4
	Femenino	33	84.6
Estado de residencia	Estado de México	18	46.2
	Hidalgo	14	35.9
	Ciudad de México	6	15.4
	Veracruz	1	2.6
Lugar de residencia	Urbano	22	56.4
	Rural	17	43.6
Formación actual	Licenciatura en enfermería	32	84.6
	Pasante	6	15.4
Semestre	Octavo	20	51.3
	Noveno	19	48.7
Edad	21	8	20.5
	22	19	48.7
	23	9	23.1
	24	1	2.6
	25	1	2.6
	27	1	2.6

Nota. Los datos se analizaron con base a los participantes que concluyeron todo el tratamiento

En la Tabla 3, se evidencian las diversas opciones mencionadas sobre la formación previa en temas ambientales se destaca la educación profesional en la licenciatura y en la educación informal que abarca diferentes espacios de educación continua como talleres, congresos, eventos y cursos, todos estos espacios formativos abarcan el (74,4%).

Tabla 3. Estadísticos descriptivos formación en temas ambientales

Variable	f	%
Educación profesional (Licenciatura)	18	46.2
Educación informal (Cursos, talleres, congresos y eventos)	11	28.2
Educación básica e informal	3	7.7
Educación básica y profesional	6	15.4
Educación básica, profesional e informal	1	2.6
Educación profesional (Licenciatura)	18	46.2

En la Tabla 4, en relación con la formación en la universidad o en los campos de práctica sobre los hospitales sustentables o verdes en igual proporción ha sido débil ya que el (17,9%) han visto temas relacionados, estos orientados hacia el ahorro de energía, certificación LEED, hospitales y desarrollo sustentables.

Tabla 4. Estadísticos descriptivos formación en temas ambientales

Variable	f	%
Formación universitaria en hospitales sustentables o verdes		
Si	7	Si
No	32	No
Temáticas que han visto		
No aplica	33	84.6
Manejo y ahorro de energía	2	5.1
Desarrollo sustentable y medio ambiente	2	5.1
Hospitales sustentables y medio ambiente	2	5.1
Formación durante la práctica en hospitales sustentables o verdes		
Si	7	17.9
No	32	82.1
Temáticas que han visto		
No aplica	33	84.6
Ahorro de energía y energías renovables	3	7.7
Certificación LEED	2	5.1
Estructura del hospital	1	2.6

Se puede observar que las actitudes ambientales son adecuadas y se evidencia una variación de incrementos en ellas en la prueba post con aumento leve de (1.02) puntos. Para el caso de los comportamientos ambientales son inadecuados estando en la valoración pre (11.1) y en la valoración post (1.02) puntos por debajo la puntuación mínima para presentar comportamientos adecuados. Igualmente se presenta incremento de (10.07) puntos post intervención en este indicador (Tabla 5).

Tabla 5. Resultados de actitudes y competencias ambientales

Variable	N	M	DT
Total, pre-actitudes	39	35.8718	3.21329
Total, post actitudes	39	36.8974	3.16889
Total, pre-comportamientos	39	43.6923	8.10833
Total, post comportamientos	39	46.9744	8.85998

N: Participantes; M: Media; DT: Desviación típica

Teniendo en cuenta los parámetros para muestras relacionadas que presentan estos casos por lo que se decide realizar la prueba de normalidad a las diferencia de los totales de actitudes y comportamientos ambientales, arrojando normalidad en los datos con ($p = .375$) en actitudes pre y post y ($p = .606$) en comportamientos pre y post. En esta medida se determinó emplear el coeficiente inferencial paramétrico de t de student para muestras pareadas (Tabla 6), esto para la resolución de la pregunta de investigación, objetivo general e hipótesis; se puede observar diferencia significativa en los resultado en las actitudes (.027) y (0.02) en comportamientos ambientales. Para determinar el efecto de la intervención se usó la D de Cohen para actitudes (.331) y comportamientos (.343).

Tabla 6. Prueba de normalidad y t de student para muestras pareadas

Calidad del curso	Puntaje evaluativo
Uso de estrategias pedagógicas y didácticas en el curso	4,76
Utilidad del material del curso	4,93
Organización y puntualidad	4,96
Evaluación de las sesiones	4,72
Pertinencia del curso para enfermería	4,8

Realizando una síntesis de los relatos de los estudiantes al indagar sobre el conocimiento que se amplió con la intervención en salud ambiental y sustentabilidad, se encuentra entre los más significativos: i). hospitales verdes; ii). responsabilidad del cuidado de la salud ambiental y los ecosistemas; iii). mayor involucramiento, conciencia, compromiso y promoción hacia la salud ambiental; iv). estrategias educativas para el abordaje de la sustentabilidad; v). impacto de los determinantes ambientales.

Se valoró la aceptabilidad de manera cuantitativa con un valor máximo de 5.0 en cada uno de los ítems descritos en la (Tabla 7), logrando una excelente evaluación superior al 4,7 en todos los ítems, resaltándose con mejor calificación la puntualidad, organización, la pertinencia para enfermería y la utilidad del material del curso.

Tabla 7. Evaluación de calidad del curso

Normalidad Shapiro Wilk		
Variable	gl	P
Diferencia actitudes	39	.375
Diferencia comportamientos	39	.606
Prueba t de student para muestras pareadas		
Actitudes pre y post	38	.027
Comportamientos pre y post	38	.002
D de Cohen		
Actitudes pre y post		.331
Comportamientos pre y post		.343

Los temas de mayor interés de las 12 sesiones planteadas fueron: salud ambiental y especialidades de enfermería verdes, responsabilidad social, profesional y ambiental, promoción de la salud ambiental hospitalaria, estrategias educativas y salud pública, salud ambiental y salud planetaria.

4- Discusión

En este estudio se encontró diferencia significativa por lo cual la intervención generó cambios en las actitudes y comportamientos ambientales, se presentaron mejoras significativas en las medias de actitudes ambientales al recibir el programa, en cuanto a los comportamientos no logran ser adecuados, aun así, algunos ítems presentaron la variación positiva de las actitudes ambientales de ser inadecuados a adecuados. La efectividad de la intervención es baja, el mayor efecto se tuvo en los comportamientos relacionados con la acción personal de no arrojar residuos en las calles, el uso de productos con spray, el no dejar prendidas luces y cerrar el grifo del agua esto coincide con los comportamientos adecuados mencionados por los estudiantes de enfermería en Colombia (Camacho-Rodríguez & Jaimes-Carvajal, 2016) en el caso de los estudiantes de enfermería en Perú coinciden en las acciones de cerrar el grifo y no dejar las luces encendidas (Rivera & Rodríguez, 2009).

La relación entre la actitud y la conducta está estrechamente ligada ya que la primera predice y explica la segunda en estudiantes universitarios (Olivera Carhuaz et al., 2020), esto contradice lo encontrado en diversos estudios en cuanto a los comportamientos ecológicamente responsables ya que estos pueden variar por dependencia a factores personales, legales, sociales y educativos ambientales previos, esto explica lo resaltado en este estudio donde las actitudes ambientales son adecuadas y los comportamientos inadecuados en la primera valoración previa a la intervención (Cabana et al., 2020; Cortes et al., 2017; Cruz et al., 2018; Mencia-Sanchez et al., 2023; Rivera & Rodríguez, 2009). De igual forma puede asociarse a que el compromiso verbal e intencional es mayor que el real en aspectos ecológicos viéndose influenciado por aspectos multifactoriales relacionados con la persona, el entorno social y educativo (Fraj & Martínez, 2005; Heyl, 2012).

El aporte desde el conocimiento dado por la intervención educativa llevó a incrementar los comportamientos ambientales relacionados con conversar y actuar en actividades ambientales esto coincide con lo planteado por (Sayan & Kaya, 2016) que la educación ambiental como consecuencia lleva a

generar actitudes y acciones ambientales positivas en estudiantes de enfermería (Beser et al., 2017; Cengiz & Bahar, 2023; Gök & Firat Kiliç, 2021). El avance de esta intervención es un logro importante ya que no se encuentran referenciadas en la literatura de acciones similares con estudiantes de enfermería en México, la mayoría de actividades formativas son con estudiantes de licenciatura y profesionales de enfermería en Colombia, España, Alemania, Reino Unido, Estados Unidos desarrollando temas en salud ambiental, sustentabilidad y hospitales sustentables (Álvarez-García, 2015; Álvarez-Nieto et al., 2018; McElroy et al., 2021; Richardson et al., 2014; Rodríguez et al., 2020; Rodríguez López, 2021b), se encuentra que estas experiencias no enfocan en su aspecto pedagógico y didáctico resaltados para este estudio. Además son pocas los estudios que evalúen las actitudes y comportamientos ambientales en la población universitaria (Olivera Carhuaz et al., 2020); esta iniciativa permitirá la ampliación de otras experiencias de gestión e investigación que se puedan replicar en los programas educativos.

La buena valoración del curso indica la importancia del tema, la relevancia en la actualidad y el compromiso personal, social y profesional que se debe asumir en cada una de las acciones personales para el cambio colectivo, aun así, es aconsejable ampliar los tiempos de intervención, desarrollar intervenciones en temas específicos para poder profundizar al respecto, de igual forma dar mayores herramientas particulares de actuación específica, e inclusive generar modelos aplicados y prácticos.

Para la implementación de estrategias formativas similares se recomienda tener una amplia experiencia temática de quien lo vaya a desarrollar, ya que esto permitió la mayor motivación para permanecer en el curso, asociarlo con la enfermería y generar sentimientos de acción positivos. La planeación y orientación debe manejarse de manera clara y organizada, se recomienda que todos los componentes temáticos lleven la secuencia desde: la conceptualización, reflexión, puesta en práctica, socialización y evaluación del proceso. Además, no dejar de lado una amplia gama de herramientas didácticas; esto permitirá mantener conectado a un público que desde el imaginario de la enfermería no es familiar a los

temas ambientales con los contenidos de su profesión (Leffers et al., 2015).

Por otra parte, la metodología presencial puede haber influenciado en los resultados y asume retos adicionales en cuanto a su orientación, manejo, permanencia y evaluación, de allí la importancia de organizar el proceso formativo en búsqueda de las competencias ambientales y para la sustentabilidad que complementen la intervención con acciones prácticas que genere contacto con aspectos de los ecosistemas y territoriales (Rodríguez et al., 2020). Además, usar una plataforma virtual que almacene la información de las sesiones facilita al estudiante repasar, revisar y reforzar las sesiones educativas, pero no debe saturarse con espacios más complejos debido a que la cantidad de actividades educativas influye en que pueda desertar del proceso formativo.

Es importante potencializar los aprendizajes previos que trae el estudiante desde su familia, comunidad, grupos sociales, para mantener actitudes y comportamientos ambientales fuertes que permitan aportar a los compromisos actuales de sostenibilidad dando cumplimiento de su actual marco ético mundial de la enfermería orientado hacia la salud global (Rodríguez López, 2021a).

Como parte de las limitaciones está el tiempo de disposición dado por el hospital ya que muchos estudiantes debían posteriormente ir a su servicio de práctica. Aunque se tenga un excelente resultado del curso manifestado por los participantes, se requiere mayor recurso humano para la organización, gestión, elaboración de material, seguimiento y orientación al estudiante. Posiblemente la valoración de los comportamientos ambientales puede ser no adecuados ya que el instrumento utilizado no enfocaba en acciones que derivaran de su práctica hospitalaria, por lo cual es importante generar instrumentos más adaptados a la intervención y el contexto de los participantes.

La visibilidad de la intervención educativa se unió como parte de las actividades que le aportan a los propósitos de sustentabilidad de la Universidad de Guanajuato, a la política de hospital verde del HAE y esta experiencia logró para finales de 2022 un reconocimiento por parte del Departamento de Manejo Ambiental y Sustentabilidad en el Foro de líderes ambientales de la UG.

Este compromiso ambiental institucional es importante para cualquier proceso formativo ambiental en todos los niveles educativos ya que permite internalizar mejor el conocimiento ambiental cuando las normas institucionales universitarias permiten la implementación de acciones académicas y formativas en concordancia con los preceptos ambientales institucionales (Cabana et al., 2020; Peres et al., 2015); esto puede verse en los aportes de diferentes universidades pertenecientes al proyecto Nursus en Europa o las experiencias de comisión de sustentabilidad en enfermería del Penn State College of Nursing, aterrizando acciones educativas, investigativas y de gestión para lo ambiental en enfermería (Álvarez-García et al., 2019; Kitt-Lewis et al., 2020; NurSus, 2021).

5- Conclusión

Para este estudio se encontró adecuadas las actitudes ambientales y se lograron incremento en los comportamientos ambientales a pesar de estos no ser adecuados, el efecto de la intervención se da pero es bajo; sin embargo la diferencia es significativa por lo que se optó por aceptar la hipótesis alterna (H1) debido a que la intervención educativa hospitales sustentables es efectiva y genera cambio significativos, aspecto que puede mantenerse para replicarse en posteriores intervenciones educativas en población de profesionales de enfermería y estudiantes de los diferentes niveles formativos de licenciatura y posgrados.

En esa perspectiva, la intervención educativa sobre salud ambiental y sustentabilidad desarrollada en este proceso investigativo puede dar un camino para adaptarse a modelos educativos particulares de los contextos, abordando la salud ambiental, hospitales sustentables y la educación para la sustentabilidad desde enfermería en sus diferentes roles de actuación.

Esta experiencia aplicada permite dar un primer paso a nivel mexicano y en América Latina en vinculación con la salud ambiental y sustentabilidad en estudiantes de pregrado de enfermería en sitios de práctica. Esto puede dar apertura a nuevas líneas de investigación ambiental para generar actitudes y comportamientos hacia para promover el papel

del enfermero en la promoción del ambiente sano y para la sustentabilidad del cuidado de las vidas del planeta, retomando que el medio

ambiente es un concepto que siempre ha estado inmerso en diversos modelos y teorías desde los planteamientos de Florence Nightingale.

6- Referencias bibliográficas

- Álvarez-García, C. (2015). Nurse Training about Environmental Sustainability [Universidad de Jaén]. In *Trabajo fin de grado*. https://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1560/1/TFGCristina_lvarez_Garca.pdf
- Álvarez-García, C., Álvarez-Nieto, C., Kelsey, J., Carter, R., Sanz-Martos, S., & López-Medina, I. M. (2019). Effectiveness of the e-nursus children intervention in the training of nursing students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(21), 1–11. <https://doi.org/10.3390/ijerph16214288>
- Álvarez-Nieto, C., Richardson, J., Parra-Anguita, G., Linares-Abad, M., Huss, N., Grande-Gascón, M., Grose, J., Huynen, M., & López-Medina, I. M. (2018). Developing digital educational materials for nursing and sustainability: The results of an observational study. *Nurse Education Today*, 60, 139–146. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.10.008>
- Álvarez, M., Abreu, N., Uanl, L., Nicolás, S., & México, N. L. (2018). Ética Ambiental: Una Revisión Inicial. *Daena: International Journal of Good Conscience*, 13(1), 70–81. [http://www.spentamexico.org/v13-n1/A6.13\(1\)70-81.pdf](http://www.spentamexico.org/v13-n1/A6.13(1)70-81.pdf)
- American Nurses Association., & Congress on Nursing Practice and Economics (U.S.). (2007). ANA's principles of environmental health for nursing practice with implementation strategies. [ANA Publication], 52 p. <https://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/WorkplaceSafety/Healthy-Nurse/ANAsPrinciplesofEnvironmentalHealthforNursingPractice.pdf>
- Aristizabal, H. P., Blanco, R. M., & Sanchez, R. A. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Eneo-Unam*, 8(4), 8. <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>
- Bambarén, C., & Alatrasta, M. (2014). Impacto ambiental de un hospital público en la ciudad de Lima, Perú. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud Publica*, 31(4), 712–715. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000400015
- Beser, A., Bahar, Z., Arkan, G., Cal, A., & Yesiltepe, A. (2017). Examination of nursing students' attitudes towards environmental problems. *Progress in Health Sciences*, 7(1), 0–0. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0010.1866>
- Brito, R. M., & Rosas, J. B. (2020). Indicadores de sustentabilidad en la función sustantiva de la docencia del PE de Enfermería de la UAGro. In J. L. Aparicio & C. Rodríguez (Eds.), *Experiencias de transversalización del medio ambiente en el contexto de los ODS 2030* (1st ed., Issue May, p. 162). https://www.researchgate.net/profile/Columba-Rodríguez/publication/351337612_Experiencias_de_transversalizacion_del_medio_ambiente_en_el_contexto_de_los_ODS_2030/links/6091eb0292851c490fb6fd1c/Experiencias-de-transversalizacion-del-medio-ambiente-en-el-co
- Cabana, S. R., Zamarreño, R. A., Véliz, R. P., & Sierra, M. J. (2020). Predictores de una conducta sustentable en estudiantes de pregrado de la Universidad de La Serena, Chile. *Formación Universitaria*, 13(6), 169–180. <https://doi.org/10.4067/s0718-50062020000600169>
- Camacho-Rodríguez, D.-E., & Jaimes-Carvajal, N.-E. (2016). Relación entre actitudes y comportamientos ambientales en estudiantes de enfermería. *Luna Azul*, 43, 341–353. <https://doi.org/10.17151/luaz.2016.43.15>
- Castanedo, C. (1995). Escala para la evaluación de las actitudes pro-ambientales (EAPA) de alumnos universitarios. *Revista Complutense de Educación*, 6(2), 253–278. <https://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/download/RCED9595220253A/17674/>
- CENGİZ, B., & BAHAR, Z. (2023). The Characteristics of University Students on Environmental Attitude and Environmental Literacy Level: Example of Faculty of Nursing. *Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 161–174. <https://doi.org/10.56061/fbujohs.1210065>
- Chung, J., & Meltzer, D. (2009). Estimación de la huella de carbono del sector sanitario de EE. UU. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 302(18), 1970–1972. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1610>
- Cortes, F., Villca, R. C., Toro, D. V., Sarmiento, H. A., & Gómez, R. M. (2017). Variables influyentes en la conducta ambiental en alumnos de unidades educativas, región de Coquimbo-Chile. *Estudios Pedagógicos*, 43(2), 27–46. <https://doi.org/10.4067/S0718-07052017000200002>

- Corvalan, C., Prats, E., Sena, A., Campbell-Lendrum, D., Karliner, J., Risso, A., Wilburn, S., Slotterback, S., Rathi, M., Stringer, R., Berry, P., Edwards, S., Enright, P., Hayter, A., Howard, G., Lapitan, J., Montgomery, M., Prüss-Ustün, A., Varangu, L., & Vinci, S. (2020). Towards Climate Resilient and Environmentally Sustainable Health Care Facilities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 1–18. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238849>
- Costello, A., Abbas, M., Allen, A., Ball, S., Bell, S., Bellamy, R., Friel, S., Groce, N., Johnson, A., Kett, M., Lee, M., Levy, C., Maslin, M., McCoy, D., McGuire, B., Montgomery, H., Napier, D., Pagel, C., Patel, J., ... Patterson, C. (2009). Managing the health effects of climate change. *Lancet and University College London Institute for Global Health Commission. The Lancet*, 373(9676), 1693–1733. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60935-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60935-1)
- Cruz, J. P., Felicilda-Reynaldo, R. F. D., Alshammari, F., Alquwez, N., Alicante, J. G., Obaid, K. B., Rady, H. E. A. E. A., Qtait, M., & Silang, J. P. B. T. (2018). Factors Influencing Arab Nursing Students' Attitudes toward Climate Change and Environmental Sustainability and their Inclusion in Nursing Curricula. *Public Health Nursing*, 35(6), 598–605. <https://doi.org/10.1111/phn.12516>
- Cuellar, A. G., Nava, A., Cabral, M. del R., Pérez, J. C., & Cuellar, L. S. (2018). *Unidad de aprendizaje Salud y Sustentabilidad*. https://escolar.cucs.udg.mx/escolar/pa_ua/2019A/18981.pdf
- Cuevas, B. (2018). *Materia Ecología de la Salud*. <https://www.uacj.mx/ICB/DCS/documentos/MED990917-ECOLOGIA DE LA SALUD.pdf>
- Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. (2022). *Mapa curricular*. <https://web.eneo.unam.mx/index.php/licenciatura-en-enfermeria/mapa-curricular/>
- Facultad de Enfermería Región Orizaba. (2014). *Plan de Desarrollo para la Sustentabilidad 2014-2017*.
- Fraj, E., & Martínez, E. (2005). El nivel de conocimiento medioambiental como factor moderador de la relación entre la actitud y el comportamiento ecológico. *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de La Empresa*, 11(1), 223–243. <https://www.redalyc.org/pdf/2741/274120423011.pdf>
- García, S., Rodríguez-López, J. I., & Palomera, C. (2022). Experiencias de educación para el desarrollo sostenible y su aporte a la responsabilidad social y el desarrollo territorial en Latinoamérica. In M. C. N. Rujana (Ed.), *COLECCIÓN ÁGORA LATINOAMERICANA Tomo VII: Educación superior por un mundo más equitativo e inclusivo* (pp. 17–38). https://www.aualcpi.org/wp-content/uploads/2022/11/AGORA-LATINOAMERICANA-TOMO-VII-DIGITAL_c.pdf
- GÖK, N. D., & FIRAT KILIÇ, H. (2021). Environmental Awareness and sensitivity of nursing students. *Nurse Education Today*, 101(April). <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104882>
- Gómez-Gómez, M., & Danglot-Banck, Cecilia Vega-Franco, L. (2003). Sinopsis de pruebas estadísticas no paramétricas. Cuándo usarlas. *Revista Mexicana de Pediatría*, 70(2), 91–99. <https://www.ugr.es/~fmocan/MATERIALES DOCTORADO/Sinopsis de pruebas estadísticas no paramétricas.pdf>
- Gómez, A., Balsari, S., Nusbaum, J., Heerboth, A., & Lemery, J. (2013). Perspective: Environment, biodiversity, and the education of the physician of the future. *Academic Medicine*, 88(2), 168–172. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31827bfbeb>
- Goshua, A., Gomez, J., Erny, B., Burke, M., Luby, S., Sokolow, S., LaBeaud, A., Auerbach, P., Gisondi, M., & Nadeau, K. (2021). Addressing Climate Change and Its Effects on Human Health: A Call to Action for Medical Schools. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 96(3), 324–328. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003861>
- Grose, J., & Richardson, J. (2016). Can a sustainability and health scenario provide a realistic challenge to student nurses and provoke changes in practice? An evaluation of a training intervention. *Nursing and Health Sciences*, 18(2), 256–261. <https://doi.org/10.1111/nhs.12241>
- Hernández Sampieri, R., & Collado, L. (2012). Diseños experimentales de investigación: pre experimentos, experimentos “verdaderos” y cuasi experimentos. In *Metodología de la investigación* (pp. 1–81). http://online.aliat.edu.mx/adistancia/InvCuantitativa/Lecturas4/Hernandez_Sampieri_Cap_6_Disenos_Experimentales.pdf
- Heyl, M. (2012). Actitudes y conductas ambientales de los alumnos de la escuela de ingeniería de la PUC. *Actitudes Y Conductas Ambientales De Los Alumnos De La Escuela De Ingeniería De La Puc*, 287–307. <https://repositorio.uc.cl/handle/11534/1907>
- Instituto México Universidad. (2018). *Plan de estudios Licenciatura en Enfermería*. <http://institutomexicouniversidad.com.mx/documentos/planestudioenfermeria.pdf>
- International Council Of Nurses. (2018). *Nurses , climate change and health*. [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_PS_Nurses%252c climate change and health FINAL.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_PS_Nurses%252c%20climate%20change%20and%20health_FINAL.pdf)

- Karliner, J., & Guenther, R. (2011). La Agenda Global para Hospitales Verdes y Saludables. In *Sobre Salud Sin Daño*. <https://www.hospitalesporlasaludambiental.net/wp-content/uploads/2016/07/Agenda-Global-para-Hospitales-Verdes-y-Saludables.pdf>
- Kitt-Lewis, E., Adam, M., Buckland, P., Clark, D., Hockenberry, K., Jankura, D., & Knott, J. (2020). Creating a Generation of Sustainable Nurses: Sustainability Efforts in Nursing Education. *Nursing Clinics of North America*, 55(1), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2019.10.001>
- Leffers, J., Levy, R., Nicholas, P., & Sweeney, C. (2017). Mandate for the Nursing Profession to Address Climate Change Through Nursing Education. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(6), 679–687. <https://doi.org/10.1111/jnu.12331>
- Leffers, J., Smith, C., McDermott-Levy, R., Resick, L., Hanson, M., Jordan, L., Jackman-Murphy, K., Sattler, B., & Huffling, K. (2015). Developing curriculum recommendations for environmental health in nursing. *Nurse Educator*, 40(3), 139–143. <https://doi.org/10.1097/NNE.000000000000133>
- Licenciatura en Enfermería y Obstetricia Campus Celaya - Salvatierra. (2018). *Unidad de aprendizaje ecología y salud*. <https://blogs.ugto.mx/enfermeriaenlinea/unidad-didactica-1-ecologia-y-desarrollo-sustentable/>
- Lozano, R., & Barreiro-Gen, M. (2021). *Developing Sustainability Competences Through Pedagogical Approaches: Experiences from International Case Studies* (R. Lozano & M. Barreiro-Gen (eds.); 1st ed.). <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-64965-4>
- Madden, D., McLean, M., Brennan, M., & Moore, A. (2020). Why use indicators to measure and monitor the inclusion of climate change and environmental sustainability in health professions' education? *Medical Teacher*, 42(10), 1119–1122. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1795106>
- Maxwell, J., & Blashki, G. (2019). Teaching about climate change in medical education: an opportunity. *Perspectives on Medical Education*, 8(5), 265–266. <https://doi.org/10.1007/s40037-019-00541-8>
- McElroy, K. G., Gilden, R., & Sattler, B. (2021). Environmental health nursing education: One school's journey. *Public Health Nursing*, 38(2), 258–265. <https://doi.org/10.1111/phn.12815>
- McGain, F. (2010). Sustainable hospitals? An Australian perspective. *Perspectives in Public Health*, 130(1), 19–20. <https://doi.org/10.1177/1757913909354147>
- Mediavilla, J., & Carlos, V. (2022). ¿Cómo puede el sector salud dejar de ser el “quinto país” más contaminante? *Redacción Médica*. https://www.redaccionmedica.com/secciones/ingenieria/como-puede-el-sector-salud-dejar-de-ser-el-quinto-pais-mas-contaminante--7029?_adin=11734293023
- Mencia-Sanchez, N., Rivera-Casavilca, R., Castrejon-Valdez, M., Vargas-Martinez, J., & Alcos-Flores, K. (2023). Actitudes y comportamientos ambientales en estudiantes universitarios. In I. U. de Innovación & C. y T. I. P. S.A.C (Eds.), *Actitudes y comportamientos ambientales en estudiantes universitarios* (1st ed.). <https://doi.org/10.35622/inudi.b.111>
- Mian, A., & Khan, S. (2020). Medical education—training toward a greener future. *Nature Medicine*, 26(2), 156. <https://doi.org/10.1038/s41591-019-0702-1>
- Naciones Unidas. (2012). *El futuro que queremos*. <https://undocs.org/es/A/CONF.216/L.1>
- Nieves Chávez, M. A., & Olvera Pantoja, E. E. (2020). Hacia la utopía ambiental: desafíos desde el aula. *Revista Iberoamericana Ambiente & Sustentabilidad*, 3(1), 35–41. <https://doi.org/10.46380/rias.v3i1.22>
- NurSus. (2021). *Proyecto NurSus*. <http://nursus.eu/>
- Olivera Carhuaz, E., Pulido Capurro, V., & Yupanqui Lorenzo, D. (2020). Conducta y actitud ambiental responsable en estudiantes universitarios en Lima, Perú. *Apuntes Universitarios*, 11(1), 123–139. <https://doi.org/10.17162/au.v11i1.559>
- Ordoñez, G. A. (2000). Salud ambiental: conceptos y actividades. Informe Especial. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 7(3), 137–147. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v7n3/1404.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe 2015*. https://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/spanish/UNDP_MDG_Report_2015.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (n.d.). *Salud en todas las políticas*. Retrieved March 4, 2021, from <https://www.paho.org/es/temas/salud-todas-politicas>
- Palmeiro-Silva, Y. K., Ferrada, M. T., Flores, J. R., & Cruz, I. S. S. (2021). Cambio climático y salud ambiental en carreras de salud de grado en Latinoamérica. *Revista de Saúde Pública*, 55, 17. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002891>
- Pato, C., Ros, M., & Tamayo, A. (2005). Creencias y Comportamiento Ecológico: un estudio empírico Beliefs and Ecological Behavior : an empirical study with Brazilian students. *Medio Ambiente y Comportamiento Humano*, 6 (1) , 5 – 2 2 . https://mach.webs.uil.es/PDFS/Vo16_1/VOL_6_1_b.pdf_social_de_hospitales_verdes_para_el_desarrollo_territorial_en_la_Alianza_Pacifico

- Peres, R. R., Camponogara, S., Costa, V. Z. da, Terra, M. G., & Nietzsche, E. A. (2015). Educação ambiental para docentes enfermeiros: percepção e relação com a formação do enfermeiro. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(spe), 85–93. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56696>
- Prüss-Ustün, A., Wolf, J., Corvalan, C., & Neira, M. (2016). Preventing disease through healthy environments: A global assessment of the environmental burden of disease. In Vivien Stone (Ed.), *World Health Organization* (Vol. 259). <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/908623/retrieve>
- Richardson, J., Grose, J., Doman, M., & Kelsey, J. (2014). The use of evidence-informed sustainability scenarios in the nursing curriculum: Development and evaluation of teaching methods. *Nurse Education Today*, 34(4), 490–493. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.07.007>
- Rivera, M., & Rodríguez, C. (2009). Actitudes y comportamientos ambientales en estudiantes de enfermería de una Universidad Pública del Norte del Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 26(3), 1–5. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n3/a12v26n3.pdf>
- Rodríguez-López, J. I., Aponte-Franco, S. M., & Zillmer, J. G. (2024). HITOS HISTÓRICOS DE LA RELACIÓN ENFERMERÍA, AMBIENTE Y SUSTENTABILIDAD. *Benessere Revista de Enfermería*, 9(1), 1–8. <https://doi.org/10.22370/bre.91.2024.4595>
- Rodríguez, J., García, S., Moreno, D., Gonzalez, M., & Aponte, S. (2021). Espacio social de hospitales verdes para el desarrollo territorial en la Alianza Pacífico. In J. Ramírez L y Rodríguez López (Ed.), *Responsabilidad social una mirada desde la educación, el desarrollo territorial y la transparencia* (1ra ed.). https://www.researchgate.net/publication/353556262_Espacio_social_de_hospitales_verdes_para_el_desarrollo_territorial_en_la_Alianza_Pacifico
- Rodríguez, J., Gonzalez, M., & Aponte, S. (2019). Transversalización de la Salud ambiental hospitalaria en el currículo de programas de Ciencias de la Salud a través de las TICS en el año 2018. In R. Roig, J. Antolí, A. Lledo, & N. Pellín (Eds.), *Redes de Investigación e Innovación en Docencia Universitaria. Volumen 2019* (pp. 577–589). <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/99177/1/Redes-Investigacion-Innovacion-Docencia-Universitaria-2019-51.pdf>
- Rodríguez, J., Gonzalez, M., Dimate, A., Muñoz, E., Rodríguez, E., Ospino, J., Rodríguez, D., & Sandoval, S. (2020). Formación en gobernanza en salud ambiental para estudiantes de Ciencias de la Salud, Bogotá D.C. (Colombia). In M. Molero, A. Martos, A. Bélen, & R. Del Pino (Eds.), *INNOVACIÓN DOCENTE Y PRÁCTICA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD: AVANZANDO EN LA EVIDENCIA* (1ra ed., pp. 59–65). https://www.researchgate.net/publication/349669770_Formacion_en_Gobernanza_en_Salud_Ambiental_para_Estudiantes_de_Ciencias_de_la_Salud_Bogota_DC_-_Colombia
- Rodríguez López, J. (2021a). Evolución de los planteamientos mundiales en sostenibilidad hasta la responsabilidad de enfermería en la actualidad. *Cultura Del Cuidado*, 18(2), 4–9. <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/view/8414/7467>
- Rodríguez López, J. (2021b). Programa formativo en sostenibilidad ambiental para el capital humano en salud de los hospitales vinculados a la red global de hospitales verdes y saludables en Colombia [Universidad El Bosque]. In *Universidad El Bosque*. <https://repositorio.unbosque.edu.co/handle/20.500.12495/6412>
- Sayan, B., & Kaya, H. (2016). Assessment of the environmental risk perceptions and environmental attitudes of nursing students. *Contemporary Nurse*, 52(6), 771–781. <https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1254051>
- Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. (2022). *Licenciatura en enfermería*. Universidad de Guadalajara. (2022). Portal de programas educativos de pregrado. <http://www.pregrado.udg.mx/Centros/Regionales/CUCSUR/enfermeria-2/unidades-aprendizaje>
- Universidad de Guanajuato. (2022). *Plan Curricular Licenciatura en Enfermería y Obstetricia*. <https://www.ugto.mx/images/planes/licenciatura-en-enfermeria-y-obstetricia.pdf>
- Universidad del Valle de México. (2022). *Licenciatura en enfermería*. <https://uvm.mx/oferta-academica/licenciaturas-ingenierias/ciencias-salud/licenciatura-en-enfermeria>
- Universidad México Americana del Golfo. (2022). *Licenciatura en enfermería*. <https://www.umag.edu.mx/home/index.php/licenciatura-en-enfermeria>

INTERVENCIÓN BASADA EN OCUPACIÓN: BENEFICIOS EN EL DESEMPEÑO OCUPACIONAL DESDE LA PERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS QUE PRESENTARON UNA LESIÓN EN EXTREMIDAD SUPERIOR

OCCUPATION-BASED INTERVENTION: PERCEIVED BENEFITS IN OCCUPATIONAL PERFORMANCE AMONG INDIVIDUALS WITH UPPER LIMB INJURIES

Mg. Ricardo Banda Rabah

Profesor asistente del departamento de Terapia Ocupacional y Ciencia de la Ocupación de la Universidad de Chile.

<https://orcid.org/0000-0001-8176-3891>

T.O. Sofía Contreras

Terapeuta Ocupacional en Centro de salud Kimeltun.

T.O. Javiera González

Terapeuta Ocupacional en Residencia Femenina de Llo-Lleo, Protectora de la Infancia.

T.O. Benjamín Oyarzo

Terapeuta Ocupacional en Instituto de Rehabilitación Infantil TELETON, Santiago de Chile.

T.O. Fernanda Morales

Terapeuta Ocupacional y licenciado Ciencia de la Ocupación Humana de la Universidad de Chile.

Fecha de presentación: 25/03/2025

Fecha de aceptación: 10/05/2025

Resumen

Introducción: La intervención basada en la ocupación se establece como un conjunto de estrategias orientadas al uso de las ocupaciones como agente terapéutico, con el propósito de mejorar el desempeño, participación, motivación y autovalidación de las personas en sus ocupaciones, es decir, la ocupación es entendida y utilizada como medio y como fin existiendo evidencia de sus beneficios en personas con lesiones de extremidad superior. **Objetivo:** describir los beneficios de la Intervención Basada en la Ocupación en el desempeño ocupacional desde la percepción de personas mayores de 18 años que han presentado una lesión en extremidad superior en Región Metropolitana de Chile. **Método:** descriptivo con enfoque cuantitativo y recolección de información con encuesta confeccionada por Google Forms que permitió responder a las variables del estudio: 1) Caracterización de los/as participantes y de la intervención recibida, 2) Percepción del desempeño antes y después de la intervención de terapia ocupacional y 3) Grado de satisfacción con el desempeño ocupacional logrado posterior a la intervención de terapia ocupacional. **Resultados:** En base a la investigación realizada, no es posible esclarecer una relación directa entre los beneficios generados exclusivamente por una Intervención Basada en la Ocupación, ya que, en base a las respuestas de las personas, se manifiesta que no existe una intervención que implemente exclusivamente estrategias basadas en la ocupación, pero sí impactan en su satisfacción de desempeño ocupacional. **Conclusión:** estas estrategias aportan a un aumento en la satisfacción de logro de las personas en su desempeño en áreas como: Actividades de la Vida Diaria Básicas, Actividades de la Vida Diaria Instrumentales, ocio y tiempo libre, participación social y desempeño productivo.

Palabras clave: Intervención basada en la ocupación, Lesiones en extremidad superior, Terapia ocupacional, Desempeño ocupacional.

Abstract

Introduction: Occupation-based intervention is established as a set of strategies oriented toward the use of occupations as a therapeutic agent, with the purpose of improving individuals' performance, participation, motivation, and self-validation in their occupations. In this approach, occupation is understood and used both as a means and as an end, with existing evidence supporting its benefits for individuals with upper limb injuries.

Objective: To describe the perceived benefits of Occupation-Based Intervention on occupational performance from the perspective of individuals over 18 years of age who have experienced an upper limb injury in the Metropolitan Region of Chile.

Method: A descriptive, quantitative approach was used, with data collected through a Google Forms-based survey that addressed the study variables: 1) Participant and intervention characteristics, 2) Perceived occupational performance before and after occupational therapy intervention, and 3) Satisfaction with occupational performance following the intervention.

Results: Based on the study findings, it is not possible to determine a direct relationship between the benefits generated exclusively by Occupation-Based Interventions, as participants reported that no intervention relied solely on occupation-based strategies. However, these strategies were perceived to positively impact their satisfaction with occupational performance.

Conclusion: These strategies contribute to an increased sense of achievement and satisfaction in areas such as Basic Activities of Daily Living (ADLs), Instrumental Activities of Daily Living (IADLs), leisure and free time, social participation, and productive performance.

Keywords: Occupation-based intervention, Upper limb injuries, Occupational therapy, Occupational performance.

I- Introducción

Existe el supuesto básico en Terapia Ocupacional (TO) de que los seres humanos, por naturaleza, son activos mediante la participación en ocupaciones, es decir, actividades significativas para la persona y/o con un propósito para sí misma (Tomra et al., 2020). Considerando la relación de esta participación, con los roles que la persona desempeña y las características propias, es posible entender el Desempeño Ocupacional (DO) como la capacidad de elegir y realizar de forma satisfactoria una actividad con significado personal dentro de un contexto cultural específico, en la búsqueda de una participación activa en la sociedad.

Centrándose en los aspectos relacionados con la integridad física, las Extremidades Superiores (EES) es un segmento importante del cuerpo de la persona, ya que permiten realizar actividades diarias, tareas de

autocuidado, pasatiempos, deportes, entre otras actividades (Soyer et al., 2016). Una deficiencia en este segmento corporal puede afectar significativamente a las personas, ya que “no sólo tienen un impacto considerable en la función física, sino también sobre las actividades de la vida diaria, y en el ámbito social, psicológico y aspectos financieros de la vida de la persona” (Che Daud et al., 2016, p. 2). De esta manera, una Lesión en Extremidad Superior (LES) impacta en el DO de la persona al abarcar áreas del desempeño, tales como Actividades de la Vida Diaria Básicas (AVDB), Actividades de la Vida Diaria Instrumentales (AVDI), tiempo libre u ocio, participación social, trabajo, entre otras (AOTA, 2020).

La TO “actualmente contribuye de manera directa a la rehabilitación de patologías altamente discapacitantes que afectan tanto a extremidades superiores como a extremidades inferiores” (Rodríguez, 2017, p. 11). Si bien existen variadas estrategias posibles de aplicar

durante la intervención en personas con una LES, se destaca la Intervención Basada en Ocupación (en adelante IBO), la cual desde la American Occupational Therapy Association [AOTA] (2014), corresponde al “uso terapéutico de las actividades de la vida diaria con individuos o grupos con el propósito de mejorar o permitir la participación en roles, hábitos, rutinas, y rituales” (p. 44) en distintos escenarios de su vida.

Para efectos de esta investigación, la IBO será definida como un conjunto de estrategias orientadas al uso de las ocupaciones como agente terapéutico, con el propósito de mejorar el desempeño, participación, motivación y autovalidación de las personas en sus ocupaciones, es decir, la ocupación es entendida y utilizada como medio y como fin.

Se han evidenciado resultados en la aplicación de la IBO en procesos de rehabilitación de personas con una LES: Che Daud y otros/as autores/as (2016), A pesar su eficacia, la presencia de obstaculizadores como administración del tiempo, espacio reducido y la falta de recursos han dificultado la implementación de esta estrategia (Che Daud et al. 2015).

Es posible reconocer beneficios de IBO, sin embargo, surge la necesidad de visibilizar la experiencia y perspectiva de las personas involucradas respecto a su propio DO tras un proceso de intervención de TO por lo que resulta relevante identificar aquellos aspectos que contribuyen en rehabilitación.

2- Objetivo

Describir los beneficios de IBO en el DO desde la percepción de personas mayores de 18 años que han presentado una LES en la Región Metropolitana de Chile. Objetivos específicos: Identificar estrategias de intervención de Terapia Ocupacional desde la percepción de personas que presentaron una lesión en extremidad superior, identificar estrategias de intervención basadas en la ocupación desde la percepción de personas que presentaron una lesión en extremidad superior, identificar el grado de satisfacción que tienen las personas que presentaron una lesión en extremidad superior en su desempeño ocupacional luego de la intervención basada en la ocupación, conocer qué áreas de desempeño ocupacional son

beneficiadas tras la Intervención Basada en Ocupación.

3- Metodología

Este estudio de tipo descriptivo y con enfoque cuantitativo permite la recolección de información a través de una medición y análisis estadístico con el fin de probar la hipótesis planteada (Hernández et al., 2010) y describir hechos, opiniones y/o actitudes frente a un tema (Cea, 1998). Se utilizó una encuesta confeccionada por Google Forms para responder a las variables del estudio: 1) Caracterización de los/as participantes y de la intervención recibida, 2) Grado de satisfacción previo y posterior a la intervención de TO en la realización de ocupaciones y 3) Percepción en el DO logrado posterior a la intervención de TO.

Se utilizó un muestreo intencional de tipo no probabilístico en campos clínicos de la universidad de Chile, considero como población de estudio a personas que recibieron atención de TO por LES en Región Metropolitana, mayores de 18 años cuya intervención fue completada entre 2016 y agosto de 2021. Criterio de inclusión: personas, cuyo idioma dominante sea español y que cuenten con, al menos, escolaridad básica completa (con el fin de leer, comprender y contestar la encuesta correctamente). Como criterio de exclusión no serán consideradas personas que no hayan completado el tratamiento de TO logrando una muestra final de 12 personas.

El análisis de resultados obtenidos se basó en frecuencia absoluta obtenida y variables evaluadas. Este estudio cuenta con la aprobación del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y no cuenta con una fuente de financiamiento o influencia externa.

4- Resultados

De las 14 respuestas obtenidas, sólo 12 fueron consideradas para el análisis y resultados; de éstas, la edad promedio corresponde a 44 años, con un mínimo de 23 y un máximo de 75 años. Respecto a las características generales de la intervención el intervalo modal de la duración de la intervención se encuentra en el rango de 0 a 3 meses (5 personas), seguido de una duración de 9 meses o más (4 personas).

Caracterización de la muestra e intervención de Terapia Ocupacional

Existe un predominio del género femenino (7 personas), en comparación al género masculino (5 personas). Con respecto al diagnóstico, las lesiones de mano (5 personas) y secuelas por COVID-19 (5 personas) son las más frecuentes, seguidas de las afectaciones en el segmento de hombro, brazo y/o antebrazo (2 personas). Las estrategias en general utilizadas se muestran en la Figura 1.

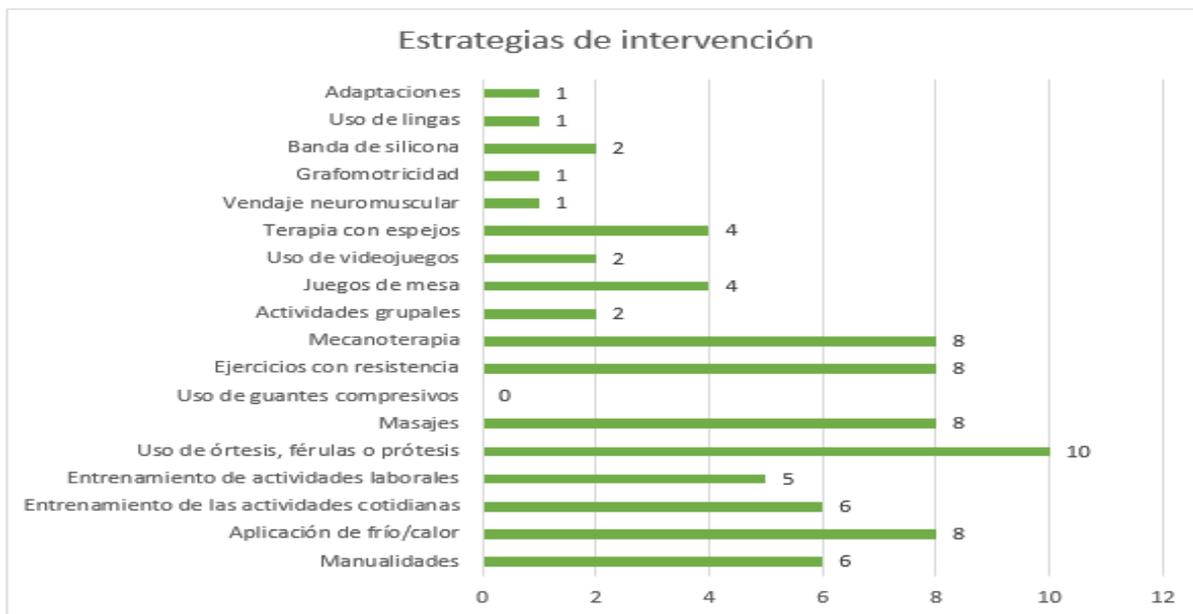


Figura 1. Estrategias de intervención reportadas. Las barras horizontales muestran la frecuencia por utilización de estrategia durante la intervención. Cada participante podía seleccionar más de una estrategia.

Nivel de satisfacción previo y posterior intervención: las respuestas están categorizadas en grados de satisfacción percibido por los/as participantes en ocupaciones por áreas. Se representa en un intervalo de 1 a 7, donde 1 corresponde a mínima satisfacción y 7 a una máxima satisfacción. Para el análisis de las respuestas, se realiza una re-categorización donde los niveles de satisfacción 1-2 se consideran como “Insatisfecho”, 3-4-5 como “Parcialmente satisfecho” y 6-7 como “Satisfecho” y las respuestas se encuentran representadas en la Figura 2.

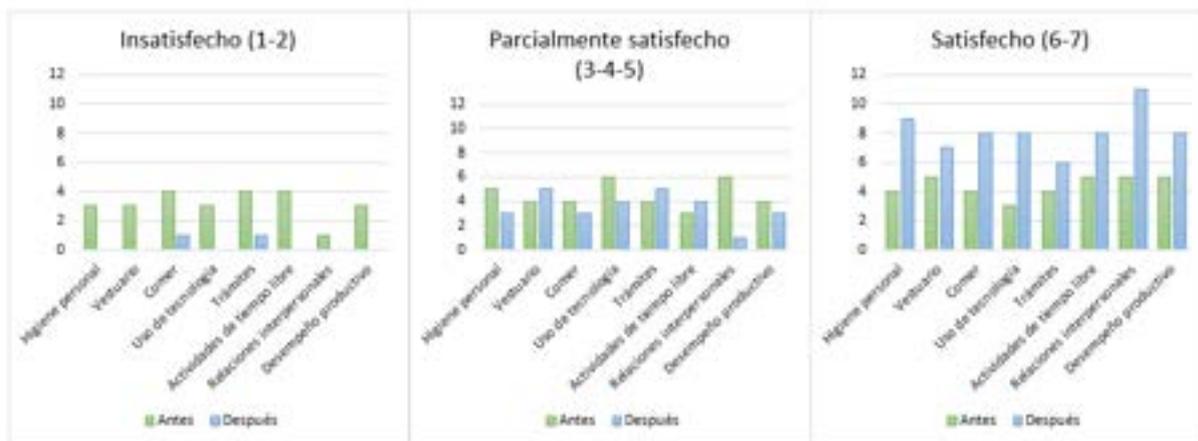


Figura 2. Comparación de niveles de satisfacción en las actividades mencionadas previo y posterior a la intervención de Terapia Ocupacional. Las barras reflejan la variación en el grado de satisfacción con respecto a la realización de ocupaciones antes y después de la intervención en las categorías “Insatisfecho”, “Parcialmente satisfecho” y “Satisfecho”.

Percepción del Desempeño posterior a la intervención de Terapia Ocupacional: la totalidad de las personas manifiesta un grado de “Acuerdo” (12 personas) respecto a su percepción de mayor habilidad al momento de realizar actividades cotidianas tras la intervención (higiene, alimentación, vestuario, preparación de alimentos, entre otras). Respecto a la reincorporación en ocupaciones que cesaron a causa de la LES, se obtiene un predominio de respuestas registradas en el grado de “Acuerdo” Estos resultados se encuentran representados en la siguiente tabla (Tabla 1).

Tabla 1. Percepción del desempeño posterior a la intervención de Terapia Ocupacional

	Desacuerdo	Ni de acuerdo en desacuerdo	De acuerdo	No respondió
Mayor habilidad en actividades cotidianas (lavarse los dientes, bañarse, vestirse, preparar alimentos, entre otros).	0	0	12	0
Reincorporación en ocupaciones previas a la lesión.	1	1	9	1
Adaptación a diferentes contextos.	0	2	10	0
Competencias productivas (en lugar de trabajo y/o estudio).	1	0	10	1

Nota. Percepción del desempeño posterior a la intervención de Terapia Ocupacional en actividades cotidianas, reincorporación a ocupaciones que cesaron a causa de la LES, adaptación a diferentes contextos y competencias productivas en el área de trabajo y/o estudio.

Percepción sobre el proceso de intervención de TO: Se planteó una pregunta abierta a los/las participantes orientada a conocer otros aspectos de su vida que se han visto beneficiados por la intervención de TO. Se obtienen 9 respuestas a la pregunta a continuación se exponen en la Tabla 2 las respuestas obtenidas:

Tabla 2. Pregunta abierta relacionada a la opinión personal sobre beneficios del

<i>"¿Qué otros aspectos de su vida considera usted que se vieron beneficiados tras participar en una intervención de Terapia Ocupacional?"</i>	
Caso 1	-
Caso 2	“En el estado de ánimo, podía darme cuenta del progreso que tenía sesión a sesión al realizar distintas tareas, además, siempre fui bien recibida en terapia.”
Caso 3	-
Caso 4	“Manejar”
Caso 5	“Lograr visualizar limitaciones sobretodo en motricidad fina y resistencia y que fueron trabajados en terapia ocupacional y en mi hogar para alcanzar normalidad en el uso de brazo derecho”
Caso 6	“La terapia ante todo genera seguridad y nos ayuda a volver a ser seres independientes en nuestra movilidad cotidiana.”
Caso 7	“Las terapias me ayudaron mucho para sentirme segura y volver a realizar muchas cosas ya que mi muñeca y dedo de la mano izquierda aún es un poco rígida y cada vez logró hacer más cosas.”

Caso 8	“Contacto social, conocimiento de mi cuerpo y responsabilidad con este.”
Caso 9	“Principalmente poder hacer actividades básicas: Comer, ir al baño, limpiarme, lavar los dientes, etc.”
Caso 10	<p>“La amistad, compañerismo, conocer profesionales muy comprometidos con el avance de los pacientes aquí todo ha sido aprender nuevamente, el cariño se transmite a nosotros los pacientes y eso para mí es muy importante.</p> <p>Antes yo era más independiente, ahora será distinto: Habrá y hay nuevos obstáculos que con las herramientas adquiridas tendré que pasar.</p> <p>Esta enfermedad me dejó con varias secuelas, varias he superado, otras superaré, pero estoy consciente que otras quedarán y mejorarán no en un 100% pero eso no es por los profesionales TO, es parte de la enfermedad.</p> <p>Gracias a todos.”</p>
Caso 11	-
Caso 12	“Desarrollar con más confianza trabajos de gasfitería”

Nota. Esta tabla muestra las respuestas a la pregunta abierta presente en la encuesta.

5- Consideraciones caso a caso

Tras un análisis caso a caso de las 12 respuestas pesquisadas, se registra que los/las participantes reportan un aumento en la satisfacción en alimentación (6/12 personas), vestuario (6/12 personas) e higiene (8/12 personas), uso de tecnología (8/12 personas) y realización de trámites (7/12 personas). Se registran aumento en la satisfacción en las relaciones interpersonales (9/12 personas), ocio y tiempo libre (7/12 personas) y desempeño productivo (6/12 personas).

Además, tras una intervención de TO que considere los intereses del/la usuario/a, desde los/a participantes se reporta una mejora en el DO percibido, siendo estos, un aumento en la competencia en el desarrollo de actividades cotidianas (12/12 personas). Además, los/as participantes valoraron positivamente su reincorporación a actividades que cesaron luego de la lesión (9/12 personas). Se destacan 4 casos de secuelas de COVID-19, 3 de los cuales se reporta al menos la utilización de 4 o más estrategias relacionadas con IBO.

6- Conclusión

Se expone la importancia de las EESS en la personas durante la realización de sus ocupaciones cotidianas y el impacto que causa una lesión en este segmento, A su vez, se evidencia que en la mayoría de los casos, el grado satisfacción varía de forma positiva luego del proceso de rehabilitación, dando cuenta inicial de que, independientemente del tipo de estrategias a utilizar, la intervención de TO reporta beneficios en la satisfacción y autovalidación en cuanto al desempeño en ocupaciones. En base a la investigación realizada, no es posible esclarecer una relación directa entre los beneficios generados exclusivamente por IB, dado que las intervenciones incluyen diversas estrategias multimodales.

La mayoría de las personas con intervención de TO, manifiestan que los terapeutas ocupacionales consideraron sus intereses, actividades cotidianas y ambientes en los cuales se desempeñan.

La percepción de las personas respecto a su DO luego de la intervención expresa que la habilidad al desempeñarse en actividades cotidianas y mayor cantidad de estrategias basadas en la ocupación en su intervención se destacan aspectos como; mejora en el estado de ánimo, seguridad, independencia, autoconocimiento, fortaleza ante posibles nuevos obstáculos que se enfrentan y la

valoración positiva hacia el equipo de salud y en áreas de la ocupación como Actividades de la Vida Diaria Básicas, Actividades de la Vida Diaria Instrumentales, ocio y tiempo libre, participación social y desempeño productivo.

Las limitaciones de esta investigación son la cantidad de respuestas obtenidas. Además, el diseño del instrumento de recolección de datos, puede generar controversias o dificultades en su comprensión, por parte de las personas que participaron dado que tres participantes no respondieron preguntas abiertas.

Una oportunidad de profundización en este tipo de investigación está en la posibilidad de registrar y complementar la información proporcionada por las personas que han recibido la atención de TO, junto a una entrevista individual a las mismas, que permita indagar los aspectos del dominio profesional, pero que son valoradas por usuarios de salud.

7- Referencias bibliográficas

- American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process—Third Edition. *American Journal of Occupational Therapy*, 68(Supl.1). DOI: <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.682006>
- American Occupational Therapy Association. (2020). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process—Fourth Edition. *American Journal of Occupational Therapy*, 74(Supl.2). DOI: <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>
- Cea, M° A. (1998). *Metodología cuantitativa: Estrategias y técnicas de investigación social*. Síntesis S.A. URL: http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/metodologia_cuantitativa_estrategias_y_tecnicas_de_investigacion_social_cea_d_ancona.pdf
- Che Daud, A. Z., Yau, M. K., y Barnett, F. (2015). A consensus definition of occupation-based intervention from a Malaysian perspective: A Delphi study. *British Journal of Occupational Therapy*, 78(11), 697–705. DOI:10.1177/0308022615569510
- Che Daud, A., Yau, M., Barnett, F., Judd, J., Jones, R. y Nawawi, R. (2016). Integration of Occupation Based Intervention in Hand Injury Rehabilitation: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Hand Therapy*, 29(1), 30-40. DOI: 10.1016/j.jht.2015.09.004.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de investigación*. McGraw-Hill/Interamericana Editores. URL:<https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Rodriguez, C. (2017). Introducción a la presente edición: Generalidades en Amputaciones de Extremidad Inferior. *ContextO*, 4(4), 11-38. https://www.ucentral.cl/ucentral/site/docs/20190313/20190313175049/contexto_04_dic_2017.pdf
- Soyer, K., Unver, B., Tamer, S., & Ulger, O. (2016). The importance of rehabilitation concerning upper extremity amputees: A Systematic review. *Pakistan journal of medical sciences*, 32(5), 1312–1319. DOI: 10.12669/pjms.325.9922
- Tomra, K., La Cour, K., Reffstrup, J., Sampedro, M., Von Bülow, C., Brandt, Å., Peoples, H., Jonsson, H. y Ejlersen, E. (2020) Lessons learned about occupation-focused and occupation-based interventions: A synthesis using group concept mapping methodology. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 27(7), 481-492, DOI: 10.1080 / 11038128.2018.1561940.

ENVEJECIMIENTO FEMENINO, SALUD, PARTICIPACIÓN SOCIAL Y DESIGUALDADES DE GÉNERO EN CONTEXTOS VULNERABLES

FEMALE AGING, HEALTH, SOCIAL PARTICIPATION AND GENDER INEQUALITIES IN VULNERABLES CONTEXTS

Mg. María Julia Xifra

Lic en Terapia Ocupacional (UNMdP), Especialista en Docencia universitaria (UNMdP) y Mg. en Psicogerontología (UMai). Docente Titular en la Asignatura Metodología de la Investigación I (FCSyTS-UNMdP). Docente de Posgrado en la Esp. en Gerontología (UNMdP) y en la Maestría en Psicogerontología (UAA). Dir. del Dpto. Pedagógico de Terapia Ocupacional (UNMdP). Dir. del Grupo de Investigación Estudio de las vejeces: Gerontología Crítica y Feminista (FCSyTS-UNMDP).

julyxifra@yahoo.com.ar

<https://orcid.org/0000-0001-9313-8612>

Lic. Ana María Tiribelli

Lic. en Terapia Ocupacional. Posgrado en el campo Gerontológico. JTP en T. O. en Salud Mental (FCSyTS-UNMdP). Coord. del Programa Universitario de Aprendizajes Mayores (UNMdP-FCSyTS). Codirectora del proyecto de extensión Huertas Mayores (UNMdP-FCSyTS).

anatiribelli@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-5695-9666>

Lic. Manuela Stornini

Lic. en Terapia Ocupacional (UNMdP). Coordinadora del Programa para la Promoción de la Salud Colectiva (Sec. Ext.-FCSyTS).

emanuelastornini@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-3224-9168>

Fecha de presentación: 25/03/2025

Fecha de aceptación: 10/05/2025

Resumen

El presente trabajo pretende habilitar la reflexión a partir de los hallazgos surgidos de una investigación cualitativa de método etnográfico, que se propuso explorar aspectos en relación a la salud y participación en organizaciones, del colectivo de mujeres mayores de 50 años de edad que viven en hogares unipersonales, de dos barrios de la ciudad de Mar del Plata. Las mujeres mayores han estado históricamente expuestas a desigualdades en el acceso a derechos fundamentales como la educación, el trabajo y el ejercicio pleno de la ciudadanía, lo cual ha incidido directamente en la manera en que se configura socialmente su proceso de envejecimiento. Como resultado, al indagar sobre el estado de salud, se han evidenciado las dimensiones físicas y subjetivas de salud, esta última expresada a partir del sufrimiento, nostalgia o melancolía. Las mujeres entrevistadas poseen principalmente PAMI como obra social. Los datos revelan una tendencia general de participación social a través de espacios comunitarios, especialmente en centros de jubilados, comedores y, en menor medida, la iglesia, lo que refuerza la importancia de estas organizaciones en la vida cotidiana de las mujeres mayores. En conclusión, la narrativa de estas actrices sociales invita a reflexionar sobre las vejeces diferenciadas y determinantes sociales, culturales, políticos y económicos que influyen en las trayectorias vitales y la capacidad funcional de las mujeres mayores. En este sentido es fundamental tener en cuenta la interseccionalidad de vectores, que implica reconocer cómo las desigualdades de género, sumadas al contexto y la clase social, afectan de manera compleja a las mujeres con respecto a la salud y participación.

Palabras clave: Envejecimiento, Vulnerabilidad, Género, Salud, Participación.

Abstract

This study aims to encourage reflection based on findings from a qualitative ethnographic research project that explored health and participation in organizations among women over the age of 50 living alone in the Centenario and B. Roldán neighborhoods of the city of Mar del Plata. Older women have historically faced inequalities in access to fundamental rights such as education, employment, bodily autonomy, and full citizenship, which has directly influenced the social construction of their aging process. The investigation into their health status revealed both physical and subjective dimensions of health, the latter expressed through experiences of suffering, nostalgia, or melancholy. The interviewees are affiliated with PAMI as their healthcare provider, though they also receive care at HIGA or local primary care centers (CAPS). The data reveal a general trend of social participation through community spaces, particularly retirement centers, community kitchens, and to a lesser extent, churches—underscoring the importance of these organizations in the daily lives of older women. In conclusion, the narratives of these social actors invite reflection on diverse aging experiences and the social, cultural, political, and economic determinants that shape life trajectories and functional capacity in later life. In this regard, it is essential to consider the intersectionality of factors, recognizing how gender-based inequalities, combined with context and social class, complexly affect women's health and participation.

Keywords: Aging, Vulnerability, Gender, Health, Participation.

I - Introducción

El envejecimiento poblacional se ha acelerado globalmente, y por primera vez en la historia, la mayoría de las personas pueden aspirar a superar los 60 años de edad (OMS, 2015). La mayor esperanza de vida de las mujeres y su menor mortalidad en edades avanzadas dan lugar al fenómeno conocido como feminización de la vejez (Aguirre & Scavino, 2018), que impone reflexionar sobre las desigualdades acumuladas a lo largo del curso de vida, así como el abordaje del envejecimiento poblacional desde una perspectiva de género.

Sólo por el hecho de ser mujeres, las mayores han tenido un acceso desigual histórico a derechos como la educación, el trabajo, su cuerpo, el ejercicio de la ciudadanía, entre otras desigualdades que configuran la construcción social del envejecimiento. En este sentido, cabe destacar los efectos diferenciales producidos por el género en su trayectoria de vida (Navarro & Danel, 2019, p.44). Entonces es necesario pensar desde un lugar situado e inmerso en una dinámica de interacción con lo histórico, lo contextual y las representaciones sociales en escenarios en donde confluyen lo macro y micro social. Por eso se destaca la

importancia de abordar las problemáticas sociales que se encuentran presentes en los procesos de envejecimiento (Carballeda, 2013).

El presente trabajo forma parte de un proyecto de investigación titulado “Experiencias en torno al sentimiento de soledad y apoyo social en mujeres mayores en condiciones de vulnerabilidad” (OCS 439/23, UNMDP) y pretende describir los hallazgos en relación a la salud y participación en organizaciones del colectivo de mujeres mayores de 50 años de edad que viven en hogares unipersonales, en dos barrios de la ciudad de Mar del Plata. La experiencia profesional, desde una Terapia Ocupacional Comunitaria, en diversos dispositivos, así como inmersas en proyectos de extensión universitarios, habilitaron la posibilidad de conocer mujeres mayores que viven en barrios periféricos de la ciudad, en condiciones de vulnerabilidad. Si bien el concepto de vulnerabilidad suele emplearse para describir a grupos que carecen de recursos materiales y simbólicos, o que se encuentran en situaciones de marginación, exclusión e inseguridad social (Dimenstein & Cirilo Nieto, 2020), en este estudio se amplía el mismo siguiendo el enfoque propuesto por Luna (2008). La autora incorpora una visión

dinámica, flexible y contextual, considerando la existencia de múltiples capas de vulnerabilidad que interactúan y se modifican según el contexto. Por lo tanto, se busca captar la complejidad de las experiencias individuales, evitando etiquetas o estereotipos.

Desde la Terapia Ocupacional Comunitaria, resulta central poner el foco no solo en las personas, sino también en los grupos sociales y los contextos que pueden actuar como facilitadores u obstaculizadores del desarrollo de proyectos de vida y de la igualdad de oportunidades. Este enfoque intenta superar la mirada individualista, incorporando las dimensiones colectivas, organizacionales, barriales y sociales (Cella & Polinelli, 2017). Polinelli (2011) utiliza el término gestión, para dar cuenta de las prácticas disciplinares comunitarias que tienen como fin favorecer espacios que faciliten a las personas ser hacedoras de su propia historia y promover la participación de grupos en situación de vulnerabilidad.

En relación a la salud se ha considerado la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015, p. 43) que describe el envejecimiento saludable como “el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional, que permite el bienestar en la vejez”. Esta definición supera otros enfoques sobre la salud, abordando sus diferentes dimensiones, ya que tiene en cuenta la capacidad funcional basada en los aspectos relacionados con la salud que les permiten a las personas vivir y hacer de acuerdo a lo que consideran significativo. La capacidad funcional no solo se refiere a las capacidades físicas y mentales de una persona (intrínsecas), sino que también incluye la influencia del entorno, como el hogar, la comunidad, la sociedad y las políticas de salud y sociales. Asimismo, existen cinco dominios claves de la capacidad funcional: satisfacer las necesidades básicas; aprender, crecer y tomar decisiones; tener movilidad; establecer y mantener relaciones, y contribuir a la sociedad. Tener la posibilidad de vivir en entornos que apoyan y mantienen la capacidad funcional es fundamental para el envejecimiento saludable.

Desde el momento en que nacemos, estamos inmersas en un contexto social que interviene profundamente facilitando u obstaculizando nuestras posibilidades en diversas áreas. En este marco, es importante

considerar las características personales que intervienen en nuestra trayectoria. Algunas de ellas son fijas, como la etnia o el sexo, mientras que otras pueden modificarse a lo largo del tiempo, como la ocupación, el acceso a la educación, el nivel de instrucción o la identidad de género. Todas estas dimensiones inciden de manera directa contribuyendo a definir nuestra posición social en un determinado contexto histórico y cultural (OMS, 2015). Esta posición, a su vez, condiciona nuestras exposiciones y determina el acceso a recursos fundamentales para una vejez digna.

Aquí es donde devienen condiciones diferenciales e inequitativas, que no responden a las necesidades y derechos de las personas (OMS, 2021). En este marco, es importante reconocer que las mujeres mayores suelen encontrarse en una situación de desventaja estructural, resultado de desigualdades acumuladas a lo largo de su curso de vida, que se intensifican cuando viven en entornos vulnerables. En este sentido, la perspectiva de la Terapia Ocupacional Comunitaria entiende la salud como una construcción social atravesada por decisiones políticas y económicas que implican la garantía de derechos fundamentales, tales como el acceso a una alimentación digna, trabajo, vivienda, recreación, entre otros. Desde este enfoque, las prácticas profesionales deben orientarse a la creación de espacios de intercambio y expresión que contribuyan al desarrollo de alternativas sostenibles para la salud y el fortalecimiento comunitario (Cella & Polinelli, 2017). Las autoras refuerzan los efectos positivos de la participación, entendiendo las posibilidades de transformación y el ejercicio de los derechos para hacer frente a las situaciones de inequidad e injusticia.

Como se mencionó anteriormente, la participación social adoptará un rol central, como plantea Jenkins (2005), siendo fundamental contar con organizaciones donde las personas mayores puedan vincularse, compartir actividades y construir redes. Pero, más allá del plano individual, la participación también se manifiesta en formas colectivas que expresan compromiso con causas comunes, como señalan Soliverez y Xifra (2022), promoviendo acciones militantes y de lucha que inciden activamente en la transformación del entorno. En relación a este último aspecto, numerosos antecedentes (Golpe & Arias, 2005;

Osorio Parraguez et al, 2022; Lirio Castro et.al., 2024; Muñoz Muñoz et al., 2020) respaldan la importancia de la participación de las personas mayores en organizaciones y sus efectos beneficiosos. En particular, un estudio desarrollado en Mar del Plata (Xifra, 2020) se propuso estimar la diferencia significativa respecto de los factores psíquicos protectores, los estereotipos negativos hacia la vejez y el apoyo social percibido entre personas mayores que sólo concurren, en calidad de receptores, a instituciones del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (en adelante, PAMI) a tramitar prestaciones y otras personas que, en calidad de hacedoras, se desempeñan en actividades de gestión en centros de jubilados vinculados. Los resultados permitieron visibilizar un rol protagónico de las mujeres en las Organizaciones de mayores (en adelante, OMA), experiencias de participación que les facilitaron desmarcarse de las asignaciones tradicionales que pesan sobre su condición (edad y género: mujeres envejecientes), explorar sus potencialidades, desplegar un proyecto no desarrollado y cumplir con deseos y expectativas pendientes. Según Moise (1998) el concepto de participación está relacionado con lo creativo, es un valor de salud. Una persona que participa está más saludable, porque en el intercambio ejercita el reconocimiento de diferentes estímulos, el desarrollo de sus afectos y la autonomía.

Este trabajo pretende comunicar los hallazgos del estudio que tuvo como objetivos conocer aspectos en relación a la salud de las mujeres mayores y describir cómo estas actrices sociales participan y/o generan relaciones en diversas organizaciones, cómo es su participación y los roles que desempeñan. Desde una Terapia Ocupacional Comunitaria y aspirando a enfatizar en la incorporación de la perspectiva de género en el campo interdisciplinar gerontológico, se buscó exponer los diferentes tipos de discriminación y desventajas como consecuencia de distintos tipos de identidades, en oposición a la visión de las mujeres mayores como un colectivo homogéneo. En el caso del presente estudio, la mayoría de las mujeres comparte indicadores que componen un aspecto diferencial en comparación con otras mujeres mayores que han podido acceder a otros recursos, por lo tanto, las torna vulnerables. Se puede hablar en

términos de interseccionalidad de variables, como el género y la clase social, que actúan como opresión estructural evidenciando experiencias de envejecimiento que no dependen solo de las personas sino del contexto en el que se hallan inmersas (Manes, et al, 2016).

2- Metodología

Desde un enfoque cualitativo y método etnográfico, se realizaron entrevistas en profundidad a 9 mujeres de entre 65 y 86 años, que residen en hogares unipersonales, en los barrios Belisario Roldán y Centenario de la ciudad de Mar del Plata. El criterio de selección de las mujeres entrevistadas fue aplicando un muestreo teórico y por avalancha. Durante el primer semestre de 2024, se contactó a mujeres de los barrios mencionados a través de referentes de centros de jubilados, comedores barriales y asociaciones vecinales de fomento. Además, se llevó a cabo observación con registro de notas de campo en territorio. Las entrevistas en profundidad fueron registradas a partir de grabaciones de audio que posteriormente fueron transcritas para su análisis. Se establecieron ejes de análisis respecto a variables sociodemográficas, salud y acceso a servicios de salud, participación en organizaciones y roles que desempeñan, así como percepción de apoyo de sus miembros. En relación a los aspectos éticos se brindó un consentimiento informado a las mujeres entrevistadas en formato escrito, acompañado de una explicación verbal, en el cual se brindó información del estudio en cuanto a investigadoras, aspectos institucionales y objetivos, garantizando la confidencialidad de los datos.

3- Resultados

Variables sociodemográficas y territorio

A partir de lo expresado, se convocó a las entrevistas a mujeres de los barrios Belisario Roldán y Centenario, dadas sus características territoriales. Por su parte el primero se ubica en la Zona Oeste de Mar del Plata, delimitado por la avenida Juan B. Justo, Alberti, Juan Czetzy y la avenida Arturo Alió. Según datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas

(INDEC, 2010), se encuentra conformado por aproximadamente 72 manzanas en la que viven unas 6 mil personas. Al explorar fuentes periodísticas (Llodó, 2016) puede registrarse que es un barrio cuyo crecimiento no fue acompañado por las obras necesarias, por lo que sufre inundaciones, disturbios en la vía pública, confrontaciones, enfrentamientos armados y venta de droga. El barrio Centenario, por su parte, es definido como un Complejo habitacional que se encuentra apostado en una zona casi céntrica de la ciudad. Fue construido en 1979 y presenta aproximadamente 1600 viviendas, nucleadas en una superficie de 16 manzanas, albergando alrededor de 20.000 habitantes. Este complejo guarda las características del estilo de viviendas sociales que fueron tendencia mundial en los setenta, con un proyecto pensado para las necesidades básicas de una familia, con condiciones dignas, pero para un sector de baja capacidad adquisitiva (Marangoni, 2017). Este Barrio es conocido no solo por las fallencias de su estructura edilicia, las filtraciones, corrosión de los hierros del hormigón, falta de luminaria, redes de agua y cloacas y los problemas en las prestaciones de higiene urbana, sino que al igual que el B. Roldán también presenta serios problemas de inseguridad. Ambos barrios, son conocidos por las quejas y denuncias de vecinos y vecinas en relación a la escucha de disparos en los lugares escolares, donde juegan infancias y adolescencias, discusiones vecinales, vandalismo, venta de droga, entre otros (Marangoni, 2017; Llodó, 2016).

En relación a las variables sociodemográficas pudo observarse que sólo dos de las mujeres nacieron en Mar del Plata, el resto de ellas nacieron en localidades de la Provincia de Buenos Aires u otros distritos en Tucumán y San Juan, habiendo migrado a la ciudad a diferentes edades y por diversas razones, pero principalmente oportunidades laborales. Presentan un bajo nivel de instrucción, el establecimiento de parejas en edad temprana y trabajos asociados al cuidado, y a la limpieza en condiciones de precarización laboral, habiéndose jubilado posteriormente como amas de casa (Ley 24.828). Solo una de ellas refiere seguir trabajando actualmente. Casi la totalidad de las mujeres expresan cargas negativas en relación a sus experiencias conyugales, sólo una relata su vínculo como positivo. Separaciones,

divorcios, violencia, situaciones de abuso de alcohol quedaron evidenciadas en los testimonios.

Salud

Al indagar sobre el estado de salud, algunas mujeres expresan su malestar asociado a la experiencia de soledad. Esto se puede observar en los siguientes testimonios. “Y, más o menos, yo tengo arritmia de angustia, a veces tengo un peso en el pecho. Trato de buscar cosas que hacer en mi casa, para distraerme (...) porque se me aparece la imagen de él” (B., 73 años. Centenario). “Y tengo un montón de medicamentos. Tengo para la presión, tengo para no llorar. A veces... tengo días malos (...) A veces muy triste. Tengo una campera de mi marido y cada vez que voy al dormitorio le doy un beso” (M., 86 años. Centenario).

Por otro lado, puede observarse testimonios que describen múltiples afecciones físicas y relatan los diversos medicamentos que consumen diariamente. Las mujeres de menor edad que conformaron la muestra son aquellas que refirieron patologías que requieren tratamientos y seguimiento más complejo, como Parkinson, afección renal, diabetes y artritis reumatoidea: “Hace dos meses me diagnosticaron Parkinson. (...) aparte de la artritis reumatoidea. Tengo hipertensión arterial y fibromialgia, tomo muchos remedios bastantes, me los cubre el PAMI declarando la discapacidad, por eso me los cubre al 100. El 8 tengo turno para psicólogo y psiquiatra (...) por depresión. Por problemas familiares y por artritis rematoidea y fibromialgia” (A., 65 años. B. Roldán). “Tengo diabetes y no puedo comer cualquier cosa, pero las dietas son caras (...) Bueno tengo un problemita en un riñón así que ahora me va a empezar a tratar una doctora acá en el Regional. Porque yo tengo doctora de cabecera (PAMI) pero no me da pelota con los riñones”. (Z., 67 años. B. Roldán).

En este sentido se evidencian las dimensiones tanto físicas como subjetivas de salud, esta última expresada a partir del sufrimiento, nostalgia o melancolía. Algunas mujeres mencionaron varias afecciones, pero expresaron una actitud positiva, de afrontamiento y autocuidado. “Sí. Sí. Sí. Bien. Este, bueno... Tengo aneurismas, eso está controlado y por suerte va bien (...) Estoy

tomando la aspirina Preven que es para un anticoagulante, estoy tomando rosuvastatina por el colesterol (...) y el prisnil para la presión. Bien, porque eso lo tengo que cuidar” (C., 79 años, Centenario). “Problemas de salud tengo la artrosis y tomo medicación para tiroides, para la presión y nada más. Y para el colesterol. No tengo demasiadas cosas, tengo problemas de varices (...) Tengo glaucoma, me operaron de cataratas el año pasado y re bien. No puedo desaprovechar lo que se me brinda. Veo mis compañeras que tienen que peludear, por un turno, re feo” (E., 79 años, B. Roldán).

Algunas narrativas permiten visibilizar que varias de estas mujeres han podido hacerse cargo de su salud y se visibilizan acciones de autocuidado tanto preventivas, como de abordaje y adopción de hábitos saludables. Tal es el caso de Z. (67, B. Roldán) quien por su afección renal concurre al HIGA y a un CAPS “Yo camino, tomo mucha agua, yo me cuido (...) Cuando se abrió la salita que voy. Yo hace doce años que tengo diabetes. Si, si, además que ahí nos enseñan a cocinar, todo”.

Todas ellas poseen PAMI como obra social, pero también reciben atención en el Hospital General de Agudos (en adelante, HIGA) o Centros de Atención Primaria de Salud (en adelante, CAPS). Ninguna ha expresado poseer obra social privada o prepaga.

Participación en Organizaciones

Con respecto a la participación en organizaciones, salvo dos casos, todas las mujeres entrevistadas participan en alguna institución, principalmente en centros de jubilados, comedores comunitarios, y, en un caso, en actividades de la iglesia. “No voy a ninguna actividad (...) y no voy a ningún lado desde que empecé con el Parkinson, no tengo ganas de hacer nada ni ir de ningún lado” (A., 65 años, B. Roldán). “No, no, en este momento no. Por eso voy a ver si mañana a las dos vengo a yoga. Me estoy encerrando mucho” (B., 73 años, Centenario).

Según refieren, su participación es individual, no registrándose casos de mujeres que expresen participación colectiva: “Acá hacemos yoga (...) los martes tenemos teatro (...) nos hace sonreír jugar ...viste todas esas cosas que es tan lindo, los miércoles tengo memoria, los jueves tenemos folklore (...) y los

viernes yoga también “(M., 68 años, Centenario). “Los lunes hago pintura acá en el Centro” (E., 74 años, B. Roldán). “Solo el taller de memoria” (M., 86 años, Centenario). “Si, sí, voy para todos lados, a dónde me piden voy. ¡Hasta al baile! voy a 9 de julio y Jara al Centro de Jubilados. Y 9 de julio creo que se llama” (Z., 67 años, B. Roldán).

Además, tampoco refieren participación gestiva o militante, lo cual se ilustra en los siguientes testimonios, cuando se preguntó sobre si alguna vez les han ofrecido participar en comisiones directivas de centros de jubilados, asociaciones vecinales de fomento, voluntariado, etc. “Si, pero no quiero. No quiero, porque venís un día y tenés que venir siempre. Porque si vos dejás de venir, después por ahí empiezan los problemas y ya no me gusta” (E., 81 años, Centenario). “No, solamente vengo acá y vendo ropa” (M., 68 años, Centenario). “Si, me han preguntado. No, todavía no” (M., 86 años, Centenario).

Otro factor a tener en cuenta respecto a la participación es la inseguridad. Sin duda el contexto, en este caso el residir en barrios con altos índices de inseguridad, puede restringir o limitar la participación. La mayoría de las mujeres mencionó temor en relación al barrio y a las altas probabilidades de sufrir robos o asaltos, pero también resaltaron la solidaridad entre vecinos y vecinas. “Ahora que estoy sola me siento insegura, a la tarde no salgo, no salgo. Ahora que estoy sola me siento insegura, a veces gritan, hablan y ahí me agarra” (B., 73 años, Centenario). “Yo voy y vengo y dicen q esta heavy pero nunca me paso nada, igual de noche no salgo ya después de las 4 no salgo” (A., 65 años, B. Roldán). “La vez pasada me levanté y me faltaba la bicicleta” (Blanca, 73 años, Centenario). “Acá desde el año 94. Pero contra mi voluntad. Porque no quería comprar yo acá. El departamento en realidad no es feo, lo que es feo es el entorno y la gente, ¿viste?” (E., 81 años, Centenario). El siguiente testimonio (86 años, Centenario) ilustra la estafa sufrida por M. “No, cierro todo. Me llamaron una vez a mí. Me llamaron y pidieron plata, que tenían a mi nieto y yo de tonta le creí. Tenía toda la plata, la envolví y la puse y la puse en el lugar que me dijeron”.

Es importante resaltar que si bien la mayoría de las mujeres expresó lo significativo de las actividades socio-preventivas de los

centros de jubilados y las experiencias positivas de la participación en la colonia de verano de PAMI, las entrevistas se realizaron en el primer semestre 2024, por lo que los testimonios son anteriores a los cambios en la ley jubilatoria, los recortes sufridos en la obra social que involucraron el acceso a la medicación, servicios de salud, actividades socio-preventivas y suspensión de la colonia de verano. Las siguientes narrativas permiten visibilizar el valor y la importancia de la colonia como espacio de participación, construcción de vínculos y apoyo social: “Entro también en la colonia de PAMI y ahí se me abrió un mundo que mamita querida...ríe. De poder. Y ahí yo decía, cómo puede ser que exista este mundo y que pueda llegar a ser tan divertido. Que uno necesite tanto estar acompañada. Aquella compañía que no consigue una con la familia, la consigue con los compañeros, (...) Todo el mundo nos estamos conteniendo continuamente” (E., 79 años, B Roldán). “A mí me encantaba ir a la colonia. Porque viste en el preparativo, estar con la gente. En esos lugares a mí me encanta estar” (E., 81 años, Centenario).

Como se mencionó en párrafos anteriores, en algunos relatos se observa la posibilidad de compensar pérdidas con ganancias. Ante la viudez o soledad han podido diversificarse, mantener redes diversas de apoyo, construir nuevos vínculos, comenzar nuevas actividades que resignifiquen sus trayectorias vitales. Aquí es interesante resaltar testimonios de E. y Z., quienes, ante relaciones conyugales negativas, expresan un sentimiento de libertad y el hallazgo de espacios que resignifican sus deseos y la necesidad de expresarse. “Cuando él ya no está entro en el centro de jubilados (...) Es tremendo, los hombres son totalmente abúlicos, ¡no le ponen onda...las mujeres!, ahí me di cuenta, siempre cuidando el físico y que el rollo, y que estoy gorda, el cuerpo cambia y entonces ahí en la colonia hay cuerpos de los más variados. Romper todas estructuras, me importa 3 pepinos lo que piense el otro, (...). Ahí empieza uno a volver a vivir, despojarse de un montón de estructuras (...) Empecé a hacer, empecé a viajar, (...) parecía que había estado presa no sé cuántos años” (E., 79 años, B Roldán). Z. ante la pregunta de qué sintió sobre el fallecimiento de su marido expresa “Yo, una libertad (...) Cuando quedé sola quedé bien, bien, con la vida

normal, sin que nadie me siga, sin que nadie me controle (...) “Si, sí, voy para todos lados, a dónde me piden voy. ¡Hasta al baile! “(Z., 67 años, Roldán).

4- Discusión

La narrativa de estas actrices sociales invita a reflexionar sobre las vejeces diferenciadas y los determinantes sociales, culturales, políticos y económicos que influyen en las trayectorias vitales y la capacidad funcional de las personas mayores. En este sentido es fundamental tener en cuenta la interseccionalidad, que implica reconocer cómo las desigualdades, principalmente de género, afectan de manera compleja a las mujeres con respecto a la salud y participación.

El análisis de las narrativas de las mujeres mayores permite identificar que la salud no puede comprenderse únicamente en sus dimensiones físicas, sino que también implica las subjetivas. Ellas, además de describir ciertas afecciones corporales, han relatado el sufrimiento emocional asociado a experiencias de soledad, pérdida y viudez. En este sentido, el envejecimiento saludable, concepto desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (2015), ha ampliado la visión del envejecimiento activo al centrarse en el mantenimiento de la capacidad funcional durante la vejez. Este enfoque enfatiza que la salud no se reduce a la ausencia de enfermedades, sino que implica preservar la autonomía, el bienestar emocional y la participación. Para alcanzarlo será fundamental considerar la interacción entre las capacidades individuales y el entorno (el hogar, la comunidad, la sociedad y las políticas de salud y sociales). Aquí deviene un círculo que se retroalimenta en estos tres pilares: la salud, la participación y el entorno. Un entorno inclusivo facilita la participación, ésta mejora la salud física y emocional y permite conservar la autonomía, que conducirá que las personas puedan seguir participando cotidianamente en sus comunidades. Esto contribuirá finalmente para un envejecimiento digno y saludable.

Los datos revelan una tendencia general de participación social a través de espacios comunitarios, especialmente los centros de jubilados, los comedores y, en menor medida, la iglesia, lo que resalta la importancia de estas organizaciones en la vida cotidiana de las

mujeres mayores. Esto, refuerza hallazgos de otros estudios (Golpe & Arias, 2005; Osorio Parraguez et al, 2022; Lirio Castro et.al.; 2024; Muñoz Muñoz et. al., 2020; Xifra, 2020), que valorizan la participación social para la mantención de estados de salud, pero también como estrategia ante condiciones de vida que conducen a vulnerabilidad, pobreza y/o aislamiento. Estos resultados sugieren que es fundamental fomentar espacios de interacción y apoyo para mejorar el bienestar de estas mujeres, contribuyendo así a una mejor calidad de vida. Es importante identificar nuevos espacios en los que se puedan establecer vínculos, con el fin de reconfigurar las redes sociales y ampliar los apoyos disponibles, evitando que la red se limite únicamente a los lazos familiares. No se ha observado en este grupo participación gestiva, militante, de voluntariado, como se hubiera registrado en otros estudios (Xifra, 2020) en los cuales se identificó a los centros de jubilados como espacios que facilitan el protagonismo y habilitan procesos de subjetivación femenina.

5- Conclusión

Las entrevistas en profundidad permitieron conocer las condiciones de residencia de las mujeres que habitan en barrios atravesados por problemáticas estructurales, falencias de su estructura edilicia, filtraciones, falta de luminaria, dificultades en las redes de agua y cloacas, problemas en las prestaciones de higiene urbana y además serios problemas de inseguridad. Sin duda estas condiciones territoriales pueden afectar directamente la salud y obstaculizar la participación social. En este sentido el contexto condiciona el acceso a recursos, movilidad y bienestar. De este modo, salud, entorno y participación se entrelazan como dimensiones interdependientes que sostienen el bienestar y la autonomía a lo largo del curso de vida.

Una mirada situada de las vejeces, interpela y deja en evidencia el acceso desigual histórico a derechos como la educación, el

trabajo, el ejercicio de la ciudadanía, entre otras desigualdades que han tenido estas mujeres, configurando la construcción social del envejecimiento femenino. En este caso el enfoque de la interseccionalidad aporta entendimiento a la experiencia de opresión y desigualdad de las mujeres mayores a partir del género, la edad y la clase social.

Los hallazgos de este estudio han puesto el foco en la importancia de la presencia del estado, de las políticas públicas, la necesidad de no naturalizar ciertos procesos sociales que colocan en desventaja a grupos como son las vejeces y en particular las mujeres mayores. Las voces de las entrevistadas subrayan la importancia que para ellas tiene la participación en las actividades socio-preventivas de los Centros de jubilados (vinculados a PAMI), en la colonia de verano (PAMI), así como el acceso a la cobertura de salud a través de esta obra social. Esto pone en evidencia las carencias persistentes, especialmente si se consideran los cambios ocurridos entre el momento de las entrevistas y el contexto actual, marcado por una jubilación mínima por debajo de la línea de pobreza y por el desmantelamiento de las políticas públicas, incluso aquellas del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI), con los consecuentes recortes en sus servicios. Frente a este escenario, se vuelve imperativo fortalecer las políticas públicas desde una perspectiva de género y promover activamente la participación de las mujeres mayores en organizaciones sociales, entendiendo dicha participación como un recurso clave para su bienestar y la salud. En este contexto, la Terapia Ocupacional Comunitaria, desde el discurso y desde las prácticas debe asumir, como refieren Cella & Polinelli (2017), una visión transformadora, promoviendo la participación de las mujeres mayores en organizaciones, no sólo como meras receptoras, sino en estructuras horizontales que favorezcan el protagonismo y toma de decisiones, es decir, como hacedoras o generadoras.

6- Referencias bibliográficas

- Aguirre Cuns, R., & Scavino Solari, S. (2018). *Vejeces de las mujeres*. Doble Clic Editoras.
- Carballeda, A. J. (2013). La Intervención Social en los escenarios actuales. Una mirada al Contexto y el Lazo Social. *Margen*(68), 1-5.

- Cella, A., & Polinelli, S. (2017). Conferencia: Historia, encuentros con el otro, espacios de emancipación. XVII Jornadas de Residencia en Terapia Ocupacional del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires realizadas en el Hospital General de Agudos Tornú, 11 y 12 de mayo de 2017. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 1(3), 35-38.
- Dimenstein, M., & Cirilo Nieto, M. (2020). Enfoques conceptuales de la vulnerabilidad en el ámbito de la salud y la asistencia social. *Pesqui. prá. psicossociais*, 15(1), 1-17. Obtenido de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1098423>
- INDEC, Instituto Nacional de Estadística y Censos (2010). Resultados Censo Nacional de Población, Hogar y Viviendas 2010. Argentina.
- Lirio Castro, J., Alonso González, D., Herranz Aguayo, I., & de la Riva Picatoste, B. (2024). La participación de los adultos mayores en entidades generadoras de innovación social: un estudio cualitativo. *ESPACIOS EN BLANCO. Revista De Educación*, 2(34), 33-48. <https://doi.org/10.37177/UNICEN/EB34-415>
- Lledó, J. (18 de agosto de 2016). Belisario Roldán: cómo se vive en el lugar de los incidentes. *Qué digital*.
- Luna, F. (2008). Vulnerabilidad: la metáfora de las capas. *Jurisprudencia Argentina* (IV), 60-67.
- Manes, R., Carballo, B., Cejas, R., Machado, E., Prins, S., Savino, D., & Wood, S. (2016). Vejezes desiguales. Un análisis desde el enfoque de los derechos de las personas mayores. *Margen* (83), 1-13.
- Marangoni, A. (5 de septiembre de 2017). Como se vive en el Centenario. *La Capital*. <https://www.lacapitalmdp.com/como-se-vive-en-el-centenario/>
- Moise, C. (1998). *Prevención y psicoanálisis. Propuestas en Salud Comunitaria*. Paidós.
- Muñoz Muñoz, C., & Monrroy Uarac, M. (2020). The participation of Senior Citizen organizations living in rural areas of southern Chile and their effect on health. *Población Y Salud En Mesoamérica*, 17(2). <https://doi.org/10.15517/psm.v17i2.39829>
- Navarro, M., & Danel, P. (2023). *La Gerontología interpelada. Género, deseos y derechos*. Fundación La Hendija.
- OMS. (2015). *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2021). *Década del envejecimiento saludable. La agenda 2030 para el desarrollo sostenible y la Década de las Naciones Unidas del Envejecimiento Saludable [2021-2030]*. Serie de Nexos N° 2.
- Osorio Parraguez, P., Navarrete Luco, I., Briceño, R., & Saavedra Parraguez, G. (2022). Mujeres Mayores activistas: Trayectorias y experiencias en movimientos y organizaciones sociales en Chile. *La Ventana* (55), 123-155.
- Polinelli S. (2011) *Gestión de Espacios Comunitarios*. Universidad Nacional de Quilmes
- Soliverez, C., & Xifra, M. (2022). Mujeres en Organizaciones de Mayores: Nuevos liderazgos y procesos de subjetivación femenina. *Tramas. UAM-X-Mexico*(57), 405-420.
- Xifra, M. J. (2020). Estereotipos, Factores psíquicos protectores, y Apoyo social percibido en adultos mayores hacedores y receptores de la. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 6(2), 42-52.

ENSAYOS

NEOLIBERALISMO Y SALUD EN ARGENTINA: INVITACIÓN A SITUAR LAS LUCHAS E INVENTAR NUEVOS MUNDOS

NEOLIBERALISM AND HEALTHCARE IN ARGENTINA: AN INVITATION TO SITUATE THE STRUGGLES AND INVENT NEW WORLDS

Dra. Celia Iriart

Es Profesora Emérita de la Universidad de Nuevo México en los Estados Unidos, y posee un doctorado en Salud Colectiva por la Universidad de Campinas (UNICAMP) de Brasil, un diplomado en Salud Pública por la Universidad de Buenos Aires y una licenciatura en Sociología por la Universidad Nacional de Mar del Plata.

ciriart@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-2329-9629>

Fecha de presentación: 25/03/2025

Fecha de aceptación: 10/05/2025

Resumen

El artículo plantea la crisis que afecta al sector salud en la mayoría de los denominados países occidentales, y particularmente como golpea muy fuerte en Argentina debido a las necropolíticas instituidas por el gobierno autodenominado anarco-capitalista. Este proceso tiene sus raíces en los desarrollos del neoliberalismo globalizante que favoreció la hegemonía del capital financiero y su entrada en el sector salud. Esto produjo importantes cambios en la estructura del sector y en el modelo tecno-asistencial que moldea las subjetividades colectivas. La autora describe el modelo tecno-asistencial eurocéntrico, que coloniza no solo al sector privado sino también al de la seguridad social y al estatal, para lo cual produce las formas hegemónicas de definir, diagnosticar y tratar los padecimientos, y estratificar los servicios que segmentan el acceso según capacidad de pago. El modelo tecno-asistencial, en tanto analizador, permite mostrar como la molecularidad capitalística genera subjetividades deseantes de un consumismo sanitario, que cada vez aleja más el sistema de salud de las necesidades mayoritarias y aliena a sus trabajadores. El artículo muestra la necesidad de cuestionar este modelo tecno-asistencial, que conlleva a la biomedicalización de la vida y propone abrir la escucha a otros saberes, prácticas y necesidades, honrando la diversidad y el respeto por la naturaleza y los demás seres de los nunca debimos distanciarnos. El desafío está en concebir nuevas formas de enfrentar la enfermedad y el padecimiento de manera colectiva y crear formas de cuidado donde todas las vidas valgan y las celebremos en su diversidad.

Palabras clave: Complejo médico-industrial-financiero, Modelo tecnoasistencial hegemónico, Biomedicalización, Re-existencia, Argentina.

Abstract

This article addresses the crisis affecting the healthcare sector in most so-called Western countries, and how it is particularly impacting Argentina due to the necropolitics instituted by the self-proclaimed anarcho-capitalist government. This process is rooted in the developments of neoliberal globalization, which favored the hegemony of financial capital and its entry into the healthcare sector. This produced significant changes in the sector's structure and in the techno-care model, which shapes collective subjectivities. The author describes the Eurocentric techno-healthcare model, which colonizes not only the private sector, but also the social security and state-own sectors. This process requires the production of the hegemonic approach of defining, diagnosing, and treating conditions, and stratifying services that segment access based on ability to pay. The techno-care model, as an analytical tool, allows us to show how the molecularity of the capitalist system generates desiring subjectivities of a healthcare consumerism that increasingly distances the healthcare system from the needs of the most people and alienates its workers. The article demonstrates the need to question this techno-care model, which leads to the biomedicalization of life, and proposes opening up to other knowledge, practices, and needs, honoring diversity and respecting nature and other beings from whom we never have distanced ourselves. The challenges lie in conceiving new ways of confronting illness and disease collectively and creating forms of care where all lives matter and where we celebrate them in their diversity.

Keywords: Medical-industrial-financial complex, Techno-healthcare hegemonic model, Biomedicalization, Re-existence, Argentina.

I- Introducción

No sólo en Argentina, pero particularmente aquí, estamos transitando un presente lleno de incertidumbres y retrocesos en los contratos sociales que, con bastante precariedad, es necesario decirlo, existían hasta la asunción del nuevo gobierno. Gobierno que gusta autoproclamarse anarcho-capitalista, y que más precisamente es posible definir como un gobierno que muestra de forma transparente que el proyecto que encarna implica la exaltación de la violencia y desprecio por el sufrimiento de millones de personas, y que abraza sin ningún ocultamiento la necropolítica. (Mbembe, 2011)

Todes estamos muy golpeadas y perplejas por el presente que ofrece este gobierno. El desmantelamiento acelerado del estado, el retiro del gobierno de muchas obligaciones contraídas con las provincias y con la población en general son llevadas adelante con una decisión inquebrantable de desguazar el aparato estatal eliminado miles de puestos de

trabajo a través de despidos masivos, y cerrando o reduciendo a una mínima capacidad a cientos de agencias gubernamentales. En el tema sanitario observamos una situación agravada por el desmantelamiento del ministerio nacional, convertido en secretaría, pero prácticamente inexistente. Han arrasado con los programas nacionales que cubrían medicamentos, incluidos tratamientos en curso para cánceres y otros de alto costo, imposibles de afrontar para quienes los recibían. Desregularon una serie de actividades sanitarias que ponen en peligro la salud, tal el caso de cuestiones relacionadas con medicamentos, alimentos, y muchísimos otros aspectos de la vida colectiva que impactan en el proceso salud-padecimiento-atención (no uso el término cuidado porque desde hace décadas que el sistema sanitario no cuida, ni a usuarios ni a sus trabajadores).

En Argentina, el área de salud recae fundamentalmente en los gobiernos provinciales para su regulación, financiamiento y prestación, pero sostenido en gran parte por las transferencias de recursos en forma de

coparticipación de impuestos y otros tipos de transferencias desde el gobierno nacional a las provincias. Estas transferencias han sido cortadas total o parcialmente, con lo cual el financiamiento estatal en provincias y municipios se ha visto fuertemente comprometido. A eso hay que sumarle que el otro sector que financia salud es la seguridad social, vía las obras sociales nacionales y provinciales, y el PAMI (que cubre a jubilados y pensionados), se ha visto jaqueado también por la disminución del valor real de los salarios de los empleos registrados y de los ingresos para los monotributistas¹ y los despidos de trabajadores, tanto en el sector estatal como en el privado. Las subas autorizadas por el gobierno nacional vía la desregulación de la actividad de los seguros de salud privados (llamados prepagos en Argentina) generó aumentos desmedidos, lo que ha hecho que muchas de sus afiliadas hayan tenido que cambiar a planes con menores coberturas o darse de baja. Este cuadro genera una mayor demanda sobre los servicios estatales que los deben enfrentar con un financiamiento menguado, costos crecientes de sus insumos y equipamientos, recortes de personal en algunas jurisdicciones y salarios muy deteriorados.

La complejidad y extensión de los procesos desatados es enorme y es importante que desde los diversos espacios situemos nuestros análisis y propuestas, y construyamos alianzas con aquellos colectivos que pueden dar cuenta de otros aspectos. Es el momento de tejer una enorme red de organizaciones hermanas que solidifiquen las luchas que serán en muchos frentes y muy difíciles. Quienes estamos involucrados de diversas maneras en el campo sanitario es importante que nos enfoquemos, y aportemos nuestros conocimientos para generar propuestas que nos saquen del marasmo en que este gobierno nos ha sumido. Debemos actuar en defensa de la vida en todas sus formas, cuestionar no sólo las necropolíticas de desmantelamiento de las instituciones sanitarias, sino también el modelo tecno-asistencial que cada vez es más costoso y destinado a minorías que lo pueden pagar, pero deja sin respuesta las necesidades mayoritarias.

Ese modelo tecno-asistencial se ha

instituido como la subjetividad hegemónica del conjunto de los profesionales y otros trabajadores de salud, que lo asumen como el único científico y deseable, y así lo transmiten en su praxis a los usuarios y afianzan las subjetividades colectivas. Todo esto en consonancia con una intensa difusión a través de medios de comunicación, vía publicidad explícita o encubierta, y de redes sociales.

Trabajar en defensa de la vida implica comprender cuáles son las necesidades locales que en el tema sanitario tienen los muy diversos grupos sociales y étnico-culturales que habitan nuestros territorios, crear nuevas formas de cuidado que entrelacen lo particular y lo grupal, que construyan comunidad, que puedan ser sensibles a otros saberes, y entrar en diálogo con ellos. La biomedicina occidental eurocéntrica, término que engloba a la biomedicina estadounidense, tal vez la más hegemónica globalmente en las últimas décadas, es expresión de la dominancia del capital financiero en el capitalismo neoliberal globalizante y de un saber científico basado en las premisas filosóficas de la modernidad constituida a partir de la colonización europea. Esto se constata tanto en la investigación, desarrollo y producción de medicamentos, equipamientos y biotecnologías diversas, como en la administración de seguros que financian las prestaciones y en la gestión de servicios asistenciales, no sólo en el ámbito privado lucrativo, sino también en el estatal.

La ciencia biomédica eurocéntrica, que trata a las personas aisladas de sus contextos, está incrementando el colonialismo, a través de los desarrollos aceleradísimos de la informática y más recientemente de la inteligencia artificial. Procesos sustentados en una epistemología que instaurada en la modernidad, define la universalidad de esta tecno-ciencia eurocéntrica, reforzada a comienzos del siglo XX en la biomedicina con el Informe Flexner que desde Estados Unidos dio origen a la medicina centrada en el hospital, el laboratorio, y el individuo aislado de su contexto (Flexner, 1910). Esta medicina fue llamada medicina científica e instituyó las formas de producirla y aplicarla, así como una matriz colonial del poder que en

¹ El monotributo es una forma precaria de inserción en el sistema de seguridad social de los trabajadores sin relación de dependencia, muchos con ingresos muy bajos.

nuestros territorios implica una subordinación o negación de saberes y prácticas que provienen de otras cosmogonías y experiencias situadas. Considero necesario contribuir a un debate en salud que ayude a repensar saberes y prácticas hegemónicos que poco ayudan a mantener la salud personal y colectiva de los humanos, y de todas las que componen este universo llamado tierra y el cosmos al que pertenecemos, ya que también están contaminando con basura espacial y tratando de extraer riqueza de materiales que allí se encuentran.

Ante esta situación nos parece importante salir del discurso enloquecedor, lleno de incertidumbres y de señales amenazantes y de muerte. Hoy más que nunca es imperioso anclarnos en situaciones concretas, crear colectivos que permitan apoyarnos amorosamente y faciliten la creación de nuevas posibilidades allí donde nos toca participar. Para esto es fundamental salir de los paradigmas impuestos desde hace siglos por la colonialidad eurocéntrica en la cual estas formas de gubernamentalidad que hacen de la necropolítica su estandarte, y a través de los entornos digitales (plataformas, inteligencia artificial, etc.) hoy más que nunca reconfiguran nuestras subjetividades y nos quieren perpetuar en ese colonialismo destructivo.

2- Repasemos el pasado para comprender el presente

Repasar los cambios radicales iniciados hace casi cuatro décadas en el sector salud es importante porque las políticas actuales claramente se enraízan en ese pasado, no son ninguna novedad como las quieren presentar, sino una profundización. Es importante ubicar el origen de los procesos actuales en aquellos que se instalan en el sector salud con el neoliberalismo allá por las décadas de los 80-90s, no sólo en Argentina sino en Latinoamérica, con especial énfasis en Chile, Colombia y Argentina. No podemos comprender la situación actual si no entendemos el proceso que nos llevó hasta aquí y aquello que se fue gestando de manera más silenciosa para recrear nuestras subjetividades que le dan vida y naturalizan en el presente ese pasado.

En Argentina, desde el gobierno de Menem a comienzos de los 90s, se va a desarrollar un proceso de quiebre del sistema

sanitario, fundamentalmente basado en servicios y programas estatales, tanto personales como colectivos, financiados a través de impuestos, y en servicios privados de atención individual, mayoritariamente financiados por la seguridad social o por pagos de bolsillo (Iriart *et al.*, 1995). La pertenencia a la seguridad social por rama de actividad laboral incluía al conjunto de los asalariados, en esa época mayoritariamente trabajadores registrados. Esto suponía una modalidad solidaria donde cada miembro de ese colectivo usaba el sistema según sus necesidades y aportaba según su capacidad contributiva basada en el salario percibido. (Belmartino & Bloch, 1985; Cortes, 1985). El sistema de obras sociales, como se denomina a la seguridad social basada en el empleo formal en Argentina, se asoció al sistema privado de prestadores, no al sector estatal como había sido la idea del primer ministro de salud que tuvo Argentina, el Dr. Ramón Carrillo (Carrillo, 1951). Esto facilita a los prestadores privados crecer en las siguientes décadas de manera de favorecer sus aspiraciones de acumulación económica (Iriart *et al.*, 1995). Esto se repite en la mayoría de los países donde hubo sistema de seguridad social basada en el empleo.

Como consecuencia de la transformación del modelo de acumulación capitalista que se da desde mediados de la década del 70, el capital financiero se erige, a nivel mundial, como el gran vector de la acumulación en las siguientes décadas, y se instala masivamente en diversas áreas de la economía, entre ellas salud. Así la década del 90 en Argentina va a ser conmocionada por un gobierno que, como el actual, implementó una amplia desregulación de la economía, que afectó al sector salud de manera irreversible, a pesar incluso de que algunas medidas se revirtieron en sucesivos gobiernos. Se produjo en el gobierno menemista, la desregulación de las profesiones, de la seguridad social, y se crearon los hospitales de autogestión, entre otras muchas medidas. En la seguridad social se produjo la ruptura de la solidaridad grupal vía la individualización de los aportes y contribuciones para dar lugar a la “libre elección”, cuya consecuencia fue la transformación del usuario/afiliado en cliente/consumidor cuyos derechos dependen de su capacidad adquisitiva, no de los derechos sociales adquiridos en luchas gremiales y políticas (Iriart *et al.*, 2000). Esto ocurrió en las

obras sociales sindicales, que en Argentina son las que nuclean más afiliados, y en otras reguladas por el estado nacional a través de la Superintendencia de Servicios de Salud. Quedaron excluidas de estos procesos las creadas por leyes especiales, tales como las obras sociales provinciales, universitarias, del poder judicial, y de las fuerzas armadas. En el sector estatal se rompieron las redes de hospitales y cada jurisdicción reclama su derecho de atender sólo a la población residente en su área (Iriart, 2005). Se instala la calidad total y premios para aquellos hospitales eficientes en lo financiero, aunque grandes expulsadores de población con problemas socio-sanitarios más complejos. Esto que no es un fenómeno local, aunque sí lo son sus particularidades, viene de la mano de la necesidad de expansión del capital financiero, en principio, fundamentalmente estadounidense, para lo cual cuentan con el apoyo de los proyectos impulsados por los organismos de cooperación (OPS/OMS) y de financiamiento (Banco Mundial-BM, Banco Interamericano de Desarrollo-BID) que serán su brazo ejecutor a través de múltiples préstamos. (Iriart et al., 2001)

La idea de la desregulación total de las obras sociales sindicales, es decir, de abrir la competencia para que los seguros de salud privados puedan captar a sus afiliados de manera directa, era un objetivo central para romper el poder del sindicalismo, y concentrarlas en un número menor que las hiciera más rentables y apetitosas para el capital financiero transnacional y local. La desregulación favorecía el acceso de estos capitales al manejo de los fondos de la seguridad social, vía el modelo de la administración gerenciada que proponían. La desregulación total no se realiza porque el gobierno menemista precisó negociar con los sindicalistas que administran las obras sociales con cobertura nacional más grandes, para que estos apoyen la flexibilización laboral, cosa que sucede. (Iriart et al., 2000)

Pese a algunas resistencias, la penetración del capital financiero se logra. Este capital, compuesto por compañías de seguro y administradores de fondos mutuales y de pensión² compran obras sociales sindicales y

empresarias para desde ellas pasar afiliados a los prepagos que también compran. Los administradores sindicales de las obras sociales nacionales se asocian a estos capitales o crean sus prepagos para traspasar los afiliados de mayor capacidad de pagos extras de bolsillo y menores riesgos, bajo la promesa de darles mejores prestaciones. El proceso estaba instalado y nunca se volvió atrás. Los capitales transnacionales se fueron al ver la crisis que se avecinaba en el 2000, pero los jugadores locales ya estaban insertos en el nuevo negocio. (Iriart & Waitzkin, 2006)

A nivel tanto local como internacional el capital financiero avanzó como un monstruo que va fagocitando todo lo que encuentra, instalándose también en la prestación de servicios de diagnóstico y tratamiento, como accionistas en las grandes corporaciones que producen y venden medicamentos, tecnologías y equipamientos, y más recientemente comprando servicios en el primer nivel de atención (consultorios y clínicas barriales) (Ramesh et al, 2025; Hamby, 7 de abril de 2024; Restivo, 2020). Estos procesos operan por supuesto principalmente en los Estados Unidos, por sus cientos de millones de consumidores, pero han penetrado en la mayoría de los países, incluso en aquellos que como el británico se lo sigue poniendo de ejemplo como un sistema estatal en su financiamiento y prestación, y en otros europeos donde el estado de bienestar creó sistemas universales (Pérez Mendoza, 2024; Samarasekera, 2023).

En Argentina, estos procesos no se modifican sustancialmente con el advenimiento de los gobiernos progresistas en la década del 2000, se amortiguan algunas de sus peores consecuencias sobre todo las relacionadas con el deterioro de los servicios estatales, y se crean con apoyo técnico-financiero del Banco Mundial (BM) varios proyectos de asistencia a las poblaciones más vulneradas, tal el caso del Plan Nacer y el Sumar. Estos proyectos siguen la lógica de seguros que no se abandona, son focalizados en ciertas problemáticas y segmentan a la población, ya que los ofrecen a grupos de bajo nivel socioeconómico y ciertos grupos étnicos. En relación a los prestadores, se

² Los fondos mutuales y de pensión se constituían originalmente con inversiones de ahorristas y los aportes y contribuciones para jubilación de los ciudadanos estadounidenses y europeos. Actualmente estas modalidades de captar fondos por parte del capital financiero se han globalizado.

los contrata, aunque sean estatales, a través de financiamiento basado en incentivos relacionados con la productividad definida por los proyectos del BM y no con la calidad ofrecida ni con la recepción cuidadora de los usuarios. (Iriart & Waitzkin, 2006) El resto de la población que no califica para estos programas seguirán asistiéndose vía demanda espontánea en servicios estatales, o en el ámbito privado según su capacidad de pago ya sea de bolsillo o por coberturas de obras sociales o seguros privados.

3- El sector salud, crisis permanente y falta de respuestas

Las crisis son permanentes a lo largo de las décadas debido al crecimiento constante de los costos, producto de la adopción de un modelo tecno-asistencial dictado por el capital concentrado mayoritariamente transnacional de productores de bienes y servicios sanitarios. Este modelo, que prioriza la aparatología diagnóstica y los tratamientos de alto costo, gana espacio tanto vía su inducción por los actores del sector, como vía los medios de comunicación, las redes sociales y la judicialización auspiciada, mayoritariamente, por los fabricantes de estos productos. (Zunino & Luzuriaga, 2024; Alcaraz et al, 2024; Iriart et al, 2011).

Los debates sobre las crisis y su resolución también han sido infructuosos para generar propuestas transformadoras de estos modelos, ya que sólo se discute la necesidad de aumentar el financiamiento, y/o de administrarlo más eficientemente a través de cambios organizacionales, de gestión y regulaciones que nunca se hacen efectivas. Algunos actores propondrán que haya mayor participación estatal en la administración del financiamiento y la prestación, otros abogarán por más participación del sector privado y aún otros integrando los tres actores financiadores y prestadores principales, la seguridad social, el estado y los privados, bajo la regulación estatal.

Otro eje preocupante en que se centra la búsqueda de soluciones está relacionado con la utilización de la informática cada vez más comandada por la inteligencia artificial. La tecnología informática aparece como la panacea para mejorar la eficiencia del sector salud, tanto en sus vertientes estatales como privadas. La

informatización del sector salud implicó la entrada de otro capital interesado en extraer ganancias en el sector, esto es el de las gigantes tecnológicas, que poco reparan en las necesidades de usuarios y profesionales, y que en forma directa o indirecta monopolizan la oferta y comprometen la soberanía de los estados para generar las propias herramientas, además de extraer ingentes cantidades de datos para alimentar sus algoritmos (Leite, 2024). Estos sistemas, en nuestros países, están básicamente orientados a aspectos administrativos y de gestión financiera, y generan en muchos casos un deterioro aún mayor del vínculo entre profesionales y usuarios, mediado por las pantallas que ocupan el centro de atención de los practicantes en lugar de la escucha cuidadosa, la mirada y el examen físico de las personas atendidas. Esta tecnología agregó también más tiempo dedicado por los profesionales a tareas de carácter administrativo, antes en manos de otros trabajadores. Los más recientes desarrollos de inteligencia artificial que apuntan a aspectos clínicos están llevando a que los profesionales de la salud sean cada vez más prescindibles y reemplazados por otro tipo de practicantes entrenados en leer los resultados que estas máquinas producen. (Warner, 2024). Siguiendo a Merhy podemos decir que estamos cada vez más instalados en el auge de las tecnologías duras (hardware y equipamientos) y blandas duras (software que definen los algoritmos en base a los que somos evaluados y tratados), y que subordinan más que nunca las tecnologías blandas o vinculares. (Merhy, 2013)

Lo que básicamente ha permeado en la sociedad argentina desde las reformas neoliberales en los 90s, y que pese al retorno de discursos y acciones que reinstalaron el tema de derechos en diversas áreas de la vida colectiva, entre ellos salud, es la desaparición de propuestas que defiendan los sistemas solidarios y la necesidad de reinstalarlos, que luchen por una atención más vincular, que no sólo de cuenta de datos biológicos, genéticos y neuronales, y comprenda que ese cuerpo es un cuerpo-político atravesado por vivencias socio-afectivas, vinculares y ambientales que lo afectan, y muchos de cuyos padecimientos no se resuelven con medicamentos u otras intervenciones sobre un cuerpo máquina.

La idea que se ha tornado hegemónica es

que la salud es un tema individual y fundamentalmente biológico -incluso los reconocidos como padecimientos mentales están cada vez más siendo considerados disfunciones químico-biológicas y tratados con medicamentos- y que tener acceso a servicios privados es una garantía de obtener las prestaciones necesarias. Los dirigentes políticos tampoco se mostraron favorables a construir un discurso que debatiera estas construcciones ideológicas de que lo privado es mejor, más eficiente y que ofrece mejor calidad de servicios. Por el contrario, reforzaron su propio acceso a seguros y prestadores privados como algo natural y deseable. La creación de un sistema único estatal y universal, tanto en el financiamiento como en la prestación de servicios, no fue puesta en debate en las últimas décadas, ni por iniciativa del poder ejecutivo ni del legislativo en Argentina. Tampoco las organizaciones profesionales de salud o sindicales aportaron proyectos sólidos y convocantes. De esta manera se fue instituyendo que el sector privado es indispensable ya sea, por la incapacidad financiera y de gestión de los aparatos estatales para asumir los servicios que los privados proveen, y más preocupante aún por la asunción acrítica de que el sistema capitalista tal como existe en la actualidad es lo único viable y que en el sector salud los seguros son la única vía de cobertura posible dados los altos y crecientes costos. No se cuestiona el modelo tecno-asistencial de la biomedicina eurocéntrica, sino las limitaciones para aumentar su acceso y como resolverlas vía la segmentación de las poblaciones según capacidad contributiva.

Estas propuestas en torno a aspectos financiero-organizacionales que no debaten profundamente las consecuencias de administrar desde el aparato estatal y la seguridad social servicios personales y programas colectivos orientados en su concepción del padecimiento-atención por un mercado cada vez más concentrado en manos del complejo médico-industrial-financiero, requiere analizar cuál es ese modelo tecnoasistencial que moldea las subjetividades de nuestras sociedades. Esto haré en la sección siguiente, para luego avanzar otras reflexiones que posibiliten abrir brechas que apunten a una modelo de salud-enfermedad/padecimiento-cuidado, situado en los territorios, que escuche y dialogue con otros saberes, otras

necesidades y formas de abordarlas, y que amplíe su visión hacia un cuidado integral, que incluya el de los ecosistemas y las comunidades que lo habitan, no lo físico-mental y social de individuos.

4- El modelo tecno-asistencial hegemónico: expresión de la molecularidad del capital

Como señalé anteriormente, el tema del modelo tecno-asistencial eurocéntrico y las formas en que moldea nuestras subjetividades, no tiene una consideración central al momento de pensar las crisis cada vez más profundas que vive el sector salud, no sólo en Argentina, sino en la mayoría de los denominados países occidentales. Esto a pesar de que es un componente central de esta crisis de eficacia y de sustentabilidad financiera.

Por modelo tecno-asistencial considero la modalidad hegemónica de definir y atender los padecimientos/enfermedades, en particular en la atención individual pero también en la salud pública, por aquellos legitimados para construir y difundir los saberes y prácticas, así como las normas legales y las formas operativas de aplicarlos y financiarlos desde las políticas públicas y los servicios asistenciales legalmente autorizados en el ámbito estatal y en el privado. El modelo tecno-asistencial hegemónico de la biomedicina se caracteriza por una atención individual, sintomatológica, fragmentada, centrada en la indicación de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, con limitación de los tiempos dedicados al encuentro entre profesional y usuaria, lo que va en detrimento de una escucha cuidadosa del relato de este, y de la cada vez menos frecuente examinación física. Raramente se tienen en cuenta las condiciones de vida y trabajo, la exposición a contaminantes ambientales, el consumo de alimentos vegetales y cárnicos con altas concentraciones de agrotóxicos, antibióticos, hormonas, y otros productos y exposiciones perjudiciales para la salud. Rápidas y descontextualizadas indicaciones sobre limitar el consumo de alimentos procesados, y otras muchas variables que afectan la vida de los colectivos humanos, como indicar la necesidad de realizar actividad física o reducir el estrés suelen ser “prescriptas” sin profundizar en las posibilidades de les usuarias de los servicios de

ponerlas en práctica. Esto a pesar de que numerosas investigaciones muestran la morbi-mortalidad diferencial por clase social, variable que incluye los diferenciales en acceso a alimentos, a entornos menos contaminados, etc. Amparados en la dificultad de cambiar entornos socioeconómicos y ambientales, la biomedicina se encierra más y más en tratar síntomas y en las causas biológicas de carácter individual, facilitadas por los avances tecnológicos para estudiar lo genético, lo molecular, y a través de imágenes adentrarse más y más en el cuerpo máquina.

Estas miradas cada vez más despojadas de la concepción de un cuerpo político, es decir, expresión de una sociedad que lo configura, tanto en su bienestar como en sus padecimientos, ha llevado a la exaltación de la idea sostenida por la modernidad del progreso de la biomedicina hacia erradicar todo tipo de padecimientos físicos y mentales, y a conseguir la prolongación casi ilimitada de la vida, a partir de adentrarse en el cuerpo individual y biológico, y producir tratamientos que respondan a este modelo. Por supuesto que esta falta de entender la diversidad de necesidades, las distintas concepciones de la salud, del padecimiento/enfermedad, de la atención y el cuidado y sus causas, incluye el maltrato y la violencia ejercida por la biomedicina hacia las mujeres, les cuerpos LGTBIA+, y los grupos racializados, entre otros.

El concepto de modelo tecno-asistencial hegemónico es un concepto complejo que sintetiza aspectos estructurales de la reproducción capitalista en el sector salud, relaciones de poder y jerarquías sociales y de saber, expresadas en las formas de operar en las subjetividades de trabajadores de salud (profesionales y no profesionales) y de les usuaries. Es un analizador que permite, transversalmente, ver cómo opera el colonialismo en su dependencia y subordinación a la producción anglosajona desarrollada en los países denominados centrales. Este saber eurocéntrico reproduce el poder patriarcal, racista y clasista, el binarismo (por ejemplo, salud-enfermedad, hombre-mujer, blancos vs les otros denominados de “color”), la misoginia, la homofobia, la heteronormatividad y las jerarquías piramidales. Se lo difunde como un saber universal, y se lo impone a través de diversos mecanismos hasta convertirlo en un

deseo por conseguir bienes (consumo de prestaciones médicas) para lograr la salud (perdida o con potencial de ser perdida). Deseo que termina siendo compartido por el conjunto de la sociedad, incluso por aquellos que subordina, subalterniza y cosifica. Es un proceso más complejo que pensarlo como algo que se impone desde la ideología dominante o sólo desde las estructuras económicas. De ahí la utilidad del concepto de biomedicalización que mencionamos anteriormente y que aquí desarrollaremos un poco más.

La molecularidad capitalística opera generando subjetividades deseantes de un consumismo sanitario, para lo se vale de la biomedicalización de la vida. Como señalamos en otros artículos la biomedicalización supone internalizar el autocontrol y vigilancia por parte de los individuos mismos (Iriart & Merhy, 2017). Supone no solo definir, detectar y tratar procesos mórbidos, sino de estar informados y alertas de potenciales indicios que pudieran derivar en una patología, no ya sólo para atender padecimientos actuales sino, cada vez más para prevenir potenciales enfermedades. La biomedicalización implica la gubernalidad y regulación de individuos y poblaciones. Para ello reconstruye el discurso hegemónico en el campo sanitario, presentándolo como la verdad científica única e indiscutible. El concepto de medicalización se enfoca en el padecimiento, la enfermedad, la atención y la rehabilitación, mientras que la biomedicalización se centra en la salud como un mandato moral e implica la transformación personal. Este modelo tecnoasistencial no sólo permea los deseos de ciertos sectores sociales de alta capacidad adquisitiva, sino que implica un deseo aspiracional que penetra en las subjetividades colectivas de amplios sectores sociales, para los cuales se ofrecen ofertas diferenciales según su capacidad adquisitiva o cobertura financiera. La oferta sanitaria cada vez se segmenta más, pero el deseo que se impone es entrar en una máquina que nos escanee y nos informe de reales, pero sobre todo potenciales dolencias. Estos procedimientos, además de ser costosos, son en muchos casos iatrogénicos o innecesarios, ya que conducen a las personas a obsesionarse ante este riesgo de enfermar y a realizar tratamientos innecesarios, ya que poseer un determinado gen no implica desarrollar la enfermedad. (Penchaszadeh, 2022)

En base a lo expuesto, cabe preguntarnos por qué los debates académicos y políticos en torno a las necesidades de transformar los sistemas de salud en Argentina no toman en consideración la necesidad de cuestionar este modelo tecnocrático que ha colonizado las subjetividades de profesionales y usuarios. Para esto es necesario hacer un análisis crítico que muestre que esta concepción es impuesta y reforzada por los grupos profesionales que adhieren a una ciencia definida por la modernidad, cuyo único marco de referencia es la epistemología positivista y particularmente el funcionalismo (la enfermedad es una disfunción que hay que corregir para devolver el individuo a la normalidad), un conocimiento pragmático sustentado en el ensayo y error, que implica la separación sujeto-objeto, naturaleza-humanidad, que hace de la neutralidad y la objetividad casi un lema sacrosanto que bloquea la emergencia o consideración de otras formas de concebir la ciencia. En ese sentido es importante considerar otro componente importante del modelo tecnocrático, esto es su ahistoricidad, entendida por la falta, no sólo de contexto histórico para entender las formas de enfermar y morir de los colectivos sociales, sino también en la producción de conocimientos, ya que se acortan cada vez más los tiempos en que se toman como antecedentes válidos las producciones académicas anteriores. Rara vez en las revisiones de pares en las denominadas revistas científicas en medicina y salud pública se aceptan sin cuestionamientos la inclusión de artículos producidos con más de cinco años de antigüedad (Ventura, 2024).

El corpus científico producido en estas usinas del saber occidental son financiadas y reproducidas por los actores interesados en mantener su hegemonía en la producción de una praxis sanitaria que garantiza su enorme rentabilidad, mientras siembra profundas inequidades en la calidad de vida de las mayorías, y un acceso a servicios de calidad cada vez más diferencial y elitista, así como intervenciones iatrogénicas por un sobre consumo de procedimientos y uso de medicamentos muchas veces innecesarios o de dudosa eficacia. Por esta razón se discute casi con exclusividad como se organizan los servicios y diversas formas de financiarlo, pero no se pone en discusión la conceptualización de la denominada medicina científica, y sus sucesivas “innovaciones” como la

medicina basada en la evidencia, y muchas otras construcciones ideológicas que el eurocentrismo epistemológico trasmite. La divulgación de estos saberes se realiza a través de la formación de grado, en las residencias, en los cursos de actualización durante el ejercicio profesional, pero también a través de las actividades de promoción de sus productos y otros mecanismos de marketing generados por las empresas productoras de fármacos, de biotecnología, de equipamientos y de bioinformática. También la difusión se hace de manera encubierta a través de artículos aparecidos en revistas académicas y difundidos en congresos profesionales por los denominados líderes de las diversas especialidades, muchas veces financiados por los fabricantes de aquellos productos que se quieren imponer en el mercado sanitario, entre muchas otras modalidades.

Los protocolos clínicos, desarrollados a partir de la entrada del capital financiero en salud, con la idea de optimizar tiempo y estandarizar tratamientos costo-efectivos, según el discurso de la atención gerenciada, se han sostenido y expandido pese a las fuertes críticas que recibieron en sus comienzos. Estos protocolos por un lado hacen más difícil para el profesional salirse de esta concepción del padecimiento/enfermedad-atención, ya que si no sigue el protocolo cualquier error recaerá en él, mientras que si sigue las indicaciones preestablecidas estará amparado por la organización profesional de su especialidad y por la institución para la que trabaja (Paluzzi, 2012). Las guías clínicas se han transformado en una doctrina de la que es difícil escapar y la biomedicina eurocéntrica se ha tornado una cuasi religión a la que es difícil cuestionar sin correr el riesgo de convertirse en una persona que reniega de la ciencia, ya que esta forma de concebirla es la única que se erige como universal y científica. Pensar aún dentro del mismo paradigma, pero cuestionar ciertos “avances” o reconocer necesidades diferenciales entre países, regiones o colectivos humanos se ha transformado en una herejía. (Light, 2010) De esta manera las grandes corporaciones productoras de bienes y servicios sostienen su posición hegemónica y continúan lucrando en el campo sanitario en connivencia con los actores locales que se han transformado en la voz autorizada e indiscutible, y fomentan un

consumo incesante de procedimientos y medicamentos no esenciales y muchas veces iatrogénicos, o que generan una cadena de prescripciones para sortear los efectos adversos que van causando las indicaciones anteriores. (Iriart & Merhy, 2022).

Estos procesos de “formación-doctrinamiento” son absorbidos tanto por los profesionales que trabajan en el ámbito estatal como en el privado, ya que desde los servicios y programas de salud estatales se convalida también este modelo tecno-asistencial, configurando un drenaje de fondos públicos hacia el capital concentrado. Esto se realiza a través de la compra de equipamientos, tecnología biomédica, bioinformática, medicamentos, reactivos y otros insumos, pautados por la oferta impuesta por los grandes conglomerados transnacionales o nacionales que siguen la misma lógica de lucro. Con la pandemia de COVID 19 se vio claramente cuáles fueron las concepciones hegemónicas que los estados siguieron para hacer frente a este drama sanitario. Se priorizó la compra de equipamientos y tecnología hospitalaria de cierta complejidad, medicamentos y vacunas producidos por las grandes farmacéuticas, mientras que se descuidó la provisión de insumos de bajísimo costo para la prevención en los territorios, sobre todo de los grupos más vulnerados. (Iriart & Merhy, 2022),

Este modelo prestacional, creador de subjetividades, es hegemónico en nuestras sociedades y se basa en lo que la biomedicina occidental -con el aporte de la epidemiología y de la salud pública- ha definido y universalizado tanto para definir los problemas sanitarios de individuos y poblaciones, como las formas de su resolución. Así podemos observar un cambio radical, incluso con respecto a aquella biomedicina y salud pública que en los años 50s enfrentó a la industria tabacalera, en tanto causante prioritario de cáncer de pulmón, y propició cambios en las políticas públicas para proteger a los fumadores de un alto riesgo de enfermar y morir (Iriart et al., 2015). En la actualidad, la promoción y prevención que practica el sanitarismo hegemónico apunta mayoritariamente a consolidar una visión clínica e individual en la prevención (Martin et al., 2025; Starfield et al., 2008). Estas transformaciones de la salud pública que acompañan las transformaciones de la biomedicina son

consecuentes con el nacimiento y desarrollo del sanitarismo hegemónico como la especialidad de la medicina que se inserta en el aparato estatal y va a reproducir la misma episteme en las políticas y programas destinados a la población entendida como una sumatoria de individuos (Iriart et al., 1994).

Ahora la apuesta de la biomedicina está en los desarrollos tecnológicos que, por ejemplo, hicieron de la medicina de precisión un arma terapéutica que individualiza tratamientos proveyendo respuestas mucho más acertadas a nivel individual, pero a un costo altísimo. Estos avances se han desarrollado sobre todo para cánceres, pero cada vez más incluyen temas nutricionales, inmunológicos, y otros; también se han desarrollado medicamentos de gran eficacia, pero nuevamente de altísimo costo, vacunas cada vez más caras y con formas de producirlas que exceden las capacidades nacionales para fabricarlas (Corvalan, 2017). Todos productos sólo accesibles a quienes lo pueden pagar (de bolsillo o por seguros médicos) o acceden vía el sistema judicial, incluso haciendo que los estados los provean (Zunino & Luzuriaga, 2024; Iriart et al., 2011).

Estas características se están agudizando con el uso de la inteligencia artificial y con la exacerbación de la concepción del cuerpo máquina y del creciente uso de procedimientos para detectar patologías que, transformados en datos numéricos, las máquinas contrastan con los acumulados en bases de datos y así dan el diagnóstico y tratamiento “precisos” para ese cuerpo máquina del que se extrajo la información. Claro que esos algoritmos son programados con datos seleccionados por individuos que responden a grandes corporaciones multinacionales que priorizan aquella información proveniente de ciertos cuerpos en detrimento de otros (Mondolo, 2024). Estos procesos de selección de ciertos grupos sobre otros es algo consistente con la priorización de ciertas enfermedades y padecimientos sobre otros. Las problemáticas de las mujeres se estudian menos, y esta falta de representatividad se agrava más si consideramos creencias/religiones, culturas no hegemónicas, grupos racializados, personas que no se definen sexualmente en las categorías binarias impuestas por la modernidad. (Amaya-Santos, 2024; Mittermaier et al., 2023).

Estos procesos permean a los

profesionales de salud, que en países como Argentina trabajan en los diversos subsectores, esto es estatal, de la seguridad social y privado. El modelo tecno-asistencial se aleja cada vez más de lo vincular y se centra más en los procedimientos diagnósticos en los cuales se delega un saber técnico objetivo y cuasi infalible para evitar errores humanos. Esto se reproduce en los servicios estatales con la consiguiente compra de equipamientos y diversas tecnologías diagnósticas cada vez de más alto costo no sólo de adquisición, sino también de mantenimiento, ya que las compras vienen atadas a paquetes de servicios de las empresas productoras. Asimismo, se prescriben tratamientos medicamentosos de alto costo que en algunos casos se proveen en los propios servicios estatales o requieren que el usuario los compre pagando de su bolsillo.

Siguiendo este modelo tecno-asistencial, el gasto estatal, de la seguridad social y de bolsillo en Argentina, que es muy alto, implica una transferencia de recursos a los sectores concentrados y transnacionalizados. Los estados gastan cada vez más en estos insumos y equipamientos drenando fondos provenientes de impuestos y administración de bienes colectivos, que dejan sin respuesta las necesidades de la mayor parte de la población. Dado los crecientes costos y la incapacidad de hacer frente a ellos, tanto desde el estado como de la seguridad social, van quedando sin acceso un número cada vez mayor de usuarios, ya que cada vez es más difícil acceder a las consultas, se recortan coberturas, los estudios diagnósticos llevan meses para ser obtenidos y también se recorta el acceso a tratamientos. La Argentina, como la mayoría de los países denominados occidentales, vive en este momento una de las mayores crisis en el sector salud, donde estallan tanto los sistemas de atención estatal como los de la seguridad social y los privados. Los programas de salud pública se desfinancian y reducen con lo cual aquellos destinados a la promoción de la salud como acceso a agua potable, alimentación, ambientes libres de contaminación, control de vectores, y regulación de la producción de alimentos, y muchos otros que tendrían impacto en el bienestar sobre todo de los más vulnerables, se han visto fuertemente afectados. Hay que entender que esta crisis no es pasajera y que todo indica que se va a profundizar, porque lo que está sucediendo se

vincula con un cambio profundo donde los humanos ha dejado de ser el centro de todo desarrollo hacia una vida mejor, donde los proyectos de la modernidad basados en el progreso incesante y luminoso han llegado a su límite dadas las reconfiguraciones del capitalismo que concentra cada vez más la riqueza en unos pocos y los “progresos” hacia una vida y juventud “eternas” en muchos menos.

Esta ideología hegemónica de la salud-padecimiento/enfermedad-atención como mercancía construye su contrapartida, la aspiración de poder cubrir financieramente estas necesidades, y por esto los seguros privados y las prácticas privadas pasan a ser las metas a alcanzar. Así como el acceso a créditos (y consecuente endeudamiento de las familias) para cubrir tratamientos publicitados de manera explícita o encubierta en las redes sociales u otros medios de comunicación. Lo planteado no significa desconocer las reales contribuciones de la biomedicina en el tratamiento y cura de muchas enfermedades. Lo que significa es que no toda la producción de la biomedicina puede ser considerada eficaz y los análisis críticos deben centrarse en separar las contribuciones en defensa de la vida individual y colectiva, de aquellas que sólo buscan optimizar ganancias vendiendo falsas promesas o tratamientos que no deberían costar cifras millonarias. Para eso es importante analizar dónde se realizan las investigaciones y desarrollos iniciales de muchos de estos tratamientos que salvan vidas y/o restituyen calidad de vida. Mucha de la investigación de nuevos tratamientos se realiza en las universidades financiadas por los impuestos con los que contribuye el conjunto de la sociedad de los países involucrados, pero desde hace varias décadas para su producción a escala se la venden o asocian con las grandes corporaciones que luego fijarán los precios de venta aduciendo las inversiones necesarias para ponerlas en el mercado. Lo hemos visto con las vacunas para Covid 19, anteriormente con los medicamentos para el SIDA, también con los antivirales para Hepatitis C, entre una lista que puede ser muy larga de enumerar. Medicamentos y biológicos que son los estados nacionales ricos y pobres, la seguridad social financiada por los cada vez más magros salarios de los trabajadores o los usuarios directos sus principales compradores (Iriart & Merhy, 2022).

Por lo expuesto, propongo usar el

concepto de modelo tecno-asistencial como una herramienta analítica que nos ayude a pensar la raigambre colonial, patriarcal de la biomedicina occidental, para cuestionarla en sus estructuras subjetivantes y no sólo en las formas como en definitiva lo hacen aquellos análisis que se centran en las reformas financieras, organizativas, las que tienden a plantear la humanización, u otro vínculo entre usuario y trabajadores dentro del mismo modelo. Al usarlo como analizador, este concepto puede profundizar los análisis de aquellos que se quedan en las cuestiones estructurales (determinantes y determinaciones) y ayudar también a correrse de los análisis que plantean la necesidad de transformar la cultura alrededor de la concepción salud-padecimiento-atención (e insisto que no digo cuidado porque mayoritariamente tiene poco de cuidado). Esto es importante porque al plantear este concepto de la cultura, se alude a ideas compartidas a nivel ideológico y, por lo tanto, que plantean una cierta externalidad, por el contrario, considero que los procesos que operan en el sector salud a través del modelo tecno-asistencial hegemónico implican transformaciones de las subjetividades que se construyen histórica y socialmente en articulación con los procesos moleculares que la máquina de guerra capitalística genera. No es una idea común compartida como un modo de vida, como un cuerpo de creencias que representan el mundo, sino la captura del sujeto como máquina deseante, que lleva a transformar lo que deseamos en las formas más íntimas, no compartimos ideas racionales acerca de la salud, el padecimiento o la atención, deseamos esas formas que nos impone la máquina de guerra capitalística (Deleuze & Guattari, 2004; Guattari, 1990).

Sin cuestionar el modelo tecno-asistencial en su núcleo central en tanto portador de un corpus científico que emerge con la modernidad, se difunde al mundo colonial desde Europa y se sigue sosteniendo en un saber eurocéntrico, actualmente anglosajón y liderado por Estados Unidos, se dificulta la apertura hacia otras formas de hacer ciencia, muchas de ellas construidas a lo largo de milenios y no de centurias como la biomedicina, y nos impide construir diálogos entre diversos saberes y prácticas, donde la biomedicina se constituya en un saber más, no en el único

valido. El modelo tecno-asistencial hegemónico en su molecularidad va transformando las subjetividades de los conjuntos sociales y lleva a la negación o subordinación de otros saberes, necesidades y maneras de concebir la salud, el padecimiento/enfermedad y la atención/cuidado, tan científicos como la biomedicina occidental, ya que están también sustentados en la experimentación, pero no adhieren al paradigma de la modernidad que, favorecido por la conquista de los pueblos que habitan la actual América y otras latitudes, se ha consagrado en la única manera científica de conocer. (Maciel & Barreto, 2023)

A la luz de los análisis presentados sobre el modelo tecno-asistencial hegemónico vamos a reflexionar en la posibilidad de crear un diálogo no asimétrico, no subordinado de esta concepción y práctica de atender los padecimientos con otras formas presentes y cada vez más visibilizadas en las sociedades latinoamericanas. Estos otros saberes no sólo son los de los pueblos originarios de estas tierras del Abya Yala con sus conocimientos milenarios, sino también los saberes que portan los afrodescendientes y que hunden sus raíces en los saberes ancestrales de los diversos pueblos africanos. También debemos escuchar a las diversidades sexo genéricas que nos hablan de sus necesidades de cuidado y de las formas de llevarlo a cabo; el de las luchadoras de los feminismos populares, comunitarios y tantos otros que se asientan en diversos territorios de Argentina y de nuestro continente.

6- Diálogos entre saberes para una salud donde todas las vidas valgan

Teniendo en cuenta el entramado epistemológico de la biomedicina, salir de este modelo tecnoasistencial que está matando el deseo de aquellos que eligieron profesiones de salud con una perspectiva no instrumental, no de lucro, sino para mejorar la vida de quienes acuden a ellos en busca de ayuda para recobrar autonomía, calidad de vida, salud, implica deconstruir saberes, dejar de lado supuestas certezas, abrir la escucha y la mirada a otros mundos. Tejer alianzas con otros que también sienten este vacío, este desgano de continuar por el camino que las instituciones sanitarias están transitando hegemónicamente.

¿Hay otras opciones más allá de este

modelo tecnoasistencial hegemónico que conlleva formas organizativas productivistas, eficiencias que no se miden en calidad de vida sino en medidas cuantitativas de costo beneficio, en número de pacientes atendidos, de procedimientos realizados, de ingresos monetarios acumulados, todo lo cual deja insatisfechos a profesionales y usuaries? ¿Existe la posibilidad de salir de la desazón que crea en quienes están dentro de este sistema y que hace que las residencias no completen sus cupos, y que haya escasez de profesionales en un país donde la oferta de formación es abundante? Un sistema con trabajadores de todas las profesiones ligadas a los servicios de salud desmoralizados por las condiciones de trabajo cada vez más opresivas, tanto en el ámbito privado, como en el estatal y en la seguridad social, por los magros salarios, por no poder ofrecer muchas veces a les usuaries que se acercan a solicitar atención una respuesta adecuada, con trabajadores agotades, limitación de los tiempos de las consultas, y muchas otras situaciones que sería largo enumerar.

Hay otras posibilidades, pero estas requieren salir de las jaulas (reales y imaginarias) de los servicios instituidos y volar hacia experiencias comunitarias y colectivas. Requiere encuentros entre les muchos que en los servicios asistenciales están sintiendo el desasosiego, juntarse quienes participan de asociaciones profesionales que buscan otras opciones para sus vidas y las de les usuaries. Los saberes de la biomedicina en muchos casos son valiosos, hay eficacias en muchos tratamientos, pero no es el único y en muchos casos tampoco el más eficaz. Tiene una falta fundamental, que se ha agravado con los desarrollos cada vez más tecnológicos e instrumentales, la dificultad de escuchar, de crear vínculo, de comprender que un tipo de atención no cubre las necesidades y expectativas de alivio/cura de todes, que hay diferentes necesidades, diversidad en las formas de concebir la salud, de relacionarse con la naturaleza, de concebir la enfermedad y la cura, que en muchos colectivos esa división instrumental del cuerpo biológico, la mente, lo social/comunitario y el ambiente es inconcebible. Que muchos son quienes consideran que para curarse hay que sentirse en equilibrio entre las diversas fuerzas naturales, espirituales y materiales. Que hay muchos colectivos que no se conciben como individuos aislados y que

comprenden que cuando un miembro enferma es la expresión de los diversos desequilibrios que están afectando a todes, y la cura también es colectiva.

No todas las niñeces precisan lo mismo, ninguna necesita etiquetas diagnósticas que las limitan en su diversidad creativa. Tampoco les adolescentes que habitan en diversos territorios, y tienen experiencias muchas veces dolorosas de diverso tipo, necesitan de los mismos protocolos biomédicos, por el contrario, es importante que ellos mismos pongan voz a sus necesidades, sentires y deseos. Las personas con discapacidades a las que se pretende amparar en una normalidad que no los incluye en sus diferencias, sino que las limita en sus potencialidades existenciales. También deben ser escuchadas las mujeres de diversos colectivos que conocen mejor que nadie de sus sufrimientos y deseos de una vida mejor, llenas de proyectos como lo ponen en evidencia constantemente en los barrios marginados, con una potencia que ayudaría a muchos profesionales a sentirse vitales y deseosos de acompañarlas. Los grupos LGTBIA+ que son tan mal recibidos en los servicios tienen mucho para decir sobre el tipo servicios que precisan, que salud quieren, que vida desean. Les adultes mayores a quienes se medicamentaliza y deja en soledad, en vez de respetarles y reconocer su sabiduría y posibilidades de contribuir con su experiencia y tiempo libre del agobio de la reproducción capitalista. Esto se multiplica en diversidades de aquellos que habitan en grandes ciudades, pueblos, áreas rurales en los miles de territorios del país. Escuchar, encontrarse, dialogar, aprender, despojarse del saber omnipotente, universal y técnico que la biomedicina les ha inoculado. Hacerlo desde una posición de saber humilde, parcial, con ganas de ofrecerlo, pero también y sobre todo desde la posición del que sabe que no sabe todo y entonces escucha, intercambia, crea nuevas aproximaciones a la salud, a la enfermedad/padecimiento, al CUIDADO.

Nada será de un día para otro, el modelo tecno-asistencial hegemónico impregna a todes, trabajadores y usuaries, pero en la charla alrededor de situaciones específicas se pueden crear nuevas experiencias y nuevas formas de existir, re-existir. Transformar situaciones es una tarea colectiva y situada, para lo cual en cada lugar en que estemos tenemos que

construir colectivos, y/o unirnos a aquellos ya existentes. Escuchar, entender sus necesidades de salud, cómo desean atender sus padecimientos, estar atentos a qué nos pueden enseñar, cómo podemos compartir nuestros saberes y desde ahí en una apuesta común, construir una concepción diferente de salud, enfermedad/padecimiento, atención, cuidado que cree más vida en todes, que sea realmente integral, que cuide de les humanas todes y de les otras seres que nos rodean, que aprendamos a cuidar y cuidarnos, que nos sintamos parte de esa naturaleza que también somos y de la que no debimos distanciarnos, consumirla, devorarla (Krenak, 2023). Que seamos uno/a/e y también un múltiple, que celebremos la diversidad que nos brindan los colectivos de mujeres de los barrios, las diversidades sexo genéricas, les afrodescendientes, los diversos pueblos originarios, y tantos más. Aprender cómo podemos crear juntos una posibilidad de una medicina integrativa que respete y comparta saberes diversos. Escuchar a les adolescentes, a les niñeces, a las personas discapacidades, a las que tienen sufrimiento mental, en fin, a todes les que no encajan en una sociedad prescriptora, encasilladora. Escuchar que sienten cuando son tratados por un modelo tecno-asistencial que sólo les ofrece un diagnóstico y una mirada de lo normal que nada tiene que ver con sus vidas. Que crea sufrimiento al etiquetar personas por sus supuestas patologías inventadas por esta biomedicina que los somete a su arbitrio

Inventar junto a les demás integrantes de

colectivo actividades a través del arte en sus múltiples expresiones, manualidades, lecturas, formación en temas de interés del colectivo, paseos, charlas sobre temas de interés del conjunto. No como usos instrumentales terapéuticos, sino por el deseo de realizar las actividades y compartir con otras, a través de eso se produce salud en tanto desarrollo de la potencia de vivir, de desear, de amar. Ser un/a/e participante más no el/la/le que coordina, dirige, define. Y por sobre todo respetar los tiempos de los demás, de las diferentes formas de habitar el mundo, como otra forma de aprender que el objetivo no es llegar sino andar, desarrollar un proceso y disfrutar de eso, habitar el presente, sin el falso apuro de la eficiencia tecnocrática. Esto se puede hacer en los múltiples intersticios que se abren cuando dejamos aflorar la potencia del trabajo vivo en acto, cuando comprendemos la autonomía que aún en los espacios más burocratizados y protocolizados los trabajadores de salud tienen en ese vínculo aún existente de la intimidad profesional-usuarie, profesional-comunidad, profesional-colectivo (Merhy, 2006). Esta es una invitación para aquellos que sientan que tal como está su vida, no es la que soñaron al elegir una profesión sanitaria. Entonces hagamos posible lo que parece imposible, aunque el momento opresivo que vivimos nos haga pensar que nada vale la pena. La apuesta por la VIDA siempre vale la pena, pasemos de la resistencia a la re-existencia.

7- Referencias bibliográficas

- Alcaraz A.; Donato, M.; Alvarez, J.; Mesina, N.; Alfie, V. & Marin. G. (2024). Judicialización de medicamentos de alto precio en Argentina: estudio cuali-cuantitativo. *Medicina Buenos Aires*, 45:445-458.
- Amaya-Santos, S; Jiménez-Pernett, J. & Bermúdez-Tamayo C. (2024). ¿Salud para quién? Interseccionalidad y sesgos de la inteligencia artificial para el diagnóstico clínico. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 47(2): e1077.
- Belmartino, S. & Bloch, C. (1985). Economía, sociedad y políticas de salud en Argentina. *Cuadernos Médico Sociales*, 31, Rosario: CESS.
- Carrillo, R. (1951). "Introducción al conocimiento de la Salud Pública". En *Contribuciones al Conocimiento Sanitario*. Buenos Aires: Ministerio de Salud Pública de la Nación.
- Cortés, R. (1985). Seguridad social en la Argentina. Las obras sociales. *Cuadernos Médico Sociales*, 34. Rosario: CESS.
- Corvalán, D. (2017). Des-aprendizaje y pérdida de capacidades locales. El calendario nacional de vacunación en Argentina. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 28(54):1-37.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (2004). *Mil Mesetas. Capitalismo y Esquizofrenia*. Valencia: Pre-Textos.

- Flexner, A. (1910). *Medical Education in the United States and Canadian, Bulletin Number Four*. Nueva York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.
- Guattari, F. (1990). *Las Tres Ecologías*. Valencia: Pre-textos.
- Hamby, C. (2024, 7 de abril). In battle over health care costs, private equity plays both sides (en línea). *New York Times Section Today*, Recuperado el 8 de abril de 2024 de <https://www.nytimes.com/2024/04/07/us/health-insurance-medical-bills-private-equity.html?smid=nytcore-ios-share&referringSource=articleShare>
- Iriart C. (2005). The transnationalization of the health care system in Argentina. En Mackintosh M, Koivusolo M. (eds.). *Commercialization of Health Care: Global and Local Dynamics and Policy Responses* (pp. 51-65). Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Iriart, C.; Faraone, S. & Waitzkin, H. (2000). Atención gerenciada: la reforma silenciosa. *Salud Problema*. Mexico D.F: 5(9):47-75.
- Iriart, C.; Franco, T. & Merhy, E.E. (2011). The creation of the health consumer: challenges on health sector regulation after managed care era. *Globalization and Health*.7:2-12. Disponible en: <http://www.globalizationandhealth.com/content/7/1/1>
- Iriart, C.; Leone, F. & Testa, M. (1995). Las políticas de salud en el marco del ajuste. *Cuadernos Médico Sociales*. CESS: Rosario. 71:5-21.
- Iriart, C. & Merhy, E.E. (2017). Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico. *Interface (Botucatu)*, 21(63):1005-16. Disponible en <https://www.scielo.br/j/icse/a/L8Vp7vxDxcLKw5qRd8g74jk/?format=pdf>
- Iriart, C. & Merhy, E.E. (2022). La máquina de guerra capitalística en el contexto de la pandemia: lo público, lo estatal, lo privado y lo común. *Saúde em Redes*, 8(2):181-203. Disponible en <https://revista.redeunida.org.br/index.php/rede-unida/article/view/3711/992>
- Iriart, C.; Merhy, E.E. & Waitzkin, H. (2001). Managed care in Latin America: the new common sense in health policy reform. *Social Science and Medicine*, 52(8):1243-1253.
- Iriart, C.; Nervi, L.; Olivier, B. & Testa, M. (1994) *Tecnoburocracia Sanitaria. Ciencia, Ideología y Profesionalización en la Salud Pública*. Buenos Aire: Lugar Editorial.
- Iriart, C; Nervi, L; Schoj, V.; Rios, B. & Castronouvo, L. New challenges to tobacco control composition in Latin America: International trade and investment agreements. *Diversitates International Journal*, 7(2):1-23. Disponible en <https://www.diversitates.uff.br/index.php/1diversitates-uff1/article/viewFile/101/75>
- Iriart, C. & Waitzkin, H. (2006). Argentina: no lesson learned. *International Journal of Health Services*; 36(1):177-196.
- Krenak, A. (2023). *La vida no es útil*. Buenos Aires: Eterna Cadencia.
- Leite, G. (2024, 17 de julio). Saúde Digital: A estranha interferência do Reino Unido (en línea). *Outras Palavras Sección Outra Saúde*. Recuperado el 15 de septiembre de 2024 de <https://outraspalavras.net/outrasaude/saude-digital-a-estranha-interferencia-do-reino-unido/>
- Light, D. (2010). Bearing the risks of prescription drugs. En Donald, L. (ed). *The risks of prescription drugs*. New York: Columbia University Press.
- Maciel, L.M. & Barreto, J.P.L. (2023). Bahserikowi: Centro de Medicina Indígena da Amazônia e a Formação do Kumuã Yepahmasã. *Revista de Direito Socioambiental-REDIS, Dossiê "Povos, territórios e direitos: diálogos socioambientais"; 1, 2023*, pp. 137-154. Disponible en <https://www.revista.ueg.br/index.php/redis/article/view/12958/9690>
- Martin, S.; Johansson, M.; Heat, I.; Lehman, R. & Karownik, C. (2025). Sacrificing patient care for preventive medicine: distortion of the role of general practice. *BMJ*, 388:e080811. Disponible en <https://www.bmj.com/content/388/bmj-2024-080811.full>
- Mbembe, A. (2011). *Necropolítica*. España: Meusina.
- Merhy, E.E. (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Merhy, E.E. (2013). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato em saúde. En Franco, T.B. & Merhy, E.E. (eds). *Trabalho, produção de cuidado e subjetividade em saúde. Textos reunidos* (pp. 19-67). São Paulo: Hucitec.
- Mittermaier, M; Raza, M. & Kvedar, J. (2023). Bias in AI-based models for medical applications: challenges and mitigation strategies. *npj Digital Medicine*, 6:113. Disponible en <https://www.nature.com/articles/s41746-023-00858-z>
- Mondolo, L. (2024, 10 de julio). Big Techs pretendem definir padrões da IA na saúde. E nós? (en línea) *Brasil de Fato*, Sección Opinión. Recuperado el 30 de julio de 2024 de <https://www.brasildefato.com.br/2024/07/10/big-techs-pretendem-definir-padroes-da-ia-na-saude-e-nos/>

- Paluzzi, J.E. (2012). "Dualities of interest": the inter-organizational relationships between disease-specific nonprofits and the pharmaceutical industry. *Int J Health Services* 42(2):323-39.
- Penchaszadeh, V. (2022). Bioética, salud y complejo médico-industrial-financiero. Una visión desde América Latina. *7 Ensayos Revista Latinoamericana de Sociología, Política y Cultura*. 4:21-37. Disponible en <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/7ensayos/article/view/7664/6469>
- Pérez Mendoza, S. (2024, 20 de mayo). La explosión de los seguros de salud provoca un 'boom' de hospitales privados (en línea). *el Diario.es*, Sección Foco Salud Pública, Recuperado de 29 de marzo de 2025 de https://www.eldiario.es/sociedad/explosion-seguros-salud-provoca-boom-hospitales-privados_1_11370807.html
- Ramesh, T.; Blumenthal, D. & Tsai, T. (Publicado on line 2025, 31 de marzo). Hospitals tenants: the rise of real estate investments in health-care delivery. *The Lancet First on line*. Disponible en [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(25\)00498-2/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(25)00498-2/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)
- Restivo, N. (2020, 12 de abril). El fondo BlackRock, dueño de casi todo (en línea). Pagina 12 sección Supl. Cash. Recuperado el 3 de junio de 2021 de https://www.pagina12.com.ar/258436-el-fondo-black-rock-dueno-de-c-a-s-i-t-o-d-o-?gclid=Cj0KCQjwIMaGBhD3ARIsAPvWd6gGPF0dI sx66HnzDt9bsamT9O4Ws89Jjpq8ZRuOXY34COVlejRHK4kaAu76EALw_wcB
- Samarasekera, U. (2023). How to fix the NHS. *The Lancet, World Report*, Vol. 401:333-334.
- Starfield, B.; Hyde, J.; Ge'rvas, J. & Heath, I. (2008). The concept of prevention: a good idea gone astray? *Journal Epidemiology and Community Health*, 62:580-583.
- Ventura, D. (2024, 23 de setiembre). Desafiando os periódicos internacionais de alto impacto (en línea). *Jornal da USP*. Recuperado el 11 de octubre de 2024 de <https://jornal.usp.br/articulistas/deisy-ventura/desafiando-os-periodicos-internacionais-de-alto-impacto/>
- Warner, B. (2024, 27 de abril). Daniel Ek's next act: full body scan for the people (en línea). *New York Times* sección Deal Book/Business and Policy. Recuperado el 28 de abril de 2024 de <https://www.nytimes.com/2024/04/27/business/dealbook/daniel-ek-neko-health.html?smid=nytcore-ios-share&referringSource=articleShare>
- Zunino, M. & Luzuriaga, M. (2024). La judicialización de la salud. *Salud Pública*. 2. Disponible en: <https://saludpublica.ms.gba.gov.ar/index.php/revista/article/view/49/59>

DINÁMICAS VIVENCIALES: UN ABORDAJE DESDE LAS PRÁCTICAS DE SALUD INTEGRATIVA

EXPERIENTIAL DYNAMICS: AN APPROACH FROM INTEGRATIVE HEALTH PRACTICES

Mg. Nora Jacquier

Directora de la Especialización

Promoción de Salud Integrativa - Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales - Universidad Nacional de Misiones- Docente Jubilada, ex-profesora Titular de la Escuela de Enfermería- FCEQyN - UNaM Cátedra Enfermería Familiar y Comunitaria.

norajacquier2@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-5685-7722>

Mg. Luisa dos Santos

Co-Directora de la Especialización

Promoción de Salud Integrativa - Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales - Universidad Nacional de Misiones- Docente Jubilada, ex-profesora Titular de la Escuela de Enfermería- FCEQyN -UNaM Cátedra Enfermería en el Cuidado del Adulto y del Anciano.

luisaisabel2santos@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0005-5525-3843>

Fecha de presentación: 25/03/2025

Fecha de aceptación: 10/05/2025

Resumen

Este ensayo explora la interrelación entre la experiencia y la corporalidad en el contexto de las prácticas de salud integrativa. El objetivo es comprender la complejidad teórico-metodológica de las dinámicas vivenciales como prácticas colectivas de promoción de salud. Las prácticas de salud complementarias reflejan un cambio de paradigma de atención integral. El cuerpo es sujeto y agente que encarna experiencias vividas, e integra aspectos espirituales y emocionales. Las dinámicas vivenciales promueven experiencias integradoras con el fin de restablecer el equilibrio afectivo y la renovación orgánica; fomentan el bienestar emocional, activan procesos fisiológicos que contribuyen a la neuroplasticidad y la resiliencia. Durante las sesiones, se busca la conexión social y se liberan hormonas como la oxitocina y la dopamina, esenciales para el bienestar. Las emociones regulan el cuerpo y la mente, se pueden activar circuitos neuronales que promueven la salud. La teoría polivagal explica cómo el sistema nervioso autónomo influye en el comportamiento social y emocional, destacando la importancia de crear entornos seguros para facilitar la conexión y el bienestar. En conclusión, las Prácticas de Salud Integrativas y Complementarias (PISC) son un modelo humanizado de atención que integra dimensiones físicas, emocionales y espirituales. Estas prácticas promueven la salud, fomentan una reconexión con uno mismo y con el entorno, contribuyen a mejorar calidad de vida y a la resiliencia comunitaria. Concebir al cuerpo como un agente activo es fundamental para desarrollar estrategias de cuidado más efectivas y holísticas.

Palabras clave: Prácticas de salud integrativas y complementarias, Biodanza, Dinámicas vivenciales, Dinámica de grupo, Emoción, Promoción de la salud.

Abstract

This essay explores the interrelation between experience and corporeality in the context of integrative health practices. The aim is to understand the theoretical and methodological complexity of experiential dynamics as collective health promotion practices. Complementary health practices reflect a change in basic assumptions in integrative care. The body is a subject and agent that embodies lived experiences and integrates spiritual and emotional aspects. The experiential dynamics promote integrative experiences in order to restore affective balance and organic renewal; they foster emotional well-being, activate physiological processes that contribute to neuroplasticity and resilience. During the sessions, social connection is sought and hormones such as oxytocin and dopamine, essential for well-being, are released. Emotions regulate the body and mind, and neural circuits can be activated to promote health. Polyvagal theory explains how the autonomic nervous system influences social and emotional behavior, highlighting the importance of creating safe environments to facilitate connection and wellbeing. In conclusion, Integrative and Complementary Health Practices (IChP) is a humanized model of care that integrates physical, emotional, and spiritual dimensions. These practices promote health, foster a reconnection with oneself and the environment, contribute to improved quality of life and community resilience. Conceiving the body as an active agent is fundamental to developing more effective and holistic care strategies.

Keywords: Complementary therapies, Group dynamics, Biodance, Emotion, Health promotion.

I- Introducción

La neurociencia da sustento científico a las dinámicas vivenciales integrativas (Toro, 2007; Barreto, 2017). Existe un abanico de dispositivos terapéuticos¹ breves (Wolder, 2021), entre ellas, las dinámicas vivenciales que desmedicalizan el sufrimiento humano (Barreto, 2009). Así como, reintegran al ser humano, vinculándolo con su origen como totalidad biológica y con el universo como totalidad cósmica. (Toro, 2007)

Este ensayo tiene el propósito de entender la complejidad teórico-metodológica que se activan durante el desarrollo de las dinámicas vivenciales como prácticas terapéuticas colectivas de promoción de salud.

Desde esta perspectiva nos interesa reflexionar sobre la noción de “dinámicas vivenciales integrativas” y de la noción de cuerpo en el contexto de las prácticas complementarias; que se emplean el campo de la salud colectiva. Además, repasar algunos efectos fisiológicos y emocionales inducidos durante el desarrollo de las vivencias que estimulan y armonizan las funciones límbico-hipotalámicas despertando la sensibilidad adormecida. Con aportes de la teoría polivagal de Steve Porges (2016), entre otros.

Los terapeutas latinoamericanos creadores de la biodanza² y las dinámicas vivenciales de Cuidando al Cuidador (en adelante, DVCC)³ son los creadores de estrategias saludables colectivas que develan de

¹ Entre los múltiples dispositivos terapéuticos procedentes de campos muy dispares, están la relajación, la sofrología, el dibujo inconsciente, el uso de cuentos, las constelaciones familiares, la visualización, la psicogenealogía, la hipnosis eriksoniana y los ejercicios para la Liberación de la Tensión y el Trauma conocida por sigla en inglés -TRE- Trauma Releasing Exercises. (Wolder, 2022; Barreto, 2017)

² Rolando Mario Toro Araneda, chileno (1924-2010) fue un psicólogo, escritor, poeta, ensayista y creador de la Biodanza. Creó un modelo de educación biocéntrica, docente en Universidad Católica de Chile. Por sus trabajos, en 2001, fue nominado al Premio Nobel de la Paz.

³ Adalberto Barreto nació Brasil. Es Médico UFC (1976) y licenciado en Filosofía y Teología, Université Catholique de Lyon- S. Tomas de Aquino- Roma Italia (1983), doctor en psiquiatría por la Université René Descartes Paris (1982) y doctor en antropología por la Université Lumière Lyon (1985). Creador de la Terapia Comunitaria Integrativa, implementa la metodología TCI en 49 países, y da cursos de recuperación de la autoestima de DVCC-.

manera diferente las memorias corporales. Estas estrategias contrahegemónicas son una provocación a los valores culturales contemporáneos y a los mandatos de alienación de la sociedad consumista caracterizadas por la soledad, la competitividad y el aislamiento social que nos afectan profundamente. Para Toro (2007) “Hay un modo de estar ausente incluso en nuestra presencia” (p.27). En este marco, la pregunta clave ¿Qué hiciste con tus sufrimientos o dolores sólo sufriste o creciste?; nos ayuda a la reconexión, con el “aquí y ahora”, con el “yo soy” (Barreto, 2012; 2017)

Este texto se organiza de la siguiente manera, primero reflexiona sobre qué entendemos por terapias o prácticas de salud integrativas (en adelante, PSI). En segundo lugar, la noción de cuerpo y corporalidad. En tercer lugar, intentamos definir y caracterizar las dinámicas vivenciales particularmente, la biodanza y las dinámicas de rescate de la autoestima. Por último, pretendemos analizar algunos efectos fisiológicos y emocionales de estas prácticas. Para concluir que, las dinámicas vivenciales integrativas conjugan la actividad física, las interacciones sociales positivas y la práctica de actividades novedosas que promueven la neuroplasticidad y el bienestar.

2- Desarrollo

Prácticas de salud complementarias

En el libro “Prácticas Integrativas y Complementarias en el Sistema Único de Salud”, Freitag y Badke (2019) expresan que:

... una concepción sistémica del Ser es instituida junto con el paradigma de la integralidad en la salud, (...) la salud pasa a ser intersectorial y multidimensional, exigiendo prácticas interprofesionales de visión sistémica, racionalidades, que no se limita solamente al campo de la biomedicina. (p.11)

Esta concepción fundamenta cambios en legislación brasileña incorporados sobre atención integral para la superación del modelo biomédico, en sintonía con el despertar mundial

que reivindica la relación del hombre/naturaleza, con su esencia y con la vida, revalorizando prácticas milenarias de cuidado. En ese marco a través de políticas públicas de salud, gradualmente, se han instituido desde el año 2006 veintinueve prácticas integrativas y complementarias de salud⁴.

En nuestros días coexisten diferentes formas de atención del proceso salud-enfermedad- atención- cuidado (Menéndez, 1994) que se traducen en variados procedimientos diagnósticos, de tratamiento y criterios de curación que están condicionados por determinantes “religiosos, étnicos, económicos/políticos, técnicas y científicos”. (Menéndez, 2003, p.186). La hegemonía biomédica niega otras formas de atención a los padecimientos que son empleadas por la población independientemente de la “eficacia”, “eficiencia” o “calidad” que esas prácticas de salud poseen. Dichas prácticas en nuestro contexto están poco visibilizadas o desacreditadas.

Según el descriptor de Ciencias de la Salud (2022), las Prácticas de Salud Complementarias se definen como las “Prácticas terapéuticas que no se consideran actualmente una parte integral de la práctica médica alopática convencional. Pueden carecer de explicaciones biomédicas, (...)”. Esta denominación se emplea “cuando se utilizan junto con tratamientos convencionales. Sin embargo, se denominan prácticas de salud alternativas cuando se usan “en lugar del tratamiento convencional”. Siendo desde esta perspectiva, las “complementarias” sinónimo de “integrativas”, en esta línea de trabajo las prácticas de salud se integran, no excluyen, permiten un abordaje de todas las dimensiones del ser humano.

Según la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS) alrededor del 80% de la población mundial utiliza otras formas de medicina, como las hierbas medicinales, la acupuntura, el yoga, las terapias indígenas y otras (OMS, 2022). Es frecuentemente utilizada “para mantener la salud, prevenir y tratar enfermedades, en particular enfermedades crónicas” (OPS-OMS, 2013).

⁴ En el año 2006, se incorpora al Sistema Único de Salud de Brasil, las siguientes prácticas de salud integrativa: Acupuntura, homeopatía, fitoterapia, medicina Antroposófica y termalismo social-crenoterapia. En 2017, Arteterapia, Ayurveda, Biodanza, Danzas Circulares, Meditación, Musicoterapia, Naturopatía, Osteopatía, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitaria Integrativa y Yoga. En 2018, Apiterapia. Aromaterapia Bioenergética. Constelaciones familiares, cromoterapia, geoterapia, Hipnoterapia, Imposición de manos, ozonoterapia y terapias florales.

Este organismo rector sanitario incorporó diferentes tipos de prácticas a través de estrategias, una de ellas es la “Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023” (OPS-OMS, 2013). En el año 2024, la India inauguró el Centro Mundial de Medicina Tradicional de la OMS, que muestra las tradiciones mundiales y avances científicos modernos en medicina tradicional, el cual funcionaba en el Instituto de Enseñanza e Investigación en Ayurveda, que es un Centro Colaborador de la OMS. Esta tendencia de articular diferentes modelos de atención de salud en el marco de la OMS (2022) amplía el repertorio de prácticas sanitarias que responden a las necesidades de la población y de los propios trabajadores de la salud (OMS, 2013, p. 16).

Por otra parte, la medicina académica se fue consolidando de manera monopólica tejiendo redes estratégicas con el Estado, mediante políticas sanitarias para la inclusión, el control social y el progreso económico de los grupos de elite (Foucault, 2008) desde la institución de la Argentina como estado-nación en el siglo XIX. En paralelo, se combate a las prácticas de la medicina tradicional como la acupuntura, yoga, herbolaria, curanderos. (Dahur, 2022)

En 1978, la OMS impulsa la estrategia de Atención Primaria de Salud (en adelante, APS) como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados” (OPS, 2012, p.3). Depende de la forma en que cada país ha interpretado la estrategia de APS (Jacquier et al., 2014) se afianzó la hegemonía médica y relegó lo “socialmente aceptables”. Toda una serie de actividades de atención a los padecimientos es negada, ignorada y/o marginada, pese a ser frecuentemente utilizada por diferentes sectores de la población. (Menéndez, 2003). No obstante, la población decide emplearlas por diferentes razones: “insatisfacción a respuestas” de la alopatía, “miedo a la tecnificación y efectos secundarios” de la biomedicina, falta de control de la situación, búsqueda de mayor bienestar (López, 2009); autoconciencia (Crottogini, 2004) económicas e ideológicas (Menéndez, 2003), entre otras. Todo ello, conlleva al surgimiento de un creciente interés por la Medicina Tradicional Complementaria -MTC- que ha impulsado su integración a los sistemas de salud

oficiales.

En la Argentina, existe el antecedente del uso de la acupuntura en un hospital público (Freidin y Abrutzky, 2009) En la actualidad hay profesionales del sistema oficial de salud que articulan terapéuticas propias de la biomedicina con otras (Menéndez, 2009) prácticas de salud complementarias, como la acupuntura, terapia neural, biomedicina, reiki, constelaciones familiares, quiropraxia, reflexología, yoga y meditación.

En el año 2022, la provincia de Misiones promulgó la Ley XVII-n° 170 sobre el Marco Regulatorio para la Medicina Tradicional y Complementaria (Boletín Oficial, 2022). Aunque todavía no fue reglamentada, es un gran avance para los profesionales del sistema oficial de salud que cuentan con un título habilitante para el ejercicio profesional de las prácticas complementarias de salud. Este proceso de la política sanitaria refleja que la biomedicina es la institución dominante del campo de la salud que trata de imponer y mantener su hegemonía y su uso. (Menéndez, 2009)

La mayoría de las Prácticas de Salud Complementarias operan al margen del sistema oficial de salud, incluso las que son de interés para este trabajo. En tanto, la musicoterapia es una de las pocas que está legalmente reconocida en la Argentina desde el 2016.

A modo de cierre, recurrimos a la noción de Prácticas de Salud Integrativas y Complementaria (en adelante, PISC):

están basadas en el modelo humanizado de atención y centradas en la integralidad del individuo, que buscan estimular los mecanismos naturales de prevención de la enfermedad, promoción de la salud y recuperación a través de tecnologías eficaces y seguras, con énfasis en la escucha acogedora, el desarrollo del vínculo terapéutico y la integración del ser humano con el entorno y la sociedad; (...) amplían el abanico de opciones terapéuticas para el cuidado de la salud y contribuyen a que los usuarios reduzcan su consumo de medicamentos, aumenten su autoestima y mejoren su calidad de vida. (Brasil, 2018, p. 97)

Cuerpo, cuerpos o corporalidad

Los conceptos de cuidado y de cuerpo (Csordas, 1994; Good, 1994; Fassin, 2004; Mauss, 1979) son centrales para comprender los modos en que las personas atienden y entienden sus necesidades, mantienen la salud y conservan la vida; entendiendo que el cuerpo es el sujeto y agente que encarna todas las experiencias vividas.

Ayres (2004) reconstruye las prácticas de salud a partir de reflexiones críticas sobre el cuidado como constructo filosófico. El cuidado es una acción caracterizada por la interacción, el movimiento, el deseo, la dinámica identidad/alteridad, la plasticidad, la temporalidad (Ayres, 2004). El cuidado, ya sea como acto o como proyecto (Schütz, 2008) se recupera a través de las prácticas observadas y la narrativa de los sujetos (Rappaport, 2007). La corporalidad hace referencia a la manera en que percibimos, vivimos y nos relacionamos con nuestro cuerpo, tanto en su dimensión física como en su dimensión social y cultural.

Desde la perspectiva fenomenológica crítica, Good hace inteligible la imposibilidad de separar el cuerpo, de la experiencia y el mundo vital a través del relato de un joven con dolor crónico. (...) que impregnando todo su mundo subjetivo:

“el cuerpo no es simplemente un objeto físico o estado fisiológico sino una parte esencial del ser. El cuerpo es sujeto, la base misma de la subjetividad o experiencia en el mundo, y el cuerpo en tanto que “objeto físico” no puede ser nítidamente diferenciado de los estados de conciencia”. La conciencia en sí misma es inseparable del cuerpo consciente. (Good, 1994, p.215-216)

Por lo tanto, el cuerpo constituye una parte “esencial del ser”, el “agente” por medio del cual precisamente el ser está en el mundo y lo experimenta (Good, 1994, p. 215-216) a través de los sentidos (Csordas, 1994). Para Merleau Ponty:

El cuerpo es el vehículo del ser-estar en el mundo, y poseer un cuerpo es para un viviente conectar con un medio definido, confundirse con ciertos proyectos y comprometerse

continuamente con ellos. En la evidencia de este mundo completo, en el que aún figuran objetos manejables, en la fuerza del movimiento que va hacia él y en donde aún figuran el proyecto de (...) certidumbre de su integridad. Pero en el momento en que le oculta su deficiencia, el mundo no puede dejar de revelársela: ya que, si es cierto que tengo consciencia de mi cuerpo a través del mundo, que éste es, en el centro del mundo, el término no advertido hacia el cual todos los objetos vuelven su rostro, es verdad por la misma razón que mi cuerpo es el quicio del mundo: sé que los objetos tienen varias caras porque podría repasarlas, podría darles la vuelta, y en este sentido tengo consciencia del mundo por medio de mi cuerpo. (Merleau Ponty, 1993, p. 94-100)

Así se otorga, da valor y sentido a lo captado en las interacciones con el “otro” (Bhabha, 1990), son importantes la “decodificación” y ruptura de las orientaciones normativas del salubrismo. Marcel Mauss, antropólogo, en 1980, instituye la noción de cuerpo como un “objeto social”. Nancy Sheper-Hughes y Margaret Lock (1987) deconstruyen la tradición epistemológica dualista cartesiana: mente-cuerpo, materia-espíritu, individuo-sociedad; asumen una visión más integrativa del “cuerpo”, proponiendo tres niveles de análisis el cuerpo – individual, social y político -.

Estas miradas superan el clásico dualismo, de una mente racional y de un cuerpo mecánico, en la que era inverosímil la interacción entre ambas. (Gadner, 1987). Para Csordas (1994) los estudios contemporáneos consideran que el cuerpo es una entidad fija sujeta a leyes biológicas, sino a través de las ciencias humanísticas, que lo relaciona a todo aquello que nos permite experimentar el mundo a través de los cinco sentidos (vista, oído, olfato, gusto y tacto) y también, el de la intuición o sentido interno. El sentido de estar en un cuerpo y orientado en un espacio. Asimismo, es una herramienta que nos permite realizar todas las prácticas como nadar, bailar, trabajar, motivo por los cuales el cuerpo se vuelve, al mismo tiempo, un agente. Estas prácticas -en términos

del filósofo Heidegger- tienen “intencionalidad” en la medida que somos conscientes de nuestros actos.

Volviendo a Csordas (1994), la corporalidad de los procesos – reír, llorar, nacer, morir- son de interés en la medida que reflejan variaciones culturales, analizando otras dimensiones en las que el cuerpo físico está comprometido desde una perspectiva que exige reflexividad, particularmente, para comprender la profundidad de las dinámicas vivenciales. En las dinámicas vivenciales se reflexiona sobre las relaciones de la importancia de la risa y el llanto como procesos biológicos de desahogo y de bienestar que inciden en el pensamiento desencadenando cambios hormonales.

Podemos complejizar más el análisis sobre el cuerpo, agregando la perspectiva espiritual de Bailey, en la que:

El cuerpo físico (etérico y denso) puede ser comparado a una casa con dos instalaciones telefónicas, una trayendo la energía desde afuera, la otra, de una habitación a otra como teléfono interno. (...) luz, agua, gas y teléfono. La luz simboliza el alma, el agua las emociones, el intercambio telefónico la mente con su intercomunicación de conocimientos, y el gas simboliza la naturaleza etérica. (2022, p. 22)

Desde la antroposofía y la perspectiva espiritual, el hombre está formado por cuatro estructuras esenciales (Bailey, 2022; Brasil, 2018): el cuerpo físico es la parte material que permiten al alma expresarse en el plano físico u objetivo; el cuerpo etérico o vital energiza al cuerpo físico, es una red de corrientes de energía y de luz responsables de la vida; el cuerpo astral también denominado cuerpo emocional o de deseos permite experimentar la emoción, dolor, placer, etc. Y el cuerpo mental que “da significado a los objetos físicos de nuestra experiencia, y “a las sensaciones del cuerpo vital”. (Goswami, 2008)

Dinámicas vivenciales integrativas

La vivencia es una experiencia intensa que un individuo vive en el presente -aquí y ahora-, abarcando emociones, movimientos corporales y funciones orgánicas. (Toro, 1968). Para Wilhelm Dilthey (1833-1911) las

“vivencias” son un concepto filosófico central que influyeron en la fenomenología de Merleau Ponty y la ontología de Heidegger. En este sentido, la “vivencia” es la base de la experiencia humana y se configura como el punto de partida de toda comprensión del mundo que permite al ser percibir subjetivamente la vida. (Dilthey, 1978). Es un encuentro humano-humano a través de miradas, abrazos, caricias y palabras afectivas, que se inicia en la parte sana para desarrollar las potencialidades de la salud. Aunque esa conexión profunda también puede ser con y a través de una mascota, una flor, un amanecer, entre otras.

Toro (2007) sustenta teóricamente la Biodanza en el concepto de vivencia y su metodología en la inducción a “vivencias integrativas” para la integración afectiva, renovación orgánica y reaprendizaje de las funciones originarias (instintos) de la vida. Para él la narrativa de la vivencia -“relato de vivencias”- posee un valor científico, a pesar de que acontecen en el mundo subjetivo de cada persona; su modelo educativo se centra en el aprendizaje vivencial, la conexión con el entorno (ecofactores) y la afectividad para lograr la transtasis, es decir, un salto cualitativo hacia un nuevo nivel de integración en la rampa evolutiva humana.

La Biodanza es una “Práctica corporal expresiva que promueve experiencias integradoras a través de la música, el canto, la danza y las actividades de grupo, con el objetivo de restablecer el equilibrio afectivo y la renovación orgánica necesarios para el desarrollo humano”. (Brasil, 2018, p. 30). Esta última definición está relacionada con la de “dinámicas vivenciales de Cuidando al cuidador”, y también, con el concepto de Prácticas cuerpo-mente enunciada como las “Prácticas utilizadas para la promoción de la salud” que generan, entre otros beneficios, “el fortalecimiento de la atención y la concentración y añaden técnicas de relajación, respiración, contemplación, entrenamiento del foco de atención a través de sonidos, palabras, imágenes” (Brasil, 2018, p. 96)

Según Berceli (2005), este tipo de experiencias conforman un nuevo enfoque para la recuperación del trauma, aplicable de manera multicultural a grandes poblaciones, sin limitarse a conceptos psicológicos occidentales (p. 8). Cabe la aclaración, de que Rolando Toro concibió a la Biodanza como una vivencia

promotora de vida y no una práctica psicoterapéutica (Maita, 2025).

En la introducción del libro *Cuidando al Cuidador* (2017), Barreto justifica la creación del curso homónimo y sobre modos apropiados de abordaje terapéutico en personas con dificultad de nominar sus sufrimientos. Esta dificultad ha sido observada sistemáticamente durante las rondas de Terapia Comunitaria Integrativa y es clave para la toma de conciencia de los bloqueos emocionales (Barreto, 2012b). Asimismo, las DVCC fueron instituidas para lidiar con uno mismo, para el autocuidado; a su vez, son fuente generadora de crecimiento, madurez y autogestión a través del encuentro con las emociones más intensas y profundas del propio cuidador (Martini, 2017). Estas develan el sufrimiento impreso en el cuerpo, tanto personales como colectivas; al recordarlas posibilitan reaprender de su propia historia, de sus carencias, de sus fracasos, asimismo, generan empoderamiento personal potenciando sus recursos personales, ancestrales, étnicos y culturales (Barreto, 2017). En fin, las vivencias establecen un diálogo entre el cuerpo y la mente, en un espacio de intercambio grupal, en un clima de respeto y afectividad. Entendiendo que, todo este proceso conduce al refuerzo de la resiliencia a nivel comunitario.

Vivencia y resiliencia

Para Camarotti (2014), “ser resiliente es dar sentido a la vida, es posibilitar la realización del objetivo que la vida se propone, es realizarse como individuo y como colectivo” (p. 21); de esta manera, “la resiliencia comunitaria implica una constante comprensión de las vulnerabilidades de los grupos humanos, y también en una incorporación de habilidades que la ayuden a superar y a retomar su estado natural de autosuficiencia” (p. 29).

Basados en la teoría cuántica, Lipton y Bhaerman, (2012, p. 223) explican que hay hormigas que se diferencian de las otras y pueden “actuar en sintonía con las necesidades de todos”, en este sentido, podría acontecer lo mismo con la humanidad, donde emerjan personas visionarias que guíen hacia un trabajo cooperativo, solidario, es decir “hacia la versión de la humanidad más despierta consciente y centrada en suscitar la vida”. Consideramos que las propuestas de Barreto y Toro siguen esta

misma línea. Quienes comprendieron que “la energía sigue al pensamiento y que si lo realiza correctamente es inevitable el proceso vinculador. Entonces ya puede actuar como grupo” (Bailey, 2022, p. 57).

La línea de estudios sobre las PSI relacionadas con la “espiritualidad terapéutica y salud/sanaciones holísticas (...) disuelve el vínculo premoderno entre creencias y salud; cuerpo y espiritualidad” (Alver-Rodrigo, 2021, p. 3). En el contexto de las prácticas de interés de este trabajo, sin la adición de sustancias enteógenas, se produce un cambio de conciencia activando las memorias corporales; en la Biodanza se habla de las líneas de Vitalidad, Sexualidad, Creatividad, Afectividad y Trascendencia. En el marco de las DVCC se promueve la racionalización de las sensaciones corporales. (Barreto, 2012b y 2017). Desde la programación neurolingüística, la conexión entre la mente individual y cósmica permite una percepción ampliada hacia la dimensión psíquica superior, ajustada a la realidad global; despierta una emoción primaria, a ser consciente de una emoción, da sentido y posibilita alivio conductual (Corbera 2015), en las tradiciones orientales se expresa como “hombre despierto” (Crottogini, 2004).

Ese despertar se refiere a poder ver nuestra sombra. Según Dethlefsen y Dahlke (1983), el entorno hace las veces de espejo en el que sólo nos vemos a nosotros mismos; podemos ver algunas partes de nuestro propio cuerpo, pero no otras como los ojos, el rostro, etc.; para verlas necesitamos del reflejo de un espejo, también, en el caso de la mente hay una ceguera parcial, dado, que sólo se puede reconocer la parte invisible (la sombra) a través de su proyección en el otro. La parte reflejada y aceptada se traduce en una conducta que permite asumirla conscientemente. En cambio, la parte rechazada pasa a la sombra, que reclama atención y se presenta aparentemente como procedente del exterior. Una forma frecuente, en que se manifiesta es la enfermedad, por la cual una parte de la sombra se proyecta en el físico y se manifiesta como síntoma. Desde este enfoque, el síntoma nos trae información y pasa a ser un aliado ... (Barreto, 2012; Wolder, 2021)

De esta manera, las vivencias favorecen un cambio de comportamiento, desde el paradigma de “Salvador de la patria” a otro, el

de ser “cocreadores” de la realidad (Barreto, 2012a), lo que implica el distanciamiento intervencionista clásico del salubrismo para aproximarse a uno que valora la capacidad de agencia que tiene cada persona y la propia comunidad.

Según Barreto, un punto de partida para las dinámicas vivenciales es la reflexión sobre los pilares de la Autoestima propuestos por Branden (2011), a saber: “Vivir conscientemente, Autoaceptación, Autorresponsabilidad, Autoafirmación, Intencionalidad e Integridad personal; asumiendo el valor de tomar el timón de la propia vida y sobre todo creer en sí mismo”. (Barreto, 2017, p. 35).

Los objetivos de las DVCC son facilitar el encuentro de cada persona consigo mismo, con sus valores, su cultura, promoviendo el autoconocimiento; cada participante con el apoyo del grupo puede visitar su niño interior, su familia, sus dramas personales, sus cicatrices, así como aprender a perdonar, reelaborar y dar sentido al sufrimiento original y transformando sus heridas en perlas -habilidades, competencias-. (Barreto, 2012a). En este sentido, la sanación es un proceso que se desencadena desde adentro del ser, por medio de un cambio de consciencia con la ayuda de diferente tipo de terapias, aunque, algunas de ellas aún no poseen comprobación científica biomédica. (Alvert-Rodrigo, 2021),

En el mismo sentido, una sesión de biodanza es una invitación a participar en la danza cósmica (...) “cuyo fin es activar las potencialidades afectivas que nos conectan con nosotros mismos, con el semejante y con la naturaleza” (Toro, 2007, p. 29). En el hecho de no ver al otro, de no escucharlo, de no tocar al otro lo despojamos sutilmente de su identidad. Estamos con el otro, pero lo ignoramos. Esta descalificación, incluye la patología del ego. De este modo, la biodanza participa de una visión diferente, constituye una rehabilitación existencial. Por lo tanto, cada sesión de vivencias representa un “rito de paso” (Bourdieu, 1993) dado que constituyen actos de institución comunicando o imponiendo

una nueva identidad al sujeto.

El abordaje de los sufrimientos de la vida cotidiana a través de la corporalidad es compartido en un espacio social, donde se pueden encontrar soluciones autogestionadas, que no están en los libros (Barreto, 2012), pero sí en las experiencias de vida de un “otro”. Según Menéndez los modelos de atención son todas las actividades realizadas “intencionalmente” para prevenir, “controlar, aliviar o curar un padecimiento determinado” (2003, p. 186). Las vivencias abarcan un carácter más amplio que promueven la fluidez de la vida.

Emociones, regulación y fisiología de las vivencias

Los avances en la epigenética⁵ dan cuenta que una persona mejora su salud y su vida cuando comprende que el cerebro puede crear nuevas rutas y conexiones que no existían anteriormente, así como, puede capacitar a su propio cerebro a adquirir nuevas habilidades, y a responsabilizarse de mantener su buen funcionamiento (Chopra, 2022). Mediante la estimulación de emociones específicas, las vivencias activan el hipotálamo y el hipocampo; deflagran hormonas y neurotransmisores que permiten expresar el potencial genético (Toro, 2007).

“Durante muchos años creímos ser seres racionales (...) con sentimientos (...). Hoy los científicos acuerdan que el interruptor central del cerebro es nuestra parte emocional. Somos seres emocionales que aprendimos a pensar, y no máquinas pensantes que sentimos.” (Bachrach, 2022, p. 87)

En este marco, es importante comprender los mecanismos básicos que son activados durante las vivencias con la ayuda de nociones anatomo-fisiológicas del cerebro trinitario y del Sistema Nervioso Autónomo (en adelante, SNA), específicamente, el funcionamiento del Nervio Vago (en adelante, NV) para luego analizar sus interacciones.

En primer lugar, el modelo del cerebro

⁵ El término epigenética (del griego “por encima” o “arriba” de la genética), argumenta de que existe otro nivel de regulación y programación en el desarrollo de un organismo que va más allá de la información genética. La epigenética es el estudio de los cambios heredables en la expresión de los genes que no afectan la secuencia del ADN. (Recillas Targa, 2022)

trinitario (Chopra, 2022; Bachrach, 2022; Wolder, 2021) es un modelo simplificado, propuesto por Paul Mac Lean en los años 60 que explica las tres estructuras cerebrales (reptiliano, límbico y neocórtex). En principio se desarrolló, el cerebro reptiliano, denominado también tronco encefálico o el primitivo, es el responsable de la supervivencia, regula las funciones vitales: respiración, sueño, ritmo cardíaco, hambre, instinto sexual, territorialidad; además de la reacción de lucha-huida. Luego, el cerebro límbico o emocional conformado por la amígdala, el tálamo, el hipocampo y el hipotálamo; es un sistema relacionado al lóbulo olfatorio. La amígdala permite sentir emociones básicas como miedo y placer, se relaciona con los instintos originados en el cerebro reptiliano; el hipocampo⁶ convierte la memoria de corto plazo a largo plazo; el tálamo está implicado en la percepción sensorial y en la regulación del movimiento; y el hipotálamo regula el sistema endócrino, la temperatura corporal, el sistema inmunológico⁷, entre otras actividades. Por último, el neocórtex es el responsable de la toma de decisiones, la planificación y el razonamiento superior, lo que permite el logro de nuestros propósitos, al mismo tiempo que impone límites a las emociones e impulsos instintivos, por lo que, representa el centro de la autoconciencia. Es la parte altamente especializada en la visión, el habla, la memoria y todas las funciones ejecutivas; se subdivide en dos hemisferios, el derecho (el procesamiento político y visual) y el izquierdo (el procesamiento lingüístico y secuencial), aunque ambos trabajan de forma interconectados.

En segundo lugar, la teoría polivagal (en adelante TP), desarrollada por Stephen Porges (2016), es una teoría neurofisiológica que explica cómo el sistema nervioso autónomo (SNA) influye en nuestro comportamiento social, emocional y de salud. Se basa en cómo el nervio vago, el par craneal más largo del cuerpo, regula las respuestas al estrés y facilita la conexión social.

La propiocepción y la co-regulación son componentes de la TP que son estimulados

durante el desarrollo de las vivencias. La neurocepción o propiocepción es la captación de información sensorial del entorno y de nuestros órganos internos que evalúa continuamente el riesgo y ayuda a distinguir entre situaciones seguras y peligrosas. Dependiendo del resultado de percepción, se desencadenan diferentes circuitos neuronales adaptativos o respuestas autonómicas del organismo antes de que seamos conscientes de la amenaza o la seguridad. Por este motivo, el espacio físico y social donde se desarrolla la vivencia se lo ambienta, con un clima que favorezca en los participantes la conexión consigo mismo y con los demás.

Teniendo en cuenta que, el Sistema de Compromiso Social, la Rama Ventral Vagal se activa en situaciones seguras permitiendo la interacción de manera calmada y conectada; en este estado interviene la parte más evolucionada del nervio vago que regula la frecuencia cardíaca, la voz y la expresión facial, facilitando la comunicación y la conexión social que en la TP se denomina co-regulación. Se liberan oxitocina, que promueve sentimientos de confianza, seguridad, conexión y reduce el estrés. Facilita la empatía y la cooperación; dopamina que refuerza el comportamiento social positivo, aumenta la motivación para buscar interacciones sociales y contribuye a la sensación de bienestar, serotonina contribuye a la sensación de bienestar, reduce la ansiedad y promueve la estabilidad emocional en las interacciones sociales y endorfinas que actúan como analgésicos naturales, reducen el estrés y promueven sentimientos de euforia y bienestar.

No obstante, en situaciones de peligro o estrés, donde se activa el Sistema Nervioso Simpático, una de las respuestas adaptativas es la de lucha o huida que prepara al cuerpo para la acción, aumentando la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la tensión muscular para protegernos de amenazas. Otra forma de respuesta en situaciones de peligro extremo es la de Inmovilización, aquí, interviene la Rama Vagal Dorsal, la parte primitiva del nervio vago que puede llevar a la inmovilización, la

⁶ Es la única área cerebral capaz de generar nuevas neuronas, incluso en el adulto, importantes para la plasticidad. Durante el envejecimiento, la plasticidad del hipocampo disminuye gradualmente al disminuir las moléculas neurotróficas, como el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF).

⁷ Activa el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal que produce cortisol y puede afectar la función de las células inmunitarias.

disociación o a la desconexión de la persona. Durante el mecanismo de lucha o huida, se liberan varias hormonas que preparan al cuerpo para enfrentar una amenaza percibida: adrenalina que aumenta la frecuencia cardíaca y la presión arterial, mejora la oxigenación, aumenta el flujo sanguíneo a los músculos, libera glucosa para proporcionar energía rápida, aumenta el estado de alerta y la noradrenalina que tiene efectos similares; además del cortisol que también aumenta los niveles de glucosa, suprime el sistema inmunológico, ayuda a movilizar reservas de energía y a largo plazo tiene efectos negativos en la salud cuando éstos se mantienen elevados. En menor medida la dopamina está asociada con la motivación y la recompensa. Estas hormonas trabajan en conjunto para preparar al cuerpo para una acción rápida y decisiva en respuesta a una amenaza. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la activación prolongada y crónica de este sistema puede tener efectos negativos en la salud a largo plazo. Este tipo de respuestas adaptativas no favorecen el desarrollo de las DVCC.

Cada sesión vivencial comprende una fase simpático-adrenérgica y otra simpático-colinérgica (Toro, 2007). La primera, inicia con ejercicios euforizantes que producen activación simpático-adrenérgica, favoreciendo el aumento de la conciencia corporal e identidad. Si lo representamos en un continuum, del otro lado está la fase de regresión a través de ejercicios en lentos y/o estado de relajación profunda que producen la activación simpático-colinérgica, donde el límite corporal se disuelve. En este segundo momento, se produce la reparación celular y renovación global de las funciones biológicas. Ambas fases constituyen una acción de autorregulación orgánica, entre instancias, adrenérgicas y colinérgicas.

La música adecuadamente seleccionada representa un componente básico para inducir a determinadas dinámicas vivenciales terapéuticas⁸ en un espacio seguro y cuidado (Barreto, 2017 ;

Toro, 2008) Además de aromas, flores, es decir, con sonido, colores y luces... En ese espacio construido se favorece la relación intersubjetiva, el facilitador guía de manera empática y respetuosa el desarrollo de cada encuentro, para que circule la afectividad... y aflore nuestro niño interior (Jacquier y Dos Santos, 2021). El facilitador es sólo un despertador de recuerdos que, durante las vivencias mediante consignas o preguntas claves, tal como ¿Qué hiciste con tus sufrimientos o dolores, sólo sufriste o creciste?; nos ayuda a la reconexión, con el presente “aquí y ahora”, con el “yo soy” (Barreto, 2012) o con el eterno presente, el “yo soy” (Kumar, 2008).

Lo expuesto da cuenta que en las DVCC y la Biodanza se aceleran los procesos integrativos a nivel molecular, metabólico, neuronal, fisiológico, psicológico y existencial humano activado en un ambiente específico que permite el desenvolvimiento de procesos epigenéticos profundos (Maita, 2025). Desde la década de 1960, se afirmaba que se promovería bienestar cuando los chakras⁹ sean “gradualmente activados por el alma, estén correcta y científicamente energizados y sean llevados a un estado de vivencia real”; es decir, que el “sistema glandular” este despierto y energizado; “emocionalmente estable” y “mentalmente controlado” (Bailey, 2022, p.338).

Estimular los músculos tiene efecto en el cerebro, especialmente, en el hipocampo; durante los ejercicios, los músculos liberan al torrente sanguíneo sustancias denominadas miocinas¹⁰, que son transportadas hasta el hipocampo, donde favorecen la producción y liberación de uno de los factores neurotróficos más importantes para la plasticidad (Vivar y Silvero, 2022).

⁸ La palabra griega «*therapeia*» deriva del verbo griego «*therapeuo*», que significa «servir» o «atender». Los antiguos griegos creían en la interconexión entre la mente, el cuerpo y el espíritu, y la terapia abarcaba todos los aspectos de la sanación holística. En ese marco, Barreto (2012a) señala que ser terapeuta es ser caluroso, acogedor, contenedor.

⁹ Son las regiones de nuestro cuerpo donde tiene lugar el colapso cuántico de lo físico vinculado con el colapso que tiene lugar en el cuerpo vital. Dicho de otro modo, son los puntos donde se elaboran los mapas del cuerpo vital en el cuerpo físico (Goswami, 2008, p. 210)

¹⁰ Como catepsina B, lactato y FNDC5/Irisina, además de otras citosinas, como IL-6 y VEGF.

4- Conclusión

Concluyendo, las PICS se sustentan en paradigmas de cuidado de la salud distanciados de los modelos clásicos del salubrisimo. Tanto el bienestar, como la plenitud, y la salud son promovidas por prácticas terapéutica vivenciales colectivas desmedicalizantes que restauran la regulación autonómica y promueven la conexión social.

Las PISC se configuran como un modelo humanizado de atención que comprende la integralidad del individuo, se centran en la estimulación de los mecanismos naturales fundamentalmente de promoción de la salud con el empleo de tecnologías eficaces y seguras; basadas en la escucha acogedora, el vínculo terapéutico afectivo y la integración del ser humano consigo mismo y con los otros, con el entorno en su totalidad, esto es válido tanto para las DVCC como para la Biodanza.

Las PISC ayudan a atender y mantener la salud comprendiendo que el cuerpo (siente) es sujeto (actúa) a su vez es agente; que el cuidado (Ayres, 2004) es una acción caracterizada por la interacción, el movimiento, el deseo y la temporalidad realizada con autoconciencia o no. Que la corporalidad, en términos de la TP es la propiocepción, que nos orienta a auto-percibirnos en nuestro cuerpo en sus dimensiones física, social y cultural. De este modo el cuerpo es inseparable de la conciencia (Good, 1994); es el vehículo que nos conecta con el medio y se compromete con proyectos (Merleau Ponty, 1993). La corporalidad refleja variaciones culturales y exige reflexividad para comprender cómo operan las dinámicas vivenciales. Desde la perspectiva espiritual, el cuerpo encarnado forma estructuras -físico, etérico, astral y mental- esenciales que permiten al alma expresarse en el plano objetivo. Otra clave es reflexionar cómo funciona el cerebro trinitario ya sea de manera instintiva, emocional

o racional, y que el movimiento produce cambios epigenéticos saludables por la vía del hipocampo.

La TP y el modelo del cerebro trinitario proporcionan un marco científico sólido para comprender cómo el sistema nervioso autónomo influye en nuestro comportamiento social, emocional y de salud. Al comprender los principios de la TP, podemos desarrollar estrategias más efectivas para promover la regulación emocional, la conexión social y el bienestar general. La TP ofrece una comprensión más profunda de la conexión mente-cuerpo que se emplean en las fases de las dinámicas vivenciales; que son inducidas por músicas específicas a modo de metáfora producen el paisaje para evocar memorias o activar el sistema neuroendocrino, resignificándolas en el aquí y ahora en el espacio cuidado.

En resumen, las DVCC y la biodanza promueven la neuroplasticidad cerebral para adaptarse a diversas circunstancias, permitiendo el aprendizaje, la memoria y la flexibilidad mental que se pueden activar mediante vivencias y condiciones ambientales específicas (como la música, el movimiento, las caricias). A lo largo de toda la vida, el cerebro puede reorganizar sus conexiones en respuesta a experiencias, y esta capacidad es fundamental para la resiliencia y la recuperación de adversidades formando nuevas conexiones saludables en entornos controlados y cuidados. Los espacios de las DVCC y de Biodanza funcionan como laboratorios sociales promotores de vida que activan en quienes lo habitan cascadas fisiológicas de hormonas de bienestar: oxitocina, dopamina, serotonina y endorfinas. Permiten la conexión o por lo menos, la indagación de cuál es el propósito de la vida individual y colectivo, es un modo de lograr la alineación, integración o equilibrio y la paz personal y grupal.

5- Referencias bibliográficas

- ALVERT-RODRIGO, M. (2021) La sanación desde otro paradigma: neochamanismos y su emergencia global en el caso español. *Saúde Soc. São Paulo*, v.30, n.4. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021170891>
- ANGULO BAZÁN Y. Medicina integrativa en la atención primaria de salud: perspectivas para el desarrollo de investigación. *Rev. Perú Med Integrativa*.2018;3(1):1-2.
- AYRES J. R. (2004). Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, vol.8, n.14, p. 73-92. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005>

- BACHRACH E. (2022) Ágilmente. Sudamericana.
- BAILEY A. A. (2022) Curación Esotérica. Kier
- BARRETO, A de P. (2017). Cuidando do Cuidador: técnicas e vivências para o resgate da autoestima. Gráfica LCR.
- BARRETO, A de P.(2012b) Quando a boca cala, os órgãos falam– desvendando as mensagens dos sintomas. Gráfica LCR.
- BARRETO, A de P. (2012a) Terapia Comunitaria. Paso a paso. 1º versión en español, Fortaleza, LCR.
- BERCELI, D. (2005). EJERCICIOS PARA LA LIBERACIÓN DEL TRAUMA (TRE) Un nuevo y Revolucionario Método para Recuperarse del Estrés y el Trauma.
- BOLETÍN OFICIAL. (2022) AÑO LXV N° 15711 POSADAS, 9/9/22. Ley XVII-n° 170 sobre el Marco Regulatorio para la Medicina Tradicional y Complementaria.
- BOURDIEU, P. (1993). Los ritos como actos de institución. En: Julian Pitt-Rivers y John G. Peristiany (Eds.) Honor y Gracia. Madrid: Alianza.
- BRANDEN, N. (2011). Los seis pilares de la autoestima. Paidós
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2018) Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde. Ministério da Saúde. ISBN 978-85-334-2583-5
- CAMAROTTI, ME. (2014). Resiliencia el Poder de la Autotransformación de la neurociencia a la evolución humana. Kiron.
- CHOPRA D. (2022) Súper cerebro: libere el poder explosivo de su mente para potenciar su salud, su felicidad y su bienestar emocional. Grijalbo.
- CORBERA, E. (2015) El arte de desaprender. La esencia de la bioneuroemoción. Barcelona: El grano de mostaza.
- CROTTOGINI R. (2004). La Tierra como Escuela. La biografía humana: Protección terrena de un acontecer cósmico. Ed. Antroposófica.
- CSORDAS T J. (1994), Embodiment and experience. The existential ground of culture and self. Cambridge University Press.
- DAHUR, A. (2022). La medicina popular bajo la lupa: concepciones, discursos y Prácticas de un arte de curar en la provincia de Buenos Aires (1870-1940) . Teseo.
- Descriptor de Ciencias de la Salud (2022). https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=19609&filter=ths_termall&q=salud%20integrativa#Details
- DETHLEFSEN, T. Y DAHLKE, R. (1983). La enfermedad como camino: La enfermedad como camino: Un método para el descubrimiento profundo de las enfermedades.
- DILTHEY W. (1978) Introducción a las ciencias del espíritu. Fondo de Cultura Económica.
- FASSIN, D. (2004) Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud, Revista Colombiana de Antropología, 40: 283-318.
- FREIDIN, B; ABRUTZKY, R. (2009). ¿Medicina alternativa y complementaria para todos? La experiencia de los usuarios de un servicio hospitalario de acupuntura en Argentina. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.
- FREITAG Y BADKE (2019) “Prácticas Integrativas y Complementarias en el Sistema Único de Salud. El reconocimiento de técnicas milenarias en el cuidado de la salud contemporánea”,
- GADNER H. (1987) La nueva ciencia de la mente. Historia de la Revolución cognitiva. Paidós.
- GOOD B. (1994). The body, illness experience, and the lifeworld: a phenomenological account of chronic pain. In: Medicine. Rationality and Experience. Cambridge, University Press 16.
- GOSWAMI, A. (2008) La física del alma editorial. Ed. Obelisco
- HEIDEGGER M, (1980). El ser y el tiempo. Fondo de la cultura económica.
- JACQUIER, N. y DOS SANTOS, L. (2021) Padecer, Expresar y Cuidar. En: Cárcamo, S. Cuidados del buen vivir y bienestar desde las epistemologías del sur. Conceptos, métodos y casos. Cárcamo S. N. - 1a ed. - FEDUN –p. 331-361.
- JACQUIER, N; DOS SANTOS, L. WOLHEIN, L. Y MARTÍNEZ, R. (2014) Introducción a la Enfermería Comunitaria: Una contribución a la salud colectiva. Creativa.
- KUMAR, P. (2008). Curación Espiritual. Ed. Dhanishtha. https://worldteachertrust.org/_media/pdf/es/healers_handbook.pdf
- LIPTON, B. y STEVE, B. (2012). La Biología de la transformación. Nuestro futuro Positivo. Lanús. Gráfica M.P.S

- LÓPEZ, J. (2009). Terapias Complementarias integradas en el cuidado Enfermero. En: Minguet, J M (Edit.) Enfermería Comunitaria. Elementos e Instrumentos, para la práctica profesional de la Enfermería Comunitaria. p.377-286
- MAITA, D (2025) Definición y modelo teórico de Biodanza. Diapositiva 27/04/ Escuela de Biodanza. Sistema Rolando Toro. Rivera de Posadas.
- MARTINI, MGP. (2017). E quem cuida de mim? Um estudo sobre o cuidado, autoestima, estresse e a criança interior. Caifcom.
- MAUSS, M. (1974) As Técnicas Corporais, en Sociologia e Antropologia, Vol II, San Pablo: EDUSP.
- MENÉNDEZ, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas, Ciencia & Saúde Coletiva, 8(1), 185-207, Río de Janeiro. 33. –
- MENÉNDEZ, E. (2009). De Sujetos, Saberes y Estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Lugar Editorial.
- MERLEAU PONTY, M. (1993) Fenomenología de la percepción. Agostini Planeta.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2022). Centro Mundial de Medicina Tradicional de la OMS (GCTM) <https://www.who.int/initiatives/who-global-centre-for-traditional-medicine>. acceso 22-jul-2022
- OMS.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2013). Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023.
- PORGES, S. (2016). Influencias recíprocas entre el cuerpo y el cerebro en la percepción y la expresión del afecto. Una perspectiva polivagal. En Fosha, D; Solomon, M. Siegel, D. (Edit) El poder curativo de las emociones. Editorial Eleftheria, S.L.
- RECILLAS TARGA, F. (2022) Regulación epigenética: conceptos generales. Ciencia. Rev. de la Academia Mexicana de Ciencias octubre-diciembre 2022 v. 73 n. 4
- SCHEPER-HUGHES N Y LOCK M. (1987) The mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. Medical Anthropology Quarterly, 1(1) 6-41
- TORO, (2007). Biodanza. Índigo-cuarto propio
- VIVAR, C. Y SILVERIO, I. (2022) El ejercicio físico y el cerebro. Ciencia. Rev. de la Academia Mexicana de Ciencias oct.-dic. v. 73 n. 4
- WOLDER, A. H. (2022). Descodificación biológica: el arte de escuchar el cuerpo. Gaia ediciones.

DIGITALIZACIÓN Y REFORMA DEL SECTOR SALUD: UNA APROXIMACIÓN CRÍTICA A LAS DINÁMICAS DE PRIVATIZACIÓN EN EL SISTEMA ESTATAL

DIGITALIZATION AND REFORM OF THE HEALTHCARE SECTOR: A CRITICAL EXAMINATION OF PRIVATIZATION DYNAMICS WITHIN DE PUBLIC SYSTEM

Mg. Natalia Castrogiovanni

Trabajadora Social (UBA), docente en la Carrera de Trabajo Social de la Universidad Nacional de José C. Paz, Magíster en Trabajo Social (UNLP), integrante de la Comisión Directiva de la Asociación de Profesionales de Servicio Social del GCBA (APSS)
ncastrogiovanni@gmail.com

Fecha de presentación: 25/03/2025

Fecha de aceptación: 10/05/2025

Resumen

El trabajo examina críticamente el proceso de digitalización en el sistema de salud argentino como vehículo para la mercantilización y privatización, en el marco de reformas sanitarias impulsadas desde hace cinco décadas en la Argentina. Estas transformaciones, promovidas fundamentalmente por actores hegemónicos internacionales, buscan reemplazar el modelo de atención basado en oferta amplia de prestaciones por uno centrado en el aseguramiento individual, donde la salud se convierte en “mercancía”. La implementación de sistemas como la Historia de Salud Integral, financiados por organismos internacionales, facilita la integración público-privada y la penetración de lógicas mercantiles en el sector público. Esto genera riesgos para la concreción del derecho a la salud de la población y pérdida de autonomía. Aunque la tecnología podría mejorar ciertos procesos, su implementación actual prioriza intereses privados por sobre el derecho a la salud. El análisis concluye destacando la necesidad de debates públicos que cuestionen estas reformas silenciosas y defiendan un sistema público integral.

Palabras clave: Digitalización, Seguros de salud, Privatización, Procesos de trabajo.

Abstract

The study critically examines the digitalization process within Argentina's healthcare system as a vehicle for commodification and privatization, framed within healthcare reforms promoted over the past five decades. These transformations, primarily driven by international hegemonic actors, seek to replace a model based on comprehensive service provision with one centered on individual insurance schemes, where health becomes a "commodity." The implementation of systems like the Digital Health Record, funded by international organizations, facilitates public-private integration and the infiltration of market logic into the public sector. This poses risks to the realization of the right to health for the population and leads to loss of professional autonomy. While technology could improve certain processes, its current implementation prioritizes private interests over the right to health. The analysis concludes by emphasizing the need for public debates to challenge these silent reforms and defend a comprehensive public healthcare system.

Keywords: Digitalization, Health insurance, Privatization, Work processes.

I- Introducción

Este trabajo indaga en el proceso de digitalización del sistema de salud argentino como vehículo para la mercantilización y privatización, en el marco de las reformas sanitarias en curso. El análisis, centrado en el caso argentino, pero considerando las tendencias internacionales en la materia, explora cómo las tecnologías digitales facilitan la transición hacia un modelo de aseguramiento individual que transforma la salud en mercancía, proceso promovido por organismos internacionales como el Banco Mundial y el BID, y beneficia al sector privado.

El desarrollo se organiza en cinco títulos: primero, se reconstruye el contexto socio histórico de las reformas en Argentina, contrastándolo con experiencias regionales; segundo, se analiza la "salud digital" como herramienta de mercantilización; tercero, se identifican los actores clave y sus estrategias; cuarto, se examina la Historia de Salud Integral; y finalmente, se presentan riesgos específicos para el sistema de salud argentino.

Se concluye que, aunque la salud digital podría presentar beneficios, su implementación en Argentina -siguiendo tendencias internacionales- prioriza intereses privados sobre el derecho a la salud. Finalmente se enfatiza en la urgencia de debates públicos y la organización colectiva que cuestionen estas

dinámicas, defendiendo alternativas basadas en sistemas públicos universales.

2- Desarrollo

Contexto socio-histórico de la reforma sanitaria en la Argentina

Hace casi cincuenta años que el sistema de salud argentino (y gran parte de los del mundo), se encuentra en proceso de reforma. Esto es, la transformación integral de aquello que se conocía como la expresión pública del derecho a la salud en los "Estados de Bienestar". La reforma implica que, el conjunto de instituciones, prestaciones, trabajadores de la salud y las tendencias hacia ciertos modelos de atención, varían incesantemente en cantidad, tipo y sentido.

En particular, en la Argentina, se registra desde finales de la década del setenta del siglo pasado –coincidente con la última dictadura cívico militar en nuestro país- un corrimiento que partió de un sistema mayormente biomédico, centrado en la oferta amplia de prestaciones para una población determinada, de la cual cada conjunto institucional sería "responsable" de la atención de las dinámicas de salud – enfermedad de la misma. El sub-sistema estatal de salud, se encontraba, previo al inicio del proceso de reformas, conformado como un conjunto robusto de instituciones y

trabajadores, con una planificación centralizada del mismo, y expresado desigualmente en el territorio, reproduciendo las dinámicas de pobreza y expulsión propias del capitalismo en nuestro país. Sin embargo, con un marco legal garantista, conquistado y defendido por los activismos obreros en sus más disímiles expresiones, y aún con las limitaciones que el propio sistema ya contaba, su transformación no fue sencilla, rápida ni simple.

Entonces, de aquella partida antes mencionada, y sin que hoy registremos un modelo final concretado, se puede afirmar que nuestro país está realizando las transformaciones necesarias para contar con un modelo insistentemente biomédico, centrado en los modelos de atención llamados de “aseguramiento individual”. Esto es, con su mirada puesta en el individuo en tanto consumidor –con poder de compra o subsidiado por los Estados- pero que en la realización de las “mercancías” que demanda, contribuye al beneficio del complejo médico-industrial farmacéutico.

Para lograr lo anterior, hace décadas que el subsistema estatal de salud viene siendo atacado desde distintas aristas: primero, a partir de su desfinanciamiento y vaciamiento material. Esto es, acotando su presupuesto público o desutilizando el mismo para su funcionalidad concreta, limitando sus prestaciones, restringiendo la población a la que atiende a partir de los debates de pertenencia territorial¹, entre otras. Segundo, atacando a sus trabajadores, a partir de tres acciones: la precarización, la falta de autonomía para la realización de las tareas para las que fueron empleadas y el menoscavo de su figura pública como empleadas estatales. Tercero, a partir de la utilización de los medios masivos de comunicación para desinformar en relación a la necesidad, legitimidad y calidad de la gestión estatal de las prestaciones sanitarias. Las reformas sanitarias en nuestro país –y como tendencia más general- pueden ser descritas y analizadas como “silenciosas”, tal y como analiza Celia Iriart:

Las reformas que analizamos en nuestra investigación sobre atención

gerenciada muestran un “silencioso” proceso político, que elude el debate público y opera segmentando el proceso y, por lo tanto, la conflictividad (...) en cada etapa, los actores involucrados son sólo los que operan en cada subsector prestacional (público y privado). Esto les dificulta tener una perspectiva de conjunto sobre la reforma y, muchos de ellos, en especial los que resultan afectados, se enteran una vez sancionada la norma, por lo que, la mayoría de las veces, sólo pueden realizar algún reacomodamiento dentro de la nueva situación (2000: 99).

A partir de lo anterior, se puede analizar cómo la reforma sanitaria viene produciéndose en la Argentina sin que la población en general y los trabajadores de la salud en particular identifiquen con claridad el movimiento estatal hacia el modelo de atención centrado en el aseguramiento individual, aún a pesar de contar con una Ley que crea el Sistema Nacional del Seguro de Salud, que data el año 1989, con pretensión de estructurar el funcionamiento de la integralidad del sistema de salud de nuestro país.

Ejemplos de aquello han sido los programas nacionales que se han propuesto y estructurado las bases de la implementación del seguro público de salud en la Argentina: El Plan NACER y el diseño de incentivos para el financiamiento institucional centrado en la demanda y no en la oferta de prestaciones; el Programa REMEDIAR y la constitución de la primera gran base de datos para la nominalización de usuarios; el Plan SUMAR y sus sucesivas ampliaciones para establecer los seguros por grupos etarios. Estos jamás han sido presentados como herramientas para la desestructuración de un sistema de salud basado en la oferta amplia y formalmente irrestricta de prestaciones a la población, y mucho menos para establecer la concreción de la atención por el modelo de los seguros de salud en nuestro país.

En los gobiernos de Mauricio Macri y de

¹ En la Ciudad de Buenos Aires recientemente este debate ideológico –ya que a que su materialidad es insignificante para el presupuesto público- llegó a consolidarse en una resolución ministerial (1054/MSGC/25) que permite el cobro de las prestaciones de salud a extranjeros sin documentación argentina.

Javier Milei, sin embargo, se destaca que, tras casi cuarenta años de reformas, ambos presidentes han afirmado la necesidad de estructurar los seguros de salud en el sistema de prestaciones. El primero, a partir del decreto nacional 908/2016 de implementación de la Cobertura Universal de Salud (eufemismo internacional para nombrar el gerenciamiento en salud vía esos seguros) y el segundo, a partir del mismísimo programa electoral de La Libertad Avanza para las elecciones presidenciales del 2023².

Si bien lo anterior es una contratendencia en la estrategia de silenciamiento de la reforma, puesto que se anuncia explícitamente—probablemente habilitado socialmente por las décadas de deslegitimación del modelo centrado en la oferta amplia de prestaciones biomédicas—persiste con fuerza la lógica de transformaciones de las políticas socio-sanitarias a partir de acciones no debatidas entre los actores intervinientes, sin consensos y fragmentadamente.

La “salud digital” como vehículo para la mercantilización y privatización de la salud.

Si bien discursivamente sólo hace pocos años en la Argentina se comenzó a nombrar la Cobertura Universal de Salud, hemos establecido que su concreción es el objetivo de los actores hegemónicos internacionales, nacionales y locales desde hace casi cinco décadas en materia de salud (Castrogiovanni, 2023). Este modelo de atención requiere de dejar de atender a “la población” como sujeto, para atender usuaries identificadas nominalmente, quienes, en función de su desempeño en el mercado, acceden a distintas prestaciones sanitarias. Desde el pago de bolsillo, los seguros privados, los provistos por la seguridad social y los públicos (para aquellos

que deben ser eximidos del pago de la “mercancía” a la que pretenden acceder). Esto último es, a causa de los “mínimos civilizatorios” que cada país está dispuesto a tolerar en relación a la vida y la muerte de la ciudadanía, pero también para evitar la conflictividad social que se emanaría de la anulación del derecho a la salud.

Ahora bien, los prestadores sanitarios (el Estado, las obras sociales, las prepagas, las empresas) deberían poder identificar cuáles son los productos concretos a los que las personas usuarias —compradoras potenciales de “mercancías” o receptoras del subsidio estatal a las mismas— pretenden acceder³, a los fines de poder ponerlas al alcance de usuaries y poder facturarlas a los seguros con los que cuentan. Veamos algunos ejemplos de esto:

Las consultas pediátricas, la vacunación, el acceso a farmacología, por nombrar algunas demandas concretas, cuentan con un alto nivel de requerimiento en los prestadores sanitarios. En el ámbito privado, la demanda de un servicio genera (con ciertas mediaciones) su oferta en tanto se considera rentable. Ahora bien, para este mismo sector resultó más beneficioso —al menos en la actualidad— pagar a sus proveedores sus servicios o productos más que organizar los propios (contratar profesionales en el ejercicio liberal de las profesiones sanitarias, o contratar servicios de empresas privadas del sector salud en clínicas, sanatorios, farmacias, etc.).

Aquello evidentemente resultó en el avance y la proliferación de la ejecución descentralizada, lo que, a la vez, generó un desafío para el control de los servicios prestados y su facturación, por la contraposición de intereses entre los actores involucrados. Esto es, para los proveedores, la conveniencia de facturar la mayor cantidad de servicios posible y, en contraposición, el interés de las aseguradoras de pagar la menor cantidad de los mismos y a su menor costo. De aquí surgen las primeras

² En la plataforma electoral del partido que resultó ganador de las elecciones presidenciales del 2023, en su punto sobre “salud”, expresa: “Creación de un seguro universal de salud que cubra los costos, cuidados preventivos, procedimientos de urgencia proporcional a la capacidad de pago del receptor del servicio” (Ver: chrome-extension://efaidnbmninnkacgpghlebindmkaj/https://www.electoral.gob.ar/nuevo/paginas/pdf/plataformas/2023/PASO/UJUY%2079%20PARTIDO%20RENOVADOR%20FEDERAL%20-PLATAFORMA%20LA%20LIBERTAD%20AVANZA.pdf)

³ Cabe destacar que, en la lógica del consumo, el deseo y necesidad de consumo no es cuestionado por el capitalismo, ni está atravesado por cuestiones éticas mediante (es decir, los consumidores de la salud quedan librados/as a sus propias decisiones, sean estas buenas, o malas para sí mismos/as, para las personas a quienes le ofrecen sus cuidados, o para el conjunto de la sociedad. En este modelo de atención, la “población” no es un sujeto de enorme relevancia (que queda reservado para las emergencias, las pandemias, etc.), y por lo tanto tampoco lo son los actores públicos, tradicionalmente rectores de la política socio-sanitaria.

iniciativas de digitalizar —como medio para la aceleración y mayor capacidad de control— los mecanismos de control de las transacciones.

Sin embargo, para los trabajadores estatales estos debates resultan ajenos, puesto que la modalidad de facturación y el cobro de las prestaciones no se constituyen como una problemática a resolver. Si bien ha sido materia de cierta relevancia en lo que respecta a la captación de fondos de parte de las instituciones públicas a partir de la atención de personas con obras sociales o prepagas, no ha resultado significativa para el presupuesto público, y es de relativo interés para los equipos de salud en tanto significa el cobro de un plus salarial proporcional a la facturación antes citada.

Para comprender el panorama de intereses por los cuales se impone con enorme relevancia los sistemas digitales de control de las prestaciones resulta importante clarificar algunas cuestiones más. En el modelo de atención mediante el aseguramiento individual, ya hemos dicho que se erigen los usuarios en tanto consumidores de “mercancías”⁴ sanitarias, y esto generalmente se promociona de la mano del empoderamiento de los compradores, y su liberación de las ataduras del Estado.

Sin embargo, aquella capacidad individual ha demostrado que enfrenta usuarios —con enorme dispersión de intereses, perfiles y capacidades de compra— con algunos pocos gigantes monopólicos⁵ que deciden controlar el mercado de la salud, y maximizar —con este único horizonte como rector de sus acciones— su beneficio. En esta desigual relación, se beneficia el sector empresarial, que busca captar a la mayor parte de los usuarios en tanto consumidores directos o indirectos. Y entonces, por primera vez, la población que es asistida por el sistema estatal de salud, pasa a disgregarse en

individuos que integran un mercado en el que se identifica en el Estado una oportunidad de expansión de la rentabilidad empresarial. Sobre esto, Mario Hernández afirma:

“En síntesis, el caso colombiano muestra a todas luces el predominio de la búsqueda de rentas con los recursos públicos disponibles a expensas de la salud de la población y la reproducción sistemática de la desigualdad social. Un sistema de este tipo resulta muy funcional al complejo médico industrial y financiero de la salud, de dimensiones transnacionales, pero no significa mejoras en la salud de la población o en la superación de las inequidades acumuladas en la región latinoamericana” (2025).

Podríamos relacionar esta clase de movimientos en el capitalismo como lo que David Harvey identifica como la “solución espacial”, en tanto estrategia del capitalismo que, al expandirse espacialmente, resuelve temporalmente sus tendencias a las crisis internas. Esto es, resoluciones en términos geográficos, tecnológicos y de crecimiento de oportunidades económicas, en tanto implican la ampliación de las oportunidades de colocación y realización de las mercancías en nuevos espacios (2001). El mismo autor entiende que parte de las estrategias de acumulación por desposesión por las que el capital enfrenta sus crisis es la de las privatizaciones.

La privatización de los activos previamente públicos ha sido un rasgo distintivo del proyecto neoliberal. Su objetivo prioritario ha consistido en abrir nuevos campos a la acumulación de capital en

⁴ Se encomilla “mercancías” porque se niega, desde la posición que aquí se asume, que las prestaciones sanitarias se comporten como tal. Es decir, su compra-venta no es libre, sino que las personas se ven altamente condicionadas para su obtención, dado que está en juego la vida y la calidad de la misma en su acceso o exclusión de la misma. El mercado no se comporta como “libre” para la competencia, dado que, necesariamente cuenta con intervención del Estado para su regulación (en lo que respecta a la seguridad y lineamientos sanitarios para la población) y al menos en nuestro país, la salud privada se encuentra monopolizada por pocas empresas, que tienden a su carterización. Por otro lado, la salud no es individualizable, es extremadamente relacional (tanto en su dimensión ambiental, como en lo referido a los contagios de enfermedades, entre muchos más ejemplos), y por lo tanto es mucho más un bien público y social que una unidad de propiedad privada. Por lo tanto, las tendencias internacionales que pretenden hacer actuar a la salud como una mercancía, a los fines de hacerla susceptible de convertirla en un mercado, lo hacen a partir de falacias para el beneficio empresarial.

⁵ Se destaca que ante el DNU 70/2023, que establecía que “para aumentar la competitividad del sistema, se deben liberar las restricciones de precios al sistema de medicina prepaga”, las prepagas aumentaron —salvo por diferencia de planes— todas el mismo porcentaje en sus cuotas, evidenciando una clarísima carterización, que niega la posibilidad de libre competencia ante la existencia de un mercado hegemonizado por monopolios.

dominios considerados más allá de los límites establecidos para los cálculos de rentabilidad... se han privatizado toda clase de servicios públicos... el sistema de provisión social gestionada por el Estado del bienestar (viviendas sociales, educación, asistencia sanitaria, el sistema de pensiones), instituciones públicas.... Todos estos procesos suponen una transferencia de activos de la esferas pública y popular a los dominios de lo privado de los privilegios de clase” (Harvey, 2015: 175-176).

Es relevante comprender cómo la obtención de una porción de un mercado antes entendido como parte de la propiedad colectiva es, una forma de desposesión de la misma, y la estrategia privatizadora permite aliviar las crisis del capital, a pesar de que es públicamente esgrimida como una forma de aliviar las ineficacias del Estado. De esta manera, les usuaries del sistema de salud, en sus dinámicas de conquista de la política socio-sanitaria, son “desposeídas” de la salud pública, para su privatización (en lo concreto de los hechos). Veamos una reflexión respecto de la lógica del sector privado como gestor de las prestaciones sanitarias públicas:

“...la falsa premisa de que la mercantilización y la privatización resolverán los actuales problemas de los sistemas de salud ha fracasado en México, en Colombia, en Inglaterra, en España... No logra un mayor acceso, ni contiene los costos. Pensar que la entrada de los privados en el ámbito de la salud es la solución es un espejismo ideológico que no toma en cuenta que la razón de ser del sector privado es tener ganancias y cuando no las ve se abstiene. En todo caso, la inversión privada se dirige a donde está el lucro y donde puede hacerse de los fondos públicos” (Asa Laurell,

2025).

En síntesis, si recuperamos las estrategias de soluciones espaciales temporales, la privatización como una forma de desposesión de los bienes públicos de provisión social, y las reformas silenciosas como táctica para sortear la conflictividad social, podemos comprender con mayor profundidad cuáles son las motivaciones y las lógicas por las que se produce la digitalización en el sistema de salud.

Como guía para la lectura que viene, diremos que el derecho a la salud se deteriora al punto de ser llevado a su mínima expresión, con el objeto de “hacer lugar” a los capitales privados para que expandan la rentabilidad de sus negocios al ámbito de les usuaries que cuentan únicamente con la atención pública. Esto es, produciendo los movimientos necesarios para identificar (e impulsar) las mercancías que pueden ser vendidas a las personas, devenidas en consumidoras. Aún más, este proceso se hace de forma tan silenciosa, que cuenta con la adhesión de les profesionales de la salud, que producen los datos y modifican los procesos de trabajo que tienden a facilitar las necesidades de organización del mercado que los sectores privados requieren para operar en él.

Una nota sobre les actores sanitarios en general y los de financiamiento internacional en particular

Les actores que forman parte de la dinámica de la política socio-sanitaria a nivel internacional son aquellos que de forma más o menos directa habilitan y restringen las posibilidades del movimiento de la concepción, el acceso y la exclusión a la atención de la salud.

En el plano internacional, esto es, desde las necesidades generales y específicas (del “mercado” de la salud) de los capitales con mayor poder⁶, pasando por sus vínculos más o menos directo con los gobiernos y sus carteras sanitarias, y las instituciones internacionales. Las últimas son las abocadas al lineamiento y definición técnico-política en salud

⁶ Sobre esto es imprescindible el estudio del Complejo Médico Industrial, compuesto por las empresas del sector salud, ligadas a la tecnología y medicamentos. Sus movimientos, posicionamiento internacional, tendencias para la maximización de sus beneficios, son necesarios de ser estudiados para comprender en gran medida las lógicas de atención, los ciclos del capital, con sus puntos más altos y sus necesarias crisis, así como la información que se produce y circula en los medios masivos de comunicación que deviene de los intereses de estos grandes capitales. Se puede analizar algunos de estos aspectos en Iriart, 2008; Iriart, Merhy, 2017, entre otros.

(paradigmáticamente la Organización Mundial de la Salud) y las de financiamiento general y específico a gobiernos nacionales y locales (generalmente el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo).

Asimismo, y generalmente sin gozar de hegemonía, se encuentran también los trabajadores de la salud y sus organizaciones colectivas, así como los usuarios, y sus grupalidades activistas de vastísima índole. Algunas de estas experiencias de trabajadores y de usuarios, también tienen su correlato internacional (como por ejemplo el Movimiento por la Salud de los Pueblos).

Ahora bien, retomando el bloque hegemónico que en la actualidad genera las mayores restricciones y establece las dinámicas de inclusión y de exclusión de la atención de la salud en el mundo, es necesario considerar cómo y para qué se produce la lógica de préstamos en el ámbito de la salud en nuestro país.

La Argentina, siendo un país relativamente dependiente, se comporta hace décadas condicionado fuertemente por los préstamos a los que accede mediante sus carteras sanitarias (descontando los lineamientos y la fuerza de los mismos en lo relativo a la deuda externa y las presiones en lo relativo al tamaño y prestaciones del Estado, en materia económica y cambiaria, etc.). En este sentido, el endeudamiento causado por la necesidad de incorporar ingresos para sostener —o disminuir de forma no conflictiva— sus presupuestos, ha redundado en ese beneficio a corto plazo, a costas de la transformación de su modelo de atención a la población. En ocasiones, esta lógica ha estado acompasada por la dirección gubernamental, y en otras, ha tenido una relativa distancia.

Estas expresiones se pueden analizar en los programas con financiamiento internacional de nuestro país, tanto a partir del análisis de la evolución y desarrollo de los mismos por los organismos financiadores, como por los propios documentos programáticos de los ministerios correspondientes. Un claro ejemplo de esto es el Plan Remediar (financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo), que en sus objetivos se plantea el acceso a la medicación a la población que no puede costearla, así como a través de la implementación del mismo, generar acciones para las reformas duraderas en el

sistema de salud. Asimismo, el Plan Nacer (financiado por el Banco Mundial) se plantea contribuir a la reducción de la mortalidad materno-infantil, así como introducir cambios en el marco de referencia del sistema de salud, a través de la implementación de los seguros (Castrogiovanni, 2023).

Los Programas y Planes se erigen y asientan sobre necesidades legítimas sanitarias, pero sobre ellas, cae el condicionamiento para la realización de acciones que implican las transformaciones ante dichas. Transformaciones que, por cierto, no gozan de consenso respecto de cuán beneficiosas son para la sociedad, y es por eso mismo que no son directamente abordadas en programas y planes específicos que financien estos objetivos que se montan sobre necesidades sentidas.

De hecho, todo lo contrario. La atención por seguros de salud, en las experiencias de otros países, tienden a limitar las prestaciones a las que la población pudiera acceder, reservándolas para aquella parte que cuenta con los medios para costearlo, o para endeudarse para lograrlo. Asimismo, en lo que respecta al seguro público, las prestaciones tienden a estar disponibles en áreas de mayor rentabilidad (evitando espacios con poca conglomeración de población) así como las vinculadas a mayor rentabilidad (grupos de ciertos medicamentos y no otros, tipos de estudios de diagnóstico y tratamientos, tipos de consultas, etc.). Sobre la experiencia de décadas de funcionamiento del seguro de salud en Colombia, dice Mario Hernández: *“Allí donde el mercado no resulta rentable, la inversión y el acceso a servicios disminuyen... El modelo de aseguramiento se ha centrado en la gestión del riesgo financiero y ha abandonado la denominada gestión del riesgo en salud”* (Soberanía Sanitaria, 2025).

Un breve análisis de los programas de financiamiento internacional para la digitalización en salud

Recuperando la lógica antes ejemplificada respecto del funcionamiento y formas de dominación de los organismos internacionales de crédito, podemos afirmar lo mismo para la digitalización. Esta se asienta sobre necesidades sentidas y legítimas de usuarios y equipos de salud. Las historias clínicas en papel, la imposibilidad de comunicación entre

instituciones de forma directa y clara para conocer la trayectoria terapéutica de las personas que atiende, la organización de turnos que impliquen la presencia física de personas (generalmente recargadas de cuidados o atravesando ellas mismas una situación de salud compleja) en colas interminables, la imposibilidad de conocer y mapear la totalidad de los servicios que se prestan en cada institución de salud, entre muchas otras, son problemas reales y sumamente complejos a resolver por el sanitarismo. Es evidente que las posibilidades tecnológicas pueden ofrecer alternativas a esos conflictos, digitalizando toda forma de registro, comunicación y organización que sea analógica.

Ahora bien, ¿son los instrumentos que utilizamos inmunes a objetivos que se montan sobre esas problemáticas? ¿cuáles son los objetivos de los organismos internacionales que financian estos programas? Con sólo caracterizar los horizontes y finalidades del Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo nos debiera alcanzar para afirmar que la mera resolución de esos problemas no resulta de interés para la inversión que se realiza. Aún más, resolver esos problemas, en sí mismos, y lograr así una versión más eficiente y potencialmente expansiva del ámbito público estatal como modelo de atención, sería contrario a sus intereses, en tanto se erigiría, por ejemplo, como una alternativa más económica para la población, que contratar a la medicina privada.

Al igual que mencionamos previamente, la “digitalización en salud” es financiada de modo de utilizar estas necesidades sentidas del sistema (usuaries y equipos) como “Caballo de Troya” para objetivos que le son de enorme relevancia a los organismos que ofrecen el crédito. Esto es, canalizar una estrategia de expansión de la lógica privada hacia la pública-estatal. Dinámica que no se traslada en términos de importación de una forma de trabajo más eficiente y efectiva para con la salud de la población o para el metabolismo presupuestario de las instituciones sanitarias (en una pretensión mercantilista se le podría exigir al Estado que sus efectores sean “rentables” en sí mismos –cuestión evidentemente discutible-). No es una importación de estrategias más acordes, sino es una expansión de posibilidades de mercado que las empresas exigen para sí mismas dadas la

correlación de fuerzas que se lo permite.

A continuación, identificaremos los principales proyectos que dos de las organizaciones internacionales de crédito de mayor relevancia para nuestro país financian para la cartera sanitaria nacional y las locales (se tomarán los casos de la Provincia y la Ciudad de Buenos Aires).

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) financia más de una decena de proyectos en la Argentina. Relativo a la implementación de estrategias de digitalización en salud y en particular para la cartera de administración nacional, identificamos un proyecto nominado “Programa para la integración del sistema de salud Argentino”, por el monto seiscientos millones de dólares estadounidenses, con componentes específicos vinculados a la salud digital, la implementación de la historia clínica digital, con la afirmación de la necesidad de la interoperabilidad de los sistemas, y con el objeto de integrar los subsistemas y focalizar el presupuesto para garantizar un paquete prestacional mínimo en salud. Asimismo, para la Ciudad de Buenos Aires, financia el proyecto “Agenda digital del Sistema de Salud Porteño”, complementado por el nominado “Apoyo al programa de Salud Digital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”, por los montos de ochenta y cinco millones de dólares y ochenta mil dólares respectivamente.

Por su parte, en el Banco Mundial (BM) se identifican tres proyectos activos vinculados a la temática para la cartera nacional: primero, el nominado “Apoyo a la Cobertura Universal de Salud Efectiva en Argentina”, activo y vigente desde el año 2018, seguido por uno de igual nominación de “financiamiento adicional” (de abril del 2024) de trescientos y doscientos cincuenta millones de dólares respectivamente. Estos programas cuentan con componentes específicos vinculados a la realización de acciones en pos de desarrollar la “e-health”, la implementación de sistemas de información estandarizada en salud, la integración de los subsistemas para la garantía de “continuidad de los cuidados” y la interoperabilidad de los mismos. En tercer lugar, el programa nominado: “Para la efectiva cobertura universal de salud y la integración del sistema nacional de salud”, por el monto de trescientos millones de dólares, activo desde junio de 2023, con componentes en los que se establecen los objetivos de

digitalización (en prescripciones, en licencias profesionales) y particularmente del establecimiento del “Bus de Interoperabilidad” para transmisión de información, la creación de estándares entre los distintos subsistemas y nodos críticos en la atención en salud. En estos componentes, de crucial importancia para comprender el establecimiento de la estrategia en revisión en este documento, se define como objetivo el mejoramiento de la eficiencia a través de la coordinación e integración de los subsistemas de salud. Asimismo, y para la Provincia de Buenos Aires, se identifica un préstamo específico en la temática nominado como: “Fortaleciendo la agenda de salud digital en la Provincia de Buenos Aires, por el monto de cincuenta millones de dólares, activo desde enero de 2024”⁷.

La propia letra de los proyectos de financiamiento de la digitalización en salud expresa la necesidad de erigir un sistema que integre la información y la gestión en salud, con tecnología digital para el diagnóstico por imágenes. Para eso, se implementa una historia clínica electrónica, dotada de componentes de gestión administrativa y de los “recursos humanos” con los que los gobiernos locales cuentan para la atención.

En concreto, de la necesidad de contar con la información de las historias clínicas – propiamente dichas- en formato digital para la reconstrucción ágil de las trayectorias terapéuticas, se le suma la infraestructura de acceso a turnos, de disponibilidad de agendas profesionales para la asignación su organización de la tarea, módulos vinculados a la gestión de los usuarios en función de sus coberturas y posibilidades de cobros, y otros vinculados a la internación hospitalaria.

El grupo desarrollador de la Historia de

Salud Integral a nivel nacional (la misma que es luego implementada en ya una docena de jurisdicciones en el país) es PLADEMA, un equipo de investigación perteneciente de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. La misma cuenta con el aval y la cooperación del Ministerio de Salud de la Nación, y es financiada por el Banco Interamericano de Desarrollo, junto con otros organismos estatales. La plataforma integra la Red Nacional de Salud Digital del mismo ministerio, la Red Nacional de Interoperabilidad en Salud, y tiene el objetivo de aportar a la integración de los subsistemas de salud (entre los efectores públicos y privados) con el objeto de crear un Sistema Nacional de Información en Salud⁸.

En primer lugar, se destaca entonces que la historia clínica digital cuenta con componentes que explícitamente se incorporan con el objeto de la transformación de los procesos de trabajo (turnos centralizados y agendas profesionales fundamentalmente) y de acceso a las prestaciones sanitarias, sin un debido debate con los actores intervinientes. Dichos elementos se valorizan en los proyectos en nombre de la estandarización de los procesos de trabajo, cuestión que resulta de vital importancia para la interoperabilidad, cuestión que desarrollaremos seguidamente.

En segundo lugar, se suman los objetivos vinculados a la integración pública-privada, transformación en la que la sociedad debiera estar profundamente involucrada, dado que resulta en una reforma de modelo y lógica de atención. Como lo dicen los propios títulos de los proyectos, y los objetivos de los mismos, la integración del sistema de salud (es decir, la articulación entre las prepagas, la seguridad social y el sistema público estatal) resulta en un

⁷ Las referencias a los préstamos que involucran componentes digitales podrían no ser exhaustivas, aunque son suficientes para comprender y analizar las dinámicas de los préstamos para con los intereses y condicionalidades que imprimen a la política sanitaria en el país. Para indagar en los proyectos se puede acceder a su documentación en las páginas web de las agencias de crédito:

BID: https://www.iadb.org/es/project-search?query=salud&f_project_number=&f_operation_number=&f_sector=&f_country_name=Argentina&f_project_status=Implementaci%C3%B3n&f_from=&f_to=&f_approval_date= (última entrada: 3-5-2025).

BM: [https://projects.bancomundial.org/es/projects-operations/projects-list?countrycode_exact=AR&title=Argentina&os=0&status_exact=Active&countryshortname_exact=Argentina§or_exact=\(Historic\)Population,%20health%20and%20nutrition%20adjustment^\(Historic\)Public%20sector%20management%20adjustment^\(Historic\)Basic%20health^FY17%20-%20Health](https://projects.bancomundial.org/es/projects-operations/projects-list?countrycode_exact=AR&title=Argentina&os=0&status_exact=Active&countryshortname_exact=Argentina§or_exact=(Historic)Population,%20health%20and%20nutrition%20adjustment^(Historic)Public%20sector%20management%20adjustment^(Historic)Basic%20health^FY17%20-%20Health)

⁸ Se puede acceder a más información y documentación relativa a la Historia de Salud integral en la página web de sus desarrolladores: <https://hsi.pladema.net/sistema/> (último acceso: 25/4/2025).

eje fundamental de la tarea a desarrollar. El documento aprobado por el BID para el préstamo ARL1358 establece: “el objetivo principal es respaldar la cobertura universal de salud con un sistema de salud integrado”⁹. Se destaca entonces que la pretensión de integración del sistema de salud se articula con la implementación de la estrategia de “cobertura universal de salud”, que en nuestro país se encuentra vigente mediante el decreto 908/2016: es decir, la implementación del modelo de atención centrado en el aseguramiento individual. Cabe destacar, esta integración, sin una direccionalidad puesta en la protección y expansión del derecho a la salud – en términos más cercanos a la estatización de los servicios públicos- implicaría, como ya se ha discutido, un menoscabo de este derecho, un beneficio para la lógica de las empresas privadas en la salud, y su privatización (de hecho).

Finalmente, para destacar un último punto de gran relevancia, existe una insistencia sistemática, en los documentos vinculados a los préstamos, así como en las publicaciones gubernamentales en torno a la implementación de la digitalización en salud, sobre la idea de la “interoperabilidad”. El análisis crítico de los alcances de dicha idea, resulta en un debate central para comprender los intereses hegemónicos sobre la necesidad de digitalización.

La interoperabilidad refiere a la “capacidad de dos o más sistemas de intercambiar información y utilizar la información intercambiada” (BID, 2019: 7), y requiere para su concepción considerar la dimensión técnica, sintáctica, semántica y organizacional de la interoperabilidad. Si bien existen distintas acepciones de las mismas, podríamos definir las como: la necesidad del establecimiento de comunicación efectiva entre sistemas; la capacidad de organizar, estandarizar y protocolizar los datos que se comparten; la posibilidad de que se produzca una interpretación de datos de forma automática (a partir de modelos, codificaciones, vocabularios y definiciones estandarizadas); y por último una dimensión más heterogénea, vinculada a las regulaciones, la necesidad de consentimientos y la integración de flujos y procesos de trabajo

entre sistemas. El mismo organismo de crédito afirma que los beneficios vinculados al logro de la interoperabilidad se vinculan con la mejora de la experiencia de los usuarios, de la salud de la población, la reducción del costo de la atención per cápita, y producir bienestar para los proveedores sanitarios (BID, 2019).

A continuación, analizaremos estos pretendidos beneficios de la salud digital en general, y del logro de la interoperabilidad en particular, en el contexto de los préstamos que generan necesarias condicionalidades para su ejecución de parte de los organismos internacionales.

Crítica a la implementación de la “Historia de Salud Integral”: dificultades, riesgos y tendencias

Todo lo anterior produce efectos que debieran ser parte de un análisis crítico de parte de los profesionales de la salud en lo que refiere a las posibilidades de los sistemas operativos de estandarizar las intervenciones sanitarias. Esto es, a partir de la implementación de agendas profesionales, se abre la posibilidad de ajustar – de forma más o menos coercitiva- la disponibilidad para los intercambios entre equipos de forma creciente a la vía digital con datos estandarizados y acotados a los (im) posibles de ser volcados en una historia clínica de este tipo y poner en jaque la autonomía profesional.

La totalidad del proceso supone aquella declinación relativa de las múltiples formas de creatividad en la definición de estrategias singulares para la intervención, la paulatina destrucción de las formas particulares de organización de los procesos de trabajo en cada institución, y la precarización de las condiciones de trabajo, lanzando a los profesionales a un modelo laboral hiper controlado y modelizado según los intereses del empleador. Sin embargo, haremos el foco en lo que refiere al intercambio, estandarización y protocolización de datos que se enmarcan en prestaciones sanitarias entre distintos proveedores.

En vastísimos países los seguros de salud están ampliamente instalados, y los documentos internacionales de las agencias de crédito dan

⁹ Se pueden indagar la documentación completa de este proyecto en el siguiente link: <https://www.iadb.org/es/proyecto/AR-O0021>

por sentado que existe una pluralidad de proveedores que ofrecen servicios, y que para hacerlo requieren de la información disponible de cada usuaria, elemento básico para que cada “asegurado” no sea capturado por un mismo proveedor que cuenta con toda su información, proceso que suele nominarse bajo el eufemismo de “continuidad de los cuidados”:

Sin sistemas de información no es posible conocer con certeza la calidad de los servicios, la accesibilidad de la población a los mismos, ni asegurar la continuidad del cuidado de las personas. Para construir el camino hacia la Cobertura Universal de Salud efectiva resulta prioritario mejorar los sistemas de información jurisdiccionales y nacionales, definir indicadores reportables para el monitoreo del proceso de atención y estándares de interoperabilidad para los diferentes sistemas existentes (SGS, Anexo I, Resolución 115/2019).

Aquella disponibilidad de la información no sólo facilita el intercambio de la misma, que ciertamente se requiere para una buena calidad de atención entre distintos puntos de la trayectoria terapéutica de una persona (de aquí lo que previamente llamamos las necesidades legítimas y sentidas), sino que también facilita la oportunidad para la iniciativa privada de competir por la captación de las usuarias. La interoperabilidad, en concreto, permite que, si una persona es atendida en un centro de atención primaria estatal en un barrio popular cualesquiera, y se le indica la realización de un estudio diagnóstico, esta prestación pueda ser capturada por un prestador privado que pueda apelar a conocer y ofrecer su servicio como cualquier otro. De la misma manera, podría un tratamiento de salud mental interdisciplinario ser agendado en entre prestadores públicos y privados. Esto se hipotetiza debido a que, justamente, la interoperabilidad ofrece a las empresas privadas la posibilidad de penetrar el sistema público una vez que sus prestaciones – devenidas en mercancías identificables nominalmente- estén organizadas, estandarizadas y protocolizadas. Este tipo de privatización “sigilosa”, en el que las prestaciones sanitarias públicas pueden ser provistas por empresas privadas se llama “competencia regulada” (People’s Health Movement, 2023).

Ya hemos afirmado previamente que el mercado se ha organizado a partir de la lógica

descentralizada, con contrataciones tercerizadas, instando por el menor costo posible para la mayor ganancia potencial. En este orden de cosas, no se podría asumir la privatización del sistema estatal de salud de forma total sin un gran nivel de conflicto a cargo del gobierno que lo vehiculice y sin la necesidad de un enorme esfuerzo de organización para transformarlo en rentable (cabe destacar, hacerlo rentable no lo hace mejor para la salud de la población, sino más apetecible para las ganancias capitalistas). Ahora bien, el proceso parece evitar esas tareas para las empresas del sector, y realizar una metamorfosis estatal a la medida de estas últimas: descomponer esa totalidad del complejo sanitario y hacer sus prestaciones identificables y reproducibles en distintos niveles y sectores del sistema de salud.

Una vez producida esta transformación, ¿qué resortes existirán para que el intercambio público-privado no resulte en la depredación del segundo sobre el primero? ¿Por qué sobrevivirá el presupuesto de las instituciones estatales de salud si la legislación ya ha establecido el modelo de los seguros de salud para la política pública sanitaria? ¿por qué sobrevivirían las prestaciones del ámbito público si el Estado pudiera subsidiar *exactamente las mismas* (porque así se lo ha propuesto) a menor costo o por simple discrecionalidad? ¿qué prestaciones quedarán paulatinamente sin asignación de recursos si las instituciones recogen su presupuesto a partir de la medición de sus resultados? ¿cómo financiará una institución los tratamientos menos rentables (los de Tuberculosis, por ejemplo) si la institución donde se emplaza pierde la capacidad de realizar las prestaciones que sí lo son?

La interoperabilidad hecha a medida de la estandarización de procesos de trabajo, en la lógica de los poli-consultorios, proveedores de consultas de corta duración, con una planificación centrada en la demanda de las usuarias, que en última instancia serán responsables de los resultados sanitarios propios y de quienes tienen a su cargo, pone en acto un escenario para la expansión del mercado privado sanitario hacia el ámbito público estatal. Escena en la que, evidentemente, logrará imponerse ante instituciones y equipos de salud desinformados, precarizados, migrando hacia las empresas privadas o los consultorios “propios”, y paulatinamente desregulados en los marcos de protección de derechos laborales y

por sentado que existe una pluralidad de proveedores que ofrecen servicios, y que para de defensa de sus condiciones y medios de trabajo.

Ya hemos analizado críticamente la implementación de la historia de salud integral en la Argentina, en el contexto en el que tendencialmente se produce la transformación del modelo de atención sanitaria hacia el aseguramiento individual. Es decir, afirmamos que la lógica con la que se introduce la misma, reuniendo los componentes de información de las trayectorias terapéuticas, junto con la organización centralizada de los procesos de los procesos de trabajo y de los flujos de atención de los usuarios, produce modificaciones regresivas sustanciales para el derecho a la salud.

En síntesis, se tiende a la modelización performática del sistema de salud a partir de los hechos: se modifican los procesos de trabajo, se rigidizan y se estandarizan a los fines de volverlos predecibles y controlables de forma centralizada. Procesos de intervención sanitaria que, traducidos a la lógica digital y codificada, expresan un valor en el que se desprecia su sentido creativo y creador para identificarlo con productos identificables y mercantilizables. En este punto, es que la pretendida “integración” de los sistemas de salud público, privado y de la seguridad social, tiende a la privatización de la salud, en los hechos, sin debates sociales.

Sin perjuicio de la centralidad que implica el debate anterior, es necesario mencionar que existen riesgos actuales y potenciales que también se constituyen en críticas respecto de la implementación analizada. El Movimiento por la Salud de los Pueblos, en su publicación periódica “Global Health Watch”, identificaron una serie

de problemáticas a tenerse en cuenta ante la implementación acrítica de tecnologías de salud digitales¹⁰, de las cuales destacamos:

- a. la falta de regulación segura para evitar la compra de información relativa a la salud de las personas, que implica riesgos de control público y de beneficio privado¹¹,
- b. la falta de pruebas de la efectividad de la digitalización, siendo que las evidencias que se utilizan globalmente para su implementación generalizan las realidades de cada país y las lógicas y trayectorias de funcionamiento de los sistemas de salud,
- c. la demanda costosa de su implementación (que generalmente implica también endeudamientos y los consecuentes pagos de intereses por ese capital), que pudieran haber sido utilizados para reforzar las necesidades más críticas sanitarias,
- d. la transformación de los procesos de trabajo, de la relación de los usuarios con el sistema de salud, por ejemplo, a partir de la “e-iatrogenésis”, definida como el daño a usuarios producto de la mala aplicación de la tecnología sanitaria (PHM, 2023).

En síntesis, tanto por la falta de canales efectivos para la protección de los datos personales en un capitalismo que se enriquece – y empobrece – a partir de la información, como por la incapacidad de los sistemas de salud de nuestro país de beneficiarse de la salud digital exclusivamente para el robustecimiento,

¹⁰ Cabe referenciar la totalidad del capítulo en cuestión: “Global Health 2.0? Digital Technologies, disruption and power” (PHM, 2023) en el que se discute pormenorizadamente los riesgos de la implementación de programas que reúnen información sanitaria en sistemas digitales a nivel global.

Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmninnbpcjpcgclgclfindmkaj/https://phmovement.org/wp-content/uploads/2023/03/GHW6-chapter-B2.pdf> (último acceso: 1/5/2025)

¹¹ En la Argentina, en abril de 2025, la empresa “Informe Médico”, que se dedica al desarrollo de sistemas de almacenamiento y distribución de imágenes médicas, programas de cargas de diagnóstico y gestión médica, fue “hackeada” y la información de más de seiscientos mil estudios fue vendida, estimando que se comercializó para cometer ciberdelitos (Clarín, 04-04-25). Nota completa disponible en: https://www.clarin.com/tecnologia/hackean-proveedor-software-medico-argentina-venden-resultados-estudios-pacientes_0_HmJFy0ZYib.html?srsltid=AfmBOop4kOBRFT9pXhuKdlKDG6FHqCqKl8KMcrGxWCf-E9iI duDVkB9n (último ingreso: 1-5-25)

Asimismo, en Gran Bretaña, el gobierno dio acceso a la información privada de su ciudadanía vinculada a su salud y proveniente del Sistema de Salud Nacional a la empresa estadounidense Palantir, dedicada al análisis y gestión de la información, con aplicaciones en las áreas de vigilancia, seguridad, entre otras. Artículo completo disponible en: <https://www.cnb.com/2020/06/08/palantir-nhs-covid-19-data.html> (último ingreso: 2-5-25)

mejoramiento e intensificación de la calidad de la salud pública-estatal, es que la actual implementación de la historia de salud integral – digital- resulta en un campo de grandes riesgos asociados a las posibilidades de realización del derecho a la salud para nuestro pueblo. Continuar el proceso de implementación, sin los debidos debates y garantías para este mismo, resulta en una práctica contraproducente, en la que los mismos equipos de salud se encuentran involucrados.

Conclusiones

Existe una pregunta recurrente en torno a la posibilidad de evidenciar los riesgos que implica la salud digital que es: ¿es posible detener el proceso que está en marcha? Ciertamente la crítica a la digitalización parece – falsamente- implicar una reivindicación a lo analógico, a lo tradicionalmente hecho en papel, cara a cara, en presencia física. Desde la posición que se asume, es innegable lo beneficioso del mundo digital, pero veamos dos ejemplos de lo que queremos traducir como logro:

¿Podemos afirmar con certeza que el acceso a turnos de forma remota ha mejorado la accesibilidad de la población? ¿En un contexto de falta de turnos, de profesionales, de equipos especializados y de recursos para su atención, la inversión en turnos digitales (vía celulares, tótems, telefónicos, etc.) cuánto ha beneficiado a las personas? Si bien es verdad que mejora la calidad de la atención la falta de colas interminables en horarios incongruentes con las necesidades de las personas, ¿cuántas de estas logran ahora una respuesta de “falta de turnos” en su celular o su inscripción en una lista de espera “en la nube”? ¿Por qué aceptaríamos inversiones sustanciosas en una necesidad –real- pero que no resulta prioritaria?

¿Podemos afirmar que la constitución de

agendas profesionales ha resuelto, o resolverá la problemática de la sub-atención efectiva en comparación con la disponibilidad formal contratada? La opción de los trabajadores de la salud para el efectivo cumplimiento de la tarea asignada a los equipos profesionales no puede ser la del disciplinamiento vía el control. Sabemos que la sub-atención es heredera de los bajos salarios, la necesidad de pluriempleo, y la imposibilidad de contar con profesionales que se dediquen “tiempo completo” en el mismo lugar de trabajo. Resolver esa problemática, entonces, es el primer paso para aumentar los niveles y la calidad de atención. Aún más, se afirma la premisa de que, sin una resolución genuina de esta problemática, no existen tecnologías que no sean permeables a que se encuentren las vías para que persistan las mismas dificultades.

Entonces, ¿existe forma de detener la digitalización en salud? Probablemente no, pero, en primer lugar, es un imperativo ético contar con un diagnóstico certero de por qué se implementa, para qué, y para quiénes es el beneficio. Sin esas claras definiciones, los escribientes en las historias de salud, “organizades” vía las agendas, estaremos fortaleciendo el Caballo de Troya, que parece mejorar algo, pero que tiene el potencial de entregar la salud pública a su efectiva privatización. En ese camino, contamos con vastas evidencias para saber que se producirá el detrimento –aún mayor- de nuestra soberanía sanitaria. Y, en segundo lugar, si bien podemos delinear estrategias de organización específicas en función de los riesgos de la digitalización en salud, la organización colectiva sigue siendo la vía más amplia y general para acabar con las injusticias. La constitución del sujeto político que reclame para sí una salud pública, gratuita, integral, de calidad y al servicio de las necesidades de nuestro pueblo sigue siendo la tarea urgente de atender.

3- Referencias bibliográficas

- Banco Interamericano de Desarrollo - BID (2019). *Interoperabilidad para principiantes: La base de la salud digital*. Disponible en: https://publications.iadb.org/es/publications/spanish/viewer/Interoperabilidad_para_principiantes_La_base_de_la_salud_digital.pdf
- Castrogiovanni, Natalia (2023). *Trabajo Social y Sanitarismo en la Argentina*. Tandil [Buenos Aires]: Puka Editora. Disponible en: <https://www.pukaeditora.com.ar/detalle11.html>

- Harvey, David (2001). *Espacios del capital: Hacia una geografía crítica*. Madrid: Akal.
- Harvey, David (2015). *Breve historia del neoliberalismo*. Madrid: Akal.
- Hernández, Mario (2025). "El modelo de aseguramiento en salud: gestión financiera vs. gestión sanitaria". *Soberanía Sanitaria*. Disponible en: <https://revistasoberaniasanitaria.com.ar/consecuencias-de-la-cobertura-universal-de-salud-en-colombia/>
- Iriart, Celia et al. (2000). "La atención gerenciada en América Latina: transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma". *Cadernos de Saúde Pública*, 16(1), pp. 95-105. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/PtNSmn6KwsmYDjPqRdQjbZG/?lang=es>
- Iriart, Celia (2008). "Las reformas sanitarias en América Latina: el papel de los organismos internacionales". *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5), pp. 1005-1016.
- Iriart, Celia y Merhy, Emerson Elias (2017). "Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico". *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(63), pp. 1005-1016.
- Laurell, Asa (2025). "El Seguro Popular mexicano: ni seguro ni popular". *Soberanía Sanitaria*. Disponible en: <https://revistasoberaniasanitaria.com.ar/el-seguro-popular-mexicano-ni-seguro-ni-popular/>
- People's Health Movement (2023). *Global Health Watch 6: Global Health 2.0? Digital Technologies, disruption and power*. Disponible en: <https://phmovement.org/wp-content/uploads/2023/03/GHW6-chapter-B2.pdf>

POR UNA RAZÓN POÉTICA FEMINISTA¹ FOR A POETIC FEMINIST REASON

Dra. Daniela Testa

Instituto Ciencias de la Salud. Universidad Nacional Arturo Jauretche.
dtesta@unaj.edu.ar
<https://orcid.org/0000-0003-1293-3775>

Dra. María Pozzio

CONICET. Instituto Ciencias de la Salud. Universidad Nacional Arturo Jauretche.
<https://orcid.org/0000-0003-1801-3574>

Fecha de presentación: 25/03/2025

Fecha de aceptación: 10/05/2025

Resumen

Proponemos la razón poética feminista como una alternativa metafórica a los mandatos positivistas que prioriza la intuición, la imaginación y las emociones como saberes profesionales, llamándolo "poética de la complejidad" y destacando el valor de las metáforas. Se plantea como una forma narrativa, metodología y práctica profesional, relevante para la terapia ocupacional desde una perspectiva de la complejidad, interdisciplinaria y feminista. El enfoque surge de los feminismos y estudios de la discapacidad, criticando el universalismo abstracto y las lógicas de opresión. Incluye una crítica feminista a la ciencia (androcentrismo) y el giro afectivo, reconociendo las emociones en la producción de conocimiento y la práctica. Dialoga con los estudios de la discapacidad, cuestionando paradigmas normativos y adoptando las nociones de vulnerabilidad e interdependencia como condición humana esencial. La razón poética feminista es una ética y resistencia que desestabiliza normas, valida experiencias marginadas y busca la transformación social. Es razón (complejidad), poética (metáfora, no prescriptiva) y feminista (lucha contra la opresión).

Palabras clave: Razón poética feminista, Feminismos, Estudios de la discapacidad, Complejidad, Terapia ocupacional.

¹ Este texto ha sido publicado originalmente en inglés en el libro *Terapias Ocupacionales sin Fronteras*, 3ra. Ed. Elsevier (2025), coordinado por Dikaios Sekallariou, Nick Pollard, Ana Paula Serrata Malfitano y Sarah Kantartzis.

Abstract

We propose the concept of feminist poetic reason as an alternative to positivist mandates that prioritise intuition, imagination and emotions as forms of professional knowledge. We refer to this concept as the 'poetics of complexity' and highlight the value of metaphors. This approach is presented as a narrative form, methodology and professional practice relevant to occupational therapy from complexity, interdisciplinary and feminist perspectives. Emerging from feminisms and disability studies, the approach critiques abstract universalism and the logics of oppression. It incorporates a feminist critique of science (androcentrism) and the affective turn, recognising the role of emotions in knowledge production and practice. It engages in dialogue with disability studies, challenging normative paradigms and embracing the idea that vulnerability and interdependence are essential human conditions. Feminist poetic reason is an ethic of resistance that destabilises norms, validates marginalised experiences, and seeks social transformation. It is both reason (complexity) and poetic (metaphorical, not prescriptive), as well as feminist (anti-oppression).

Keywords: Feminist poetic reason, Feminisms, Disability studies, Complexity, Occupational therapy.

Introducción

Este ensayo propone un alegato -metáforico- para abandonar mandatos positivistas: la razón poética feminista como vía posible para imaginar y construir un mundo digno de ser vivido. Por tanto, colocamos en un lugar central el valor de la intuición, la imaginación y las emociones como una parte sustantiva de los saberes técnicos de las profesiones. A estas dimensiones -inasibles y difusas- la denominaremos en primera instancia como poética de la complejidad para destacar la importancia de las metáforas como vectores de racionalidad.

Las autoras, una desde la antropología, otra desde la terapia ocupacional, sostenemos este alegato desde una posición asumida a lo largo de nuestras trayectorias de formación personal y académica. Si bien nuestros caminos son disímiles, confluyen en el campo de la salud desde una perspectiva de la complejidad, interdisciplinaria y feminista. En consecuencia, en estas reflexiones, entendemos a la terapia ocupacional como producción histórica en el contexto latinoamericano y la ubicamos entre las profesiones del ámbito sanitario, si bien reconocemos que sus dimensiones trascienden dicha delimitación.

En un contexto de deshumanización de

la vida, extractivismo, inestabilidad, aumento de pobreza y desafiliación, retomamos la propuesta feminista de tejer la vida con vida (Segato, 2016). Por eso, el objetivo de este ensayo es proponer una razón poética feminista como una forma narrativa, como una metodología cualitativa y como una práctica profesional. Es decir, una metáfora para enmarcar distintos modos de ejercer la terapia ocupacional y reflexionar sobre sus saberes, alcances y limitaciones.

Consideramos una noción de poética que no se limita a las reglas métricas de la poesía, sino que se basa en la metáfora, la relación y la síntesis. Estas relaciones forman metáforas-concepto (Spivak, 1985) que pueden ser poderosas para cuestionar percepciones cristalizadas y comprender realidades complejas. Nos referimos a la relación dialéctica entre los sucesos sociales y las categorías teóricas utilizadas, donde intervienen sujetos concretos y circunstancias variables. Para ello, se requiere la expresión de lo subjetivo y lo efímero para aferrarnos a aquello inasible y único que nos hace humanos. Esta operatoria no es un simple concepto, es una necesidad teórica, política y ética que mixtura lo personal y lo intelectual (Viveros Vigoya, 2023).

La terapia ocupacional crítica se enfoca en el mundo de la vida cotidiana, donde los hechos de apariencia insignificante pueden llegar

a ser los relevantes. Se refiere a la habilidad de interrogar lo evidente y a la comprensión de que el mundo podría ser distinto a como es ahora. Y es en este escenario complejo – sólo si la razón científicista no opaca a la razón poética— donde puede suceder algo que sea transformador, una praxis de la terapia ocupacional que posibilita una herramienta efectiva para el cambio (Galheigo, 2020).

Esta visión la asumimos desde el fundamento de los feminismos en plural y de los estudios de la discapacidad por los siguientes motivos:

-los feminismos implican múltiples propuestas, tanto desde lo académico como desde el activismo, lo que implica que su lucha es contra la dominación patriarcal pero también contra todas otras formas de opresión.

-los feminismos, en la arena institucional, se han convertido en perspectiva de género, la que consideramos debe ser entendida como una competencia profesional en el campo de la salud.

-la sinergia entre la razón poética y los estudios de la discapacidad se arraiga en el interés en dismantelar paradigmas normativos y abren la puerta a narrativas no normativas, resistiendo a los estigmas asociados a las diferencias y diversidades.

-los estudios de la discapacidad, al igual que los feminismos, buscan trascender las normas preestablecidas, interrogando las prácticas institucionalizadas de normalización y subrayando la diversidad.

Concebimos la relación entre género y salud como un enfoque centrado en las determinaciones sociales de los procesos de salud-enfermedad- atención-cuidados y con el objetivo de combatir las explicaciones simplistas tanto de las identidades individuales y grupales como de las experiencias de la enfermedad. Este enfoque implica mirar a través de “lentes” que modifican nuestra comprensión; prescindir de ellas se considera un riesgo, ya que alguien que no las tenga en cuenta puede infringir derechos, perpetuar e incluso agravar desigualdades que tienen un impacto perjudicial en la salud y en la vida de las personas (Pozzio, 2023, p.11).

Como estrategia expositiva, inicialmente delineamos un marco conceptual que entrelaza las nociones de razón poética y complejidad, seguido de una reflexión crítica feminista a la ciencia, destacando el giro afectivo. Posteriormente, ampliamos la discusión al explorar conexiones significativas entre dimensiones feministas y algunos aspectos relacionados con la discapacidad, prestando atención a los conceptos de vulnerabilidad e interdependencia esencial.

Para construir este alegato, presentamos un corpus de lecturas que ponen en diálogo visiones anglosajonas y latinoamericanas sobre teorías feministas y de la afectividad, estudios de la discapacidad y terapia ocupacional crítica². Además, buscamos interpelar y reconocer sentidos y usos situados de una variedad de fundamentos, categorías y nociones a las que apelamos en nuestros contextos latinoamericanos.

Razón poética feminista y complejidad

La razón poética feminista busca recuperar aristas centrándose en los silencios y las omisiones, así como en lo relegado, lo cotidiano y lo subalternizado (Spivak, 1985; Gramsci, 1981). En este sentido, combina elementos de diversas naturalezas para promover diálogos que vayan más allá de las relaciones binarias, en respuesta a la coexistencia de múltiples lógicas que impactan en el ámbito social. Entendemos que el potencial cognitivo de la razón poética feminista se basa en desarmar el universalismo abstracto propio de una sociedad jerárquica y patriarcal; busca así enriquecer la escena y la agenda feminista de las profesiones sanitarias.

Para explicar el rechazo y la resistencia a las lógicas positivistas (patriarcales, racistas, clasistas, sexistas y otros vectores de opresión) se han desarrollado otras metáforas y conceptos. Entre ellas se encuentra la idea de construir “aportes mestizos” como una estrategia que permite un amplio abanico de cruces teóricos. Así pues, Gil y Bengoechea (2021) formulan lineamientos

² Autores como Galheigo (2014, 2020), Gil y Valverde (2022), Guajardo (2020), Testa (2015; 2018; 2020), Nabergoi (2020), entre otros citados en este trabajo, contribuyen a una perspectiva crítica y reflexiva sobre la terapia ocupacional, cuestionando las estructuras de poder, las formas de conocimiento y las prácticas profesionales desde un enfoque emancipatorio que busca no solo comprender la realidad social, sino también transformarla en pos de la justicia y la igualdad.

teórico-metodológicos que sostienen un enfoque “híbrido” de la profesión y, por añadidura, del campo de la salud. Según esos autores, esta manera de pensar las problemáticas sociales y sanitarias permite posiciones renovadoras de las culturas disciplinares y profesionales frente a las complejidades contemporáneas. Asimismo, el grupo de investigación de Terapia Ocupacional y Antropología de la Universidad Nacional de Mar del Plata (Argentina) ha profundizado en las brechas entre una cierta discursividad acerca del bagaje holístico de la terapia ocupacional en contraste con la persistencia de rasgos biomédicos, tanto durante la formación de grado como en las prácticas (Gil y Valverde, 2022). Por otra parte, en un reciente libro que compila reflexiones en clave feminista sobre terapia ocupacional, Rivas Quarneti, Viana-Moldes y Magalhaes (2022) utilizan la noción de “aportes mestizos” para vincular la terapia ocupacional, la ciencia de la ocupación y los feminismos como herramientas de transformación social. Otras propuestas condensan esfuerzos en romper supuestos racionalistas y retoman aspectos como las dimensiones del ser, el holismo y la espiritualidad en las ocupaciones a partir de una mirada integradora de la profesión y de las personas con las que trabajan (Bello, Castelli, Colombo, et al, 2022).

En otros términos, algunos autores hablan de “mestizaje” para describir un tipo de investigación social en salud que “da cuenta perfectamente del producto de una mezcla, que casi siempre es una buena síntesis de lo mezclado y es, a la vez, otra cosa” (Pozzio, 2020, s/p) para referirse a un cierto tipo de investigación que entrecruza saberes y disciplinas. Quienes la practican han recorrido “sinuosos caminos de formación que [los] distancian, temas/problemas de investigación que [los] unen y una sensación de mestizaje sin igual.” (2020, s/p) y reconfiguran las formas “de ser y estar en la relación sujeto- objeto” con el propósito de transformar los modos

tradicionales de “hacer ciencia” (Míguez, 2016, p.11). Asimismo, desde los “activismos disca”³ y desde las miradas feministas situadas desde y en el campo de los estudios críticos de las discapacidades, se han desarrollado posiciones de rechazo a concepciones reduccionistas sobre el cuerpo, las mujeres, la experiencia, las sexualidades y las deficiencias.

Si bien los antecedentes mencionados no remiten de manera directa a la idea de razón poética feminista presentan afinidades en tanto se oponen a la razón científicista de producción de conocimiento y en sostener un fuerte rechazo frente a la reproducción acrítica del mismo. Entonces, ¿podríamos reconocer una razón poética latiendo en nuestras comprensiones sobre el mundo? O, mejor aún, no es acaso esa razón poética -a veces soslayada - la que nos permite imaginar estrategias subjetivantes y humanizantes en los contextos difíciles en los que trabajamos?

Maturo (2009), poeta y crítica literaria argentina, señala que cada cultura tiene razones para existir y una sabiduría de vivir que se reflejan en sus mitos. Desde una posición crítica respecto al posmodernismo, su argumento se centra en rechazar la postura que culpa a la razón y la técnica de todos los males, como algunos filósofos posmodernos

sugieren. Reconoce la importancia y la riqueza que la razón científico-técnica de Occidente ha aportado, especialmente a Latinoamérica, aunque también advierte sobre la necesidad de evitar caer en simplificaciones al evaluar este legado. Sostiene que no es posible suscribir a un discurso pre-moderno o anti-moderno, ya que la modernidad, en sus diversas formas, ha influido y permeado la región a lo largo de la historia, desde el Renacimiento hasta la globalización técnica actual. Por eso, Maturo enfatiza la necesidad de reconocer y valorar esta influencia, sin rechazarla por completo, pero también sin adoptar una postura acrítica hacia ella.⁴

La poeta argumenta la existencia de dos “circuitos de conocimiento” fundamentados en

³ “Activismos disca” es una denominación nativa en Latinoamérica para nombrar las acciones políticas de colectivos de personas con discapacidades.

⁴ Maturo coincide con posturas filosóficas que cuestionan tanto la razón como la técnica y sostienen que en la posmodernidad ya no se puede confiar en una sola narrativa para legitimar el conocimiento, abogando por la diversidad de discursos y por el reconocimiento de las dinámicas de poder en su producción y validación. Sin embargo, esta autora va más allá al considerar los procesos de colonización desde la llegada de los españoles hasta la globalización moderna en Latinoamérica.

diferentes tipos de racionalidad. Uno de ellos es la racionalidad "nons", que se vincula con "la razón popular, con lo vital, con el entorno"; el otro es la razón "dianoide", representativa de la razón científica técnica occidental, la cual separa lo racional de lo intuitivo y lo emocional. A pesar de que esta última, la razón moderna occidental (dianoide), ha ocupado posiciones de hegemonía y prestigio, numerosos filósofos han postulado la unidad entre el sentir y el entender, evidenciando sus limitaciones y la necesidad de ampliar su enfoque.⁵ Esta "filosofía intuitiva" contenida en los mitos refleja formas de vivir, amar, enfermar, morir que, aunque suele estar desplazada -a consecuencia de los procesos de colonización y las lógicas de la razón occidental- perviven en la razón poética.

A partir de la caída de la concepción del tiempo abstracto euclidiano - ligado a un universo geométrico regido por un movimiento posible de ser conocido- y su reemplazo por el concepto de tiempo-espacio, el paradigma de la complejidad irrumpió desde las ciencias físicas para expandirse y provocar un giro epistemológico en otras áreas del saber. Este paradigma introdujo el principio de la incertidumbre y la idea de complejidad (Morin, 1994) y revolucionó las anteriores lógicas. Según la poeta, quien recurre a los griegos para explicarlo, "ese pensamiento complejo al acercarse, desde este campo (dianoia) al campo contrario (nons), a la razón poética, a la razón de los pueblos, (...) puede ser muy fecundo porque impone un cambio, un giro (...) que puede permitirnos otros tipos de pensamiento" (Maturo, 2009, s/p).

La intención de vincular estas dos racionalidades (la nons y la dianoide) puede ser pensada concomitante a la emergencia de un nuevo paradigma acerca del funcionamiento de los saberes -entre ellos, también, los científicos- que supone dejar de pensar en lo simple y lo fragmentado como estrategias de conocimiento. Si las ciencias clásicas pretendían establecer un orden y ese orden iba de lo simple a lo complejo, en tiempos más recientes vemos surgir disciplinas que buscan reponer la complejidad: Morin (1998) nos plantea los ejemplos de la cosmología, de las ciencias de la

tierra y de las ciencias ecológicas, que no pueden pensar los fenómenos sin sus múltiples relaciones, escalas, temporalidades y no sólo eso, sino sin los dispositivos, restricciones e historicidades de nuestros modos -socio-históricamente situados- de pensar esos fenómenos y buscar explicarlos.

El paradigma de la complejidad es, a la vez, signo de unos nuevos tiempos, donde las herramientas y las teorías modernas, parecen ser insuficientes. En este espíritu, y pensando en las ciencias sociales, Wallerstein (1998) plantea seis desafíos, entre los cuales nos interesa destacar dos: discutir el paradigma moderno de la racionalidad y superar el eurocentrismo. Este autor sugiere que en el sistema de pensamiento occidental, la atribución de racionalidad a menudo implica una separación artificial entre lo racional y lo irracional, lo cual puede ser problemático y limitante. Además, este principio, de acuerdo a su interpretación sobre la exposición de Freud respecto a las psicosis en el psicoanálisis, sugiere que dicho aspecto irracional alberga una racionalidad subyacente que requiere ser develada.

Esta idea, que supone una "otra" racionalidad, va de la mano del segundo desafío, que es el de superar el eurocentrismo: ¿y si eso que dividimos como racional versus irracional o emocional no son más que categorías propias de nuestra cultura occidental y moderna? Reponer la racionalidad dianoide, desafía las bases eurocéntricas de los conocimientos científicos y arraiga en la misma lógica: los límites y fronteras los establecen nuestros propios campos de saber, nuestras lógicas profesionales. De lo que se trata, entonces, es de actualizarlos, en el sentido de una filosofía de la praxis: actuar/hacer de otro modo, para transformar la realidad y las categorías con las cuales la pensamos.

En resumen, esta búsqueda de aportes mestizos y la exploración de otras formas de conocimiento se asemejan a una razón poética que, aunque a veces pasada por alto, constituye una herramienta para los abordajes desde la complejidad.

⁵ A modo de ejemplos, entre las variadas respuestas teóricas a este dilema se encuentran la razón vital de Ortega y Gasset (1935), la noción de inteligencia sentiente (Zubiri, 1980) y la propuesta de la lógica sentipensante del sociólogo colombiano Fals Borda (2009).

Crítica feminista a la ciencia y giro afectivo

Existe una relación entre desarrollo disciplinar y profesionalización. Las profesiones sanitarias (entre las que, como ya dijimos, puede ubicarse -de manera no exclusiva- a la terapia ocupacional, entre muchas otras) se basan en conocimientos sistematizados a lo largo de su propio proceso de constitución como tales, y muchos de esos conocimientos son científicos. Basarse en conocimientos científicos contribuye a la legitimación de un área de ejercicio profesional, de un saber hacer, de un área de incumbencia, al tiempo que la constitución de un campo de saber profesional contribuye a la diversificación disciplinar y la expansión y desarrollo de nuevos conocimientos. Por ello, es necesario pensar el modo en que la crítica feminista a las ciencias, impacta en los saberes y prácticas profesionales.

La crítica feminista a las ciencias señala: la parcialidad de los conocimientos científicos; la práctica científica como práctica de dominio masculino y la ausencia de mujeres en las ciencias (Pacheco Ladrón de Guevara, 2010). Las implicancias de estas críticas son señalar, en cada ámbito, en cada campo de saber, el androcentrismo de los conocimientos producidos por un sujeto de conocimiento que, siendo varón, mujer u otrx, parte de un punto de vista cis-patriarcal. También, señalar la forma en que las ciencias han contribuido a la reproducción del patriarcado -y otras formas de dominio funcionales a éste-. Además, procura visibilizar el aporte de las mujeres y otras identidades a la construcción de conocimientos. Todo esto implica repensar los conocimientos producidos: la crítica feminista nos obliga a mirar de otro modo y pensar diferentes la epistemología, la metodología, las teorías, los conceptos, las instituciones (Harding, 2000; Blazquez Graf, 2008). Y por supuesto, también, las profesiones que se basan en estas teorías e instituciones.

Son muchos los aspectos de esta crítica que han dado lugar a debates (uno de ellos es el referido a si existe o no un método feminista de investigación). Lo que nos interesa no es profundizar en esos debates sino abrirle la puerta a otra mirada contenida en esta crítica: la de pensar los conocimientos producidos -y las prácticas que con ellos dialogan- desde otro

lugar, desde un posicionamiento no androcéntrico. Y aquí es interesante, entonces, ver el modo en que algunos planteos del giro afectivo pueden resultar pertinentes. Por eso, vamos a abordar un aspecto fundamental en el ejercicio de las profesiones: el papel crucial que desempeñan las emociones y la imaginación en las prácticas y en la construcción del conocimiento específico en el ámbito social y sanitario.

Si una de las características más valoradas de las ciencias es su objetividad y esta pretende borrar por entero no sólo al sujeto sino su corporeidad, su historicidad, también el enaltecimiento de la objetividad científica borra, anula y catapulta al lugar de lo no científico, todo lo vinculado a los saberes y los afectos.

El estudio de las emociones, afectos y sensibilidades ha ganado reconocimiento académico tanto en el siglo XX como en el XXI, principalmente en instituciones ubicadas en el hemisferio norte. En Latinoamérica, también se ha evidenciado un creciente interés en los estudios socioculturales sobre emociones, especialmente en las últimas décadas, lo cual está estrechamente vinculado con investigaciones sobre corporalidad, estudios culturales y feminismos. Este enfoque, denominado giro afectivo, surgió en la década de 1990, y se orienta hacia la comprensión de las emociones, sensibilidades y afectos como aspectos fundamentales para la teorización social. Este movimiento tiene sus raíces genealógicas en aportes previos que desafiaron los paradigmas teóricos establecidos y cuestionaron los procesos de construcción del conocimiento (Solana y Vacarezza, 2022; López Sánchez, 2024). Entre ellos, la sociología de las emociones (surgida en la década 1970), la antropología y la historiografía de las emociones (década de 1980) y los feminismos.

Según Arfuch (2016), con quien estamos de acuerdo, el giro afectivo abarca una amplia gama de perspectivas que, aunque puedan ser contradictorias entre sí, convergen en la importancia de la afectividad como eje central de sus análisis. Este giro implica una crítica a las lógicas heteronormativas (Ahmed, 2004; Segwick, 1998), así como contribuciones desde las neurociencias y los estudios cognitivos (Damasio, 2005). También la filosofía ha aportado a este campo lecturas deleuzianas de Spinoza (Massumi, 2015), mientras que la

psicología cultural ha realizado otras contribuciones significativas (Berlant y Warner, 2002). Desde una tradición latinoamericanista (Moraña y Sánchez Prado, 2012) se reconoce la diversidad que caracteriza este campo debido al potencial que poseen los enfoques críticos sobre el afecto, la emoción y la sentimentalidad para reinterpretar producciones clásicas de la cultura latinoamericana

El giro afectivo en los estudios de género ha contribuido a la valorización de los afectos en diferentes espacios de lo social; aquí lo hacemos en lo referido a la producción de conocimientos y al ejercicio profesional. Respecto al primero, por el modo en que contribuyen a disolver dicotomías tales como mente-cuerpo, público-privado, objetivo- subjetivo, a la vez "son lo que preserva la conexión entre ideas, valores, objetos" (Ahmed, 2010, citado en Macón, 2013, p.10). Esto es, disuelven de algún modo la dicotomía sujeto-objeto, mostrando el modo en que las cosas nos afectan y atraviesan, por lo que el espacio de lo cotidiano, los objetos que nos rodean, los límites de nosotrxs mismos, cobran relevancia.

Las emociones y la imaginación son elementos indispensables, junto con otros, al momento de conocer y relacionarnos con el mundo. Efectivamente, ambos conceptos han sido objeto de reflexión de las ciencias sociales y humanísticas que han analizado el papel de las mismas en los sistemas occidentales capitalistas. Según define Eva Illouz (2007, p.15):

La emoción no es acción per-se, sino que es parte de la energía interna que nos impulsa a un acto, lo que da cierto "carácter" o "colorido" a un acto. La emoción, entonces, puede definirse como el aspecto "cargado de energía" de la acción, en el que se entiende que implica al mismo tiempo cognición, afecto, evaluación, motivación y el cuerpo. Lejos de ser pre-sociales o pre-culturales, las emociones son significados culturales y relaciones sociales fusionados de manera inseparable y es esa fusión lo que les confiere la capacidad de impartir energía a la acción.

Las emociones, siempre conciernen a un sujeto y a la relación con otros situados culturalmente. Así pues, una de las divisiones que organiza las sociedades entre hombres y mujeres, se basa y se reproduce en base a esquemas y culturas emocionales que caracterizan las masculinidades, las feminidades y

las distintas formas de identidad de género. A partir de allí se producen jerarquías emocionales, según las cuales determinadas emocionalidades y sensibilidades se vuelven supuestamente mejores o más adecuadas para una cosa o para la otra. Están permeadas por la cultura del consumismo y el mercado y producen sentidos en las tramas de relaciones sociales en las que se inscriben. Según sugieren Solana y Vacarezza (2022) la violencia machista y la normatividad hetero-cis no son solo conceptos ideológicos sino que también moldean los afectos, emociones y sentimientos, dado que "la fuerza normativa de estas estructuras no se basa solamente en el modo en que naturalizan ciertas formas de pensar, sino también en cómo consolidan ciertas formas de sentir" (p. 2).

Es así como se conforman los modos de sensibilidad social y de regulación de las emociones, los cuales se materializan en prácticas concretas y regulan las emociones y sentimientos sobre el mundo. Estos modos de sensibilidad acompañan las acciones (por ejemplo, de rechazo, de repugnancia o de aceptación, etcétera) y se constituyen en mecanismos que vuelven soportable lo que podría ser insoportable. Muchas veces estos mecanismos obturan la conflictividad y restringen de ese modo la posibilidad de reaccionar ante un mundo cada vez más doloroso. Otras, provocan impulsos hacia la búsqueda de cambios (Scribano, 2008). Es posible entonces establecer diversos estilos emocionales concebidos como las maneras de pensar al sujeto en la relación con los otros y de imaginar sus posibilidades (Illouz, 2007).

La imaginación ha sido objeto de extensas reflexiones en ámbitos sociológicos, filosóficos y psicológicos. Esta capacidad individual se percibe como intrínsecamente creativa y transformadora. En este contexto, retomamos la noción propuesta por Wrigth Mills en 1959, cuando algunos sociólogos mostraban preocupación por la especificidad del objeto de estudio de la sociología y por el nivel académico de su formación. En su obra *La imaginación sociológica*, Mills desmitifica la dicotomía entre teoría y empiria para erigir a la imaginación sociológica en una virtud indispensable entre quienes pretendían ser sociólogos. No basta, entonces, con acumular conocimientos: es la capacidad de desplegar una

imaginación particular la que confiere competencia específica a la profesión sociológica.

Dicha competencia específica, describe una estructura mental que conecta las experiencias individuales y las relaciones sociales. Sus tres componentes principales son la historia, que examina cómo una sociedad se construye y cambia a lo largo del tiempo; la biografía, que indaga en la naturaleza humana dentro de una sociedad específica y qué tipo de personas la habitan; y por último, la estructura social, que analiza cómo operan los diversos órdenes institucionales en una sociedad, cuáles son los dominantes, cómo se integran y cómo podrían estar cambiando. La posesión de esta habilidad otorga la capacidad de observar el entorno y discernir estructuras sociales, estableciendo relaciones entre la historia, la biografía y las estructuras sociales (Bourdieu, Chamboredon y Passeron, 1975).

Podemos afirmar que el conocimiento profesional abarca más que un conjunto de habilidades y argumentos para interpretar la realidad social desde un determinado perfil profesional (Destuet 1999; Paganizzi et al., 2007). Esta comprensión no se limita a la acumulación de conocimientos técnicos e instrumentales, ni se reduce a la obtención de títulos académicos; aunque estos influyen en la percepción de la realidad humana. Una parte de los saberes profesionales se alcanzan mediante una mirada imaginativa que integra emociones con perspectivas teóricas e ideológicas (Testa, 2015). Este enfoque se fundamenta en el poder transformador de la acción humana para mejorar la salud, las condiciones de vida y construir significados, autonomía y emancipación, reconociendo la historicidad de los procesos y su significado (Wilcok, 1999; Guajardo, 2020; Galheigo, 2014; Trujillo et al., 2011).

Razón poética feminista y discapacidad

En el ámbito de la terapia ocupacional en Argentina, la atención a la discapacidad ha sido un componente intrínseco en la configuración de la profesión. De acuerdo a investigaciones históricas (Testa, 2018; Nabergoi, 2022) el surgimiento de esta disciplina fue parte del dispositivo estatal de discapacidad que, basado en un andamiaje de discursos y estrategias,

modelaron las percepciones sobre la discapacidad y de los sujetos marcados con dicho diferencial. En la actualidad, esta temática está presente en las agendas de investigación, en los programas de formación y en los espacios laborales que ocupan a las y los terapeutas ocupacionales.

En las últimas décadas, ha surgido una crítica más intensa hacia las supuestas posturas liberales, dando lugar a una nueva ontología corporal que se centra en la vulnerabilidad y la interdependencia fundamentales. Judith Butler (2017) ha conceptualizado la vulnerabilidad como una condición inmutable y relacional de la vida humana, que establece una dependencia esencial tanto de otros seres humanos como del entorno que nos rodea. Esta visión trasciende la noción de la vulnerabilidad como simplemente una condición subjetiva o una situación contingente, estableciéndola como una cualidad inherente y continua que acompaña la vida humana. En consecuencia, la vulnerabilidad nos conduce inexorablemente a la noción de interdependencia, donde reconocemos que somos cuerpos que necesitan apoyo para subsistir, pero al mismo tiempo, somos cuerpos con la capacidad intrínseca de resistir (Butler y Taylor, 2009). Como sabemos, la idea de sostener la vida en interdependencia -con otros y con la naturaleza- no está exenta de tensiones y violencias, ya que no siempre se constituyen en condiciones de igualdad. Por el contrario, generan sistemas de opresiones en función de géneros, discapacidad, raza, clase, edad.

Si bien estas ideas sobre la vulnerabilidad y la interdependencia han tomado particular interés en el terreno de los estudios de la discapacidad, ciertos vectores de poder, relativos a las capacidades/discapacidades corporales no han sido siempre problematizados y las mujeres y diversidades han estado, en gran medida, marginadas de esa conversación. Frente a este vacío, en los años 90, surgieron los estudios feministas de la discapacidad con el objetivo no solo de incluirlas como su objeto de análisis, sino también de abordar la discapacidad de manera crítica en relación con el sistema de género y opresión (Crow, 1996). A partir del paradigma teórico de los estudios de género, estas críticas proponen claves para interpretar las estructuras de dominación y discriminación, “situando la experiencia de la discapacidad en el contexto de los derechos y de las

exclusiones” (Balza, 2011, p.57).

En ese sentido, la idea del género como constitutivo de las relaciones sociales brindaba la posibilidad de debatir ciertos presupuestos que, desde los años 70, conformaron las bases del Modelo Social de la Discapacidad (MSD). Recordemos que el principal aporte de ese modelo es comprender la discapacidad como una categoría de naturaleza social y estructural y sostener una posición radical de oposición a las determinaciones individualistas y miserabilistas que la definen como una “tragedia personal”.

Este movimiento, surgido en el ámbito anglosajón, sostuvo una crítica al interaccionismo simbólico, específicamente a partir de la categoría estigma y estigmatización postuladas por Goffman (1963). Su crítica consistía en que la mirada goffmaniana, al concentrarse en las interacciones sociales en la vida cotidiana, relegaba a la esfera individual la gestión y la aceptación del estigma y que ello ocultaba los mecanismos sociales que provocan las discapacidades. Por ello, a partir de la década de 1980, prefirieron utilizar las categorías opresión y procesos de discriminación (y ya no estigma y estigmatización) adoptando posiciones radicales basadas en lecturas marxistas.

Este distanciamiento se justificaba en que el interaccionismo no reconocía la capacidad de agencia y en que se lo consideraba como un abordaje apolítico que no realizaba un aporte concreto a la transformación de las condiciones de vida de las personas con discapacidades (Ferrante, 2020). Dicho énfasis es comprendido como una estrategia de lucha política que requería poner en primer lugar las determinaciones estructurales, hasta ese momento ocultas en las concepciones biomédicas reduccionistas. Estos argumentos, si bien tuvieron gran proyección política, suscribieron a las lógicas de universal masculino y soslayaron las experiencias de la discapacidad de mujeres y diversidades, poniendo el foco en un sujeto sin cuerpo.

En base al interés de visualizar los procesos que construyen corporalidades y subjetividades y con el propósito de recuperar experiencias diferenciales, las feministas alzaron sus voces para demostrar que al quedar

soslayada la experiencia, en virtud a las explicaciones estructuralistas, ellas quedaban en posiciones marginalizadas dentro del campo de análisis que proponía el MSD.

La activista británica Liz Crow (1996) abogó firmemente por estos argumentos, destacando la importancia de rescatar el concepto de minusvalía y de compartir la experiencia individual de la misma, en lugar de permitir que sean definidas por aquellos que no experimentan discapacidad. En su análisis, subraya cómo la vivencia corporal y subjetiva emerge como un elemento esencial en la lucha por la transformación de las dinámicas sociales (1996, p. 235). Esta visión pionera de Crow sienta las bases para un enfoque más amplio y complejo que se desarrollará posteriormente de manera sinérgica, no solo desde los feminismos sino desde otros abordajes, como las teorías queer y crip (Moya, 2022).

Los estudios "crip", surgidos en las primeras décadas del siglo XXI, consolidan una visión alternativa de la discapacidad que se opone a las nociones convencionales que la vinculan a representaciones de enfermedad y deficiencia y/o como “tragedia personal”. Este enfoque rechaza la integridad corporal como norma, planteando un desafío directo al sistema neoliberal predominante. La autodenominación "crip", derivada del término inglés "cripple", se convierte así en un emblema de resistencia al emplear "el lenguaje de la injuria para reivindicar la resistencia" (Preciado, 2008, p. 236). Esta terminología,⁶ no solo rechaza el discurso médico y los eufemismos que enmascaran la realidad de la discapacidad (como "personas con necesidades o capacidades especiales") sino que también busca desnaturalizar el concepto mismo de integridad corporal (Goodley, 2016; Moya, 2022).

Otro de los aportes en el mismo sentido, lo presenta Robert McRuer (2020) quien señala que el MSD no ha dado suficiente importancia y, en consecuencia, no ha resistido de manera radical a las exigencias de capacidad corporal obligatoria para acceder a la esfera pública de un modo tal cuyas formas de participación plena no dependan de un cuerpo capaz. El autor señala que “ni la cuestión de

⁶ El término "crip" suele ser interpretado en español como "tullido". En el contexto argentino, en el discurso cotidiano, expresiones como "disca", "rengo" o "colifato" son empleadas para reconfigurar connotaciones peyorativas y, en su lugar, potenciar sentidos de reivindicación y resistencia.

género ni la de la capacidad son suficientes en sí mismas para deshacer la heterosexualidad obligatoria ni la capacidad corporal obligatoria” y que es necesario poner en un primer plano la resistencia al sistema de capacidad obligatorio, estableciendo diálogos con las ideas de heterosexualidad obligatoria postulada por Adrienne Rich (1980) y heteronormatividad, de Lauren Berlant y Michael Warner (2002). Al estar definidas ambas categorías -género y discapacidad- en base a características corporales es posible analizar a través de ellas las estrategias que asignan valoraciones en función de los cuerpos. En la misma línea se insiste en que no existe una “entidad homogénea” mujer/varón sino que la diferencia sexual está construida en muy diversos modos y que, por tanto, las luchas contra la opresión deben contemplar tales diversidades.

Estos aportes, entre otros, son interesantes porque además de presentar un panorama sobre los alcances de las críticas feministas en el campo de las discapacidades, reflexionan sobre las estrategias que delimitan aquello que es deseable o no para las mujeres y diversidades y las operaciones de poder que determinan los horizontes normativos que establecen las jerarquías corporales.

Los estudios feministas de la discapacidad brindan herramientas esenciales en tanto proponen asumir una posición de rechazo frente a la ontología de sujeto liberal - supuestamente autónomo, libre, capaz, heterosexual, blanco- para asumir otras ontologías basadas en la vulnerabilidad como condición humana esencial y en la interdependencia como claves para sostener la vida (Nussbaum, 2006).

Alegato final: razón poética feminista como ética y como resistencia

La razón poética feminista desafía el canon intelectual y los paradigmas dominantes que han perpetuado visiones unilaterales de la realidad.

Se centra en exponer y resistir las formas en que el patriarcado ha influido en el pensamiento racional y científico tradicional.

Al desestabilizar las normas establecidas, esta razón reconoce y valida las voces y experiencias de las mujeres, disidencias y otros grupos marginados que han sido históricamente silenciados.

Propone una narrativa que valora la complejidad de las relaciones y contextos sociales, poniendo de relieve cómo las dinámicas de género interactúan con otras formas de opresión, como la raza, la clase social y la orientación sexual.

La razón poética feminista reconoce y celebra las experiencias subjetivas y emocionales, tensionando la dicotomía entre lo objetivo y lo subjetivo que ha prevalecido en la tradición científica patriarcal.

Esta perspectiva revela cómo las vivencias personales están intrincadamente vinculadas con las estructuras sociales más amplias.

En contraposición a la búsqueda de una verdad universal, acoge la multiplicidad de verdades relativas que no pueden ser reducidas a una sola narrativa dominante.

Resalta la importancia de cualidades y valores tradicionalmente asociados con lo "femenino", como la empatía, la intuición y la conexión emocional. Estas cualidades son valoradas y afirmadas, en contraposición a ser degradadas o excluidas por la lógica binaria tradicional.

Aboga por darle importancia a las emociones, las intuiciones y las experiencias vividas como fuentes válidas de conocimiento y comprensión.

La razón poética feminista no solo se trata de una metodología o enfoque académico o de un marco narrativo y metodológico - aunque hace de ellas sus instrumentos.

Es una razón. Porque propone lógicas que buscan comprensiones complejas y porque, “hacer perceptible un nuevo orden de ideas es al mismo tiempo desordenar las ideas” (Ahmed, 2021, p. 441).

Es poética. Porque no es prescriptiva, no se encuentra en manuales de terminología única ni en protocolos estandarizados.

Se encuentra en el grito furioso y en el murmullo de aquello necesario y difícil de ser dicho y escuchado.

Se encuentra en todo lo que no sabemos cómo describir, de tan pequeño y ordinario. Se identifica en las experiencias aparentemente banales que sin embargo cuentan.

Se fortalece en el poder de las metáforas para transmitir significados y para desafiar las narrativas dominantes.

Reconoce que las metáforas pueden ser utilizadas para dismantelar estereotipos y para construir nuevas formas de entender los modos de ser, enfermar, sanar, hacer, nacer, morir.

Es feminista. Porque cuestiona las construcciones binarias y las normas opresivas que limitan la libertad y la igualdad de las

personas y porque es un llamado a la acción transformadora de las estructuras patriarcales.

La razón poética feminista es todo eso y algo más. Porque la mueve el deseo de construir un mundo más vivible y digno de ser vivido. Es un posicionamiento ético y es, por sobre todo, resistencia.

6- Referencias bibliográficas

- Ahmed, S. (2004). *The cultural politics of emotion*. Routledge.
- Ahmed, S. (2010). *Happy Objects*. In M. Gregg & G. Seiworth (Eds.), *The Affect Theory Reader* (pp. 29-51). Duke University Press.
- Ahmed, S. (2021). *Vivir una vida feminista* (T. Tenenbaum, Trad.). Caja Negra.
- Arfuch, L. (2016). El "giro afectivo": Emociones, subjetividad y política. *deSignis*, 24, 245-254.
- Balza, I. (2011). Crítica feminista de la discapacidad: El monstruo como figura de la vulnerabilidad y exclusión. *Dilemata*, 3(7), 57-76.
- Bello, P., Castelli, B., Colombo, A., Diaz Usandivaras, G., Hladjian, M., Juana, M., Liceda Rosasco, B., Lorenzo, C., Parraquini, L., & Vieyra, B. (2022). *Prácticas Bambú: Repensando los procesos de la Terapia ocupacional desde una mirada consciente, integral y colectiva*. Autores Argentinos.
- Berlant, L., & Warner, M. (2002). Sexo en público. In R. Mérida (Ed.), *Sexualidades transgresoras: Una antología de estudios queer* (pp. 229-264). Icarí.
- Blazquez Graf, N. (2008). El retorno de las brujas: Incorporación, aportaciones y críticas de las mujeres a la ciencia. CEIICH-UNAM.
- Boix R., R., & Burset S. (2011). Hacia un nuevo paradigma en la enseñanza superior. In J. Alsina (Ed.), *Cuadernos de docencia universitaria 18. Evaluación por competencias en la universidad: Las competencias transversales* (p. 15). Editorial Octaedro.
- Bourdieu, P., Chamboredon, J., & Passeron, J. C. (1975). *El oficio del sociólogo: Presupuestos epistemológicos*. Siglo XXI.
- Butler, J. (2017). Performatividad, precariedad y políticas sexuales. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 4(3), 321-336.
- Butler, J., & Taylor, S. (2009). Interdependencia. In A. Taylor (Ed.), *Examined Life: Excursions with Contemporary Thinkers* (p. xx). The New Press.
- Crow, L. (1996). Nuestra vida en su totalidad: Renovación del modelo social de la discapacidad. In J. Morris (Ed.), *Encuentros con desconocidas: Feminismos y discapacidad* (pp. 229-250). Narcea.
- Damasio, A. (2005). *En busca de Spinoza*. Critica.
- Destuet, S. (1999). *Encuentros y Marcas*. COLTOA.
- Fals Borda, O. (2009). Una sociología sentipensante para América Latina. In V. M. Moncayo (Comp.), *Una sociología sentipensante para América Latina* (pp. 25-57). Siglo del Hombre Editores y CLACSO.
- Ferrante, C. (2020). La "Discapacidad" como estigma: Una mirada social deshumanizante. Una lectura de su incorporación temprana en los Disability Studies y su vigencia actual para América Latina. *Revista Pasajes*, 10, 1-26.
- Galheigo, S. (2014). Sobre identidades, latinoamericanidades e construcción de saberes en Terapia ocupacional: Diálogos con Boaventura de Sousa Santos. *Cadernos de Terapia ocupacional*, 22(1), 215-221.
- Galheigo, S. (2020). Terapia ocupacional, cotidiano e a tessitura da vida: Aportes teórico-conceituais para a construção de perspectivas críticas e emancipatórias. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 28(1), 5-25.
- Gil G., & Bengoechea I. (2021). Antropología y Terapia ocupacional: Apuntes para una perspectiva híbrida en problemas socio-sanitarios. *Revista de Salud Pública*, 26(2), 125-138.
- Gil G., & Valverde F. (Eds.). (2022). *Terapia ocupacional & Antropología*. Editorial Juliana Burgos.
- Goffman, E. (1963). *Estigma: Apuntes sobre la gestión de la identidad deteriorada*. Amorrortu Editores.
- Goodley, D. (2016). *Disability Studies: An interdisciplinary introduction* (2nd ed.). SAGE Publications Ltd.

- Gramsci, A. (1981). Cuadernos de la cárcel (Vol. I, Cuadernos 1 y 2). Ediciones Era.
- Guajardo, A. (2020). A propósito de nuevas formas de colonización en terapia ocupacional: Reflexiones sobre la idea de Justicia Ocupacional desde la perspectiva de una filosofía política crítica. *Cadernos Brasileiros De Terapia Ocupacional*, 28(4), 1365–1381. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF2175>.
- Harding, S. (2000). ¿Existe un método feminista? In E. Bartra (Comp.), *Debate en torno a una metodología feminista*. UAM-Xochimilco.
- Illouz, E. (2007). *Intimididades congeladas: Las emociones en el capitalismo*. Katz Editores.
- López Sánchez, O. (2024). Los giros del giro afectivo: La centralidad de la vida sensible para teorizar lo social. Una lectura en clave latinoamericana. *Historia y Grafía*, (62), 263-301. <https://doi.org/10.48102/hyg.vi62.497>
- Macón, C. (2013). Sentimus ergo sumus: El surgimiento del "giro afectivo" y su impacto sobre la filosofía política. *Revista Latinoamericana de Filosofía Política*, 2(6), 1-32.
- Massumi, B. (2015). *Politics of affect*. Polity.
- Maturo, G. (2009). La razón poética y el pensamiento complejo. Conferencia pronunciada el día martes 9 de junio de 2009, en la Universidad Bolivariana de Venezuela, sede Zulia.
- McRuer, R. (2020). Capacidad corporal obligatoria y existencia discapacitada queer. *Papeles del CEIC*, 2020(2), 1-12. <https://doi.org/10.1387/pceic.21903>
- Míguez, M. (2016). Prólogo. In A. Scribano, *Investigación social basada en la Creatividad/Expresividad* (pp. 7-8). Estudios Sociológicos Editora.
- Moraña M. & Sanchez Prado I. (2012) *El lenguaje de las emociones. Afecto y cultura en América Latina*. Iberoamericana Vervuert.
- Morín, E. (1994). *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa.
- Morín, E. (1998). Epistemología de la complejidad. En Fried, D. (Comp.), **Nuevos paradigmas: Cultura y subjetividad** (pp. 421-453). Paidós.
- Moya, L. (2022). Teoría tullida. Un recorrido crítico desde los estudios de la discapacidad o diversidad funcional hasta la teoría crip. *Revista Internacional de Sociología*. 80(1), e199. <https://doi.org/10.3989/ris.2022.80.1.20.63>.
- Nabergoi, M., Rossi, L., Albino, A.F., Ortega, M.S., Venturini, Y.D., Itovich, F., Medina, L.N., López, M.L., & Presa, J. (2019). Tradiciones en Terapia ocupacional. Una propuesta para mapear discursos y prácticas a 60 años de Terapia ocupacional en Argentina. *Revista Argentina de Terapia ocupacional*, 5(2), 12-24.
- Nabergoi, M. (2022). *Memorias de una profesión feminizada. Terapia ocupacional y salud mental en Argentina, 1957-1976*. Ediciones Universidad Nacional de Lanús.
- Nussbaum, M. (2006). *Las fronteras de la justicia: consideraciones sobre la exclusión*. Paidós.
- Ortega y Gasset, J. (1935). *Historia como sistema*. Editorial Alianza.
- Pacheco Ladrón de Guevara, L. (2010). *El sexo de la ciencia*. Juan Pablos Editor- Universidad de Nayarit.
- Paganizzi, L., & otros. (2007). *Terapia Ocupacional Psicosocial. Escenarios clínicos y comunitarios*. Polemos.
- Pozzio, M. (2020). Saberes mestizos para tiempos revueltos: ¿qué es la investigación social en salud? *Revista Margen*, (s/p).
- Pozzio, M. (2023). Incorporando "Nuevas Lentes". La perspectiva de género (PDG) como competencia profesional en la formación de carreras de salud. *Producciones de género y salud en el ICS. Desde Acá. Cimientos para una Salud Situada*. *Revista del Instituto de Ciencias de la Salud. UNAJ*, Agosto 2023, 1, 8-15.
- Preciado, P. B. (2008). *Texto yonki*. Espasa Calpe.
- Rich, A. (1980). Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana. *Revista Feminista*, (1), 57-74.
- Rivas Quarneti, N., Viana Moldes, I., & Magalhaes, L. (2022). Aproximaciones feministas: aportes mestizos para transformar la realidad. En MR. Aussière, A. Monzón, S. Spampinato, & D. Testa (Eds.), *De amuletos y artificios. Reflexiones situadas en clave feminista desde Terapia ocupacional*. La Hendija, 85-98.
- Sedgwick, E. (1998). *Epistemología del armario*. Ediciones de la Tempestad.
- Scribano, A. (2008). *El proceso de investigación social cualitativo*. Prometeo.
- Segato, R. (2016). *La guerra contra las mujeres*. Traficantes de Sueños.
- Spivak, G. (1985). Estudios de la subalternidad. Deconstruyendo la historiografía. En S. Rivera Cusicanqui & R. Barragán (Eds.), *Debates post coloniales: una introducción a los estudios de la subalternidad* (pp. 2-19). Editorial Historias.
- Solana, M., & Vacarezza, N. L. (2020). Relecturas feministas del giro afectivo. *Revista Estudios Feministas*, 28(2), e72448. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n272448>
- Testa, D. (2015). *Emociones, imaginación y Terapia ocupacional*. Anales IX Congreso Argentina.

- Testa, D. (2018). Del alcanfor a la vacuna Sabin. La polio en la Argentina. Biblos. Testa, D. (2020). “Un cuarto propio” y dinero en la billetera: condiciones de producción en Terapia Ocupacional. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 28(4), 1357-1364.
- Trujillo, A., & Grupo de Investigación Ocupación y Realización Humana de la Universidad Nacional de Colombia. (2011). *Comprensión de la ocupación humana*. En *Ocupación: sentido, realización y libertad. Diálogos ocupacionales en torno al sujeto, la sociedad y el medio ambiente*. Ediciones Universidad Nacional de Colombia.
- Viveros Vigoya, M. (2023). *Interseccionalidad. Giro decolonial y comunitario*. CLACSO.
- Wallerstein, I. (1998). Los desafíos de la sociología, la promesa de la ciencia social. Discurso Presidencial, Decimocuarto Congreso Mundial de Sociología, Montreal. Traducción de Miguel Llorens, 26 de julio de 1998.
- Wilcock, A. (1999). Reflections on doing, being and becoming. *Australian Occupational Therapy Journal*, 46, 1-11.
- Zubiri X. (1980) *Inteligencia sentiente*. Alianza Editorial.

LA DIMENSIÓN TÉCNICA-OPERATIVA DEL EJERCICIO PROFESIONAL TRABAJO SOCIAL¹

THE TECHNICAL-OPERATIONAL DIMENSIÓN OF PROFESSIONAL SOCIAL WORK PRACTICE

Dra. Yolanda Guerra

Asistente Social, Magíster y Doctora en Servicio Social por la Pontificia Universidad Católica de São Paulo. Profesora Asociada Jubilada de la Universidad Federal de Río de Janeiro.

yguerra1@terra.com.br

<https://orcid.org/0000-0003-1330-9587>

Fecha de presentación: 25/03/2025

Fecha de aceptación: 10/05/2025

Resumen

El texto analiza la dimensión técnico-operativa del ejercicio profesional del Trabajo Social, considerando la relación existente entre ésta y las demás dimensiones constitutivas de la profesión, tales como la dimensión formativa, investigativa, teórico-metodológica, entre otras. A fin de dar cuenta de las particularidades que asume el ejercicio profesional en el marco de la división social y técnica del trabajo, se recuperan las tendencias generales del cotidiano profesional, para, a partir de allí, señalar los múltiples desafíos existentes en el marco de la sociedad burguesa contemporánea. El texto finaliza considerando la potencialidad de desarrollar una instrumentalidad inspirada en la razón dialéctica, que sea capaz de construir nuevas competencias y legitimidades y, a partir de allí, ofrecer respuestas profesionales comprometidas con los valores de una sociedad emancipada.

Palabras clave: Dimensión operativa, Cotidiano profesional, Racionalidades.

¹ Traducción del texto: Guerra, Y. A Dimensão técnico-operativa do exercício profissional, publicado originalmente en Dos Santos, C., Backx, S. y Guerra, Y. A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos. Juiz do Fora, UFJF. Traducción: Pamela Veñy y Matías Merlo Santos.

Abstract

The text analyzes the technical-operational dimension of professional social work practice, considering its relationship with other constitutive dimensions of the profession, such as the educational, research, and theoretical-methodological dimensions, among others. In order to address the particularities that professional practice assumes within the framework of the social and technical division of labor, general trends in professional daily life are examined. From there, the text highlights the multiple challenges present in contemporary bourgeois society. It concludes by considering the potential to develop a form of instrumental action inspired by dialectical reason—capable of building new competencies and legitimacies and, from that basis, offering professional responses committed to the values of an emancipated society.

Keywords: Operational dimensión, Daily professional space, Rationalities.

I- Introducción

Se parte del supuesto de que el ejercicio profesional del trabajador social, al recibir las determinaciones históricas, estructurales y coyunturales de la sociedad burguesa y respondiendo a ellas, consiste en una totalidad de diversas dimensiones que se auto-implican, se auto-explican y se determinan entre sí. Tales dimensiones, en razón de su diversidad, se constituyen como “síntesis de múltiples determinaciones”, es decir, se configuran como unidades de elementos diversos, que conforman la riqueza y amplitud que caracteriza históricamente el modo de ser de la profesión, que se realiza en el cotidiano.

Estando en el sistemático proceso de totalización, las dimensiones que conforman la profesión no son formas fijas, tampoco pueden ser consideradas de manera autónoma, sino, al contrario, son instancias interactuantes, aunque pueda haber, en situaciones determinadas, en la realización de determinadas competencias y/o asignación profesional, el predominio de una sobre la otra. Tales dimensiones, dado el nivel de complejidad de la propia realidad social en la cual el trabajador social actúa, así como las secuelas de la llamada “cuestión social”, las cuales proporcionan el horizonte de la intervención profesional, también se complejizan y se perfeccionan, pues y solamente así la profesión se torna capaz de dar respuestas calificadas ante las diferentes y antagónicas

demandas que le llegan. A pesar del reconocimiento de que las dimensiones solo existen en relación unas a otras, la dimensión técnico-operativa es la forma de aparecer de la profesión, por la cual es conocida y reconocida. De ella emanan la imagen social de la profesión y su auto-imagen. Ella se encuentra cargada de representaciones sociales y de la cultura profesional. Es la dimensión que da visibilidad social a la profesión ya que de ella depende la resolución de la situación, que, algunas veces, es mera reproducción de lo instituido, y otras, constituye la dimensión de lo nuevo. No es superfluo recordar que la dimensión técnico-operativa ve a la dimensión político-ideológica de la profesión, como aquella por la cual el Trabajo Social actúa en la reproducción ideológica de la sociedad burguesa o en la construcción de la contra-hegemonía. Lo que se pretende enfatizar es que la intervención de naturaleza técnico-operativa no es neutral: ella está atravesada de la dimensión ético-política y ésta, a su vez, se basa en fundamentos teóricos, lo cual deriva en la capacidad del profesional para comprender los límites y posibilidades no como algo interno o inherente al propio ejercicio profesional, sino como parte del movimiento contradictorio constitutivo de la propia realidad social.

No obstante, la dimensión técnico-operativa, que se constituye como el modo de aparecer de la profesión, como profesión interventiva en el ámbito de la llamada “cuestión

social”, la cual esconde sus fundamentos económicos y políticos, a pesar de necesaria, si se considera de manera autónoma es insuficiente para dar respuestas cualificadas a la realidad social. Reflexionar sobre esta dimensión, sus posibilidades y límites en el contexto de las respuestas a las demandas y peticiones socio-profesionales presentes en la realidad social y la racionalidad, es nuestro objetivo.

2- El Trabajo Social² en la división sociotécnica del trabajo: resultado de múltiples determinaciones

Por la forma de inserción socio-profesional en la división social y técnica del trabajo, el espacio reservado al Trabajo Social, como una rama de especialización del trabajo colectivo, es el de dar respuestas, buscar rápidamente soluciones a la pluralidad de cuestiones que les son colocadas, para lo que necesita fundamentos teórico-metodológicos, conocimientos y saberes interventivos, habilidades técnico-profesionales, procedimientos teórico-metodológicos y de una perspectiva ética con clara orientación estratégica. Es su inserción en la división social y técnica del trabajo en la sociedad capitalista, su localización en la estructura socio-ocupacional y su funcionalidad en la sociedad burguesa, construida en el espacio de mediación entre las clases y Estado, que atribuye a la intervención un carácter político.

En la realización de sus atribuciones socio-profesionales, el profesional interviene a través de las políticas y/o servicios sociales, en la creación de condiciones favorables a la reproducción de la fuerza de trabajo ocupada y excedente, a partir de las formas de regulación social dirigidas por el Estado burgués, cuya naturaleza contradictoria es permeable a los intereses de la clase y/o segmentos de la clase trabajadora.

El ejercicio profesional, como parte del trabajo colectivo producido por el conjunto de la sociedad, opera en la prestación de servicios sociales que atienden a necesidades sociales y

reproducen la ideología dominante. En el cumplimiento de los objetivos inmediatos, la dimensión técnico-operativa es llevada a cabo. Su instrumentalidad³ está en la “resolución”, aunque sólo momentáneamente y en el nivel inmediato, de las demandas presentadas. La legitimidad social de una profesión se encuentra en respuestas que ella da a las necesidades socio-históricas en un determinado tiempo y espacio.

Es en la realización de la dimensión técnico-operativa de la profesión que el trabajador social legitima y construye una determinada cultura, un ethos profesional. Es a través de la dimensión técnico-operativa que el trabajador social articula un conjunto de saberes, recreándolos y dándoles una forma particular y construye un “hacer” que es socialmente producido y culturalmente compartido al tiempo en que los varios actos teleológicos de los profesionales resultan en la creación/renovación de nuevos modos de ser de esta cultura. Es en el desarrollo de la dimensión técnico-operativa donde el profesional construye y reproduce códigos de orientación y un conjunto de valores y normas. Esta cultura profesional, como indicó Netto (1996), incorpora objetos, objetivos, valores, racionalidades, técnicas, instrumentos, conocimientos y teorías.

A pesar de su relevancia, la tematización de la dimensión técnico-operativa ha sido descuidada por la actual producción académica, por la formación profesional y por el debate del colectivo profesional, de ahí que consideramos necesario rescatarla dándole el merecido espacio en la escena contemporánea. Tal brecha se explica (pero no se justifica) por el temor a caer en los viejos patrones del Trabajo Social tradicional. Apuntando a enfrentar este debate pienso que el mejor camino es aquel que busca cuestionar las posibilidades y límites de la dimensión técnico-operativa frente a las atribución y competencia socio-profesional y política de los trabajadores sociales, indicando la necesaria articulación de esta dimensión con las demás (teórico-metodológica, ético-política, investigativa y formativa), buscando establecer una unidad entre las múltiples y diversas

² NT: por la denominación de la profesión en Argentina, se tradujo Serviço Social por Trabajo Social y Assistente Social por Trabajador Social.

³ Recuerdo que la instrumentalidad de la profesión depende de la adecuada utilización de los medios orientada a los fines previstos. Como dice Chauí: Fines éticos exigen medios éticos (Chauí, 1994: 339).

dimensiones de la profesión.

Partimos de la premisa de que para atender a las necesidades propias del cotidiano de la vida de los sujetos que buscan los servicios sociales y las políticas sociales, el nivel de instrumentalidad de la dimensión técnico-operativa de la profesión es suficiente. Tales respuestas instrumentales, dadas por los trabajadores sociales, las cuales actúan sobre determinado nivel de realidad - el de la alteración de algunas variables del contexto de la vida de los sujetos (Netto, 1996a) - se apoyan en un proyecto de sociedad, en un conjunto de proposiciones teóricas, en valores y principios éticos y dan una determinada dirección estratégica a la intervención profesional.

Así, la definición sobre *lo que es y cómo hacer*, tiene que ser articulada al *porque hacer* (significado social del profesional y su funcionalidad o no al patrón dominante), al *para qué hacer* (indicando las finalidades/teleología del sujeto profesional) y al *con qué hacer* (con qué medios, recursos y a través de qué mediaciones o sistema(s) de mediaciones).

Desde esta perspectiva de entender las dimensiones que dan forma y contenido a la profesión, es necesario considerar que estas solo se realizan en el espacio del cotidiano, y por eso encuentran en este peculiar espacio su explicación racional. De ahí la necesidad de interpretarlo a la luz de una teoría que sea capaz de revelar cómo se constituye este espacio, qué tipo de intervención demanda y qué dimensiones deben ser activadas en respuesta a sus desafíos.

3- Características del cotidiano en las dimensiones de la profesión

Estamos considerando que hay una relación intrínseca entre la dinámica del cotidiano y una modalidad de intervención socio-profesional que requiere acciones instrumentales. Como una de las esferas de la vida social, el cotidiano es el lugar de la reproducción de los individuos, siendo por eso un espacio ineliminable e insuprimible. Dice Heller

‘La vida cotidiana es la vida de todo hombre. (...) Ninguno consigue identificarse con su actividad humano

-genérica al punto de poder desligarse enteramente de la cotidianidad [...]. En el cotidiano los hombres tanto adquieren como ejercitan sus conocimientos, sus habilidades, ideas, sentimientos [de modo que] ‘es el adulto quien es capaz de vivir por sí mismo su cotidianidad’ (Heller, 1989: 17 - 18).

En este sentido afirmamos que, no obstante, al considerarse el cotidiano como una mediación elemental entre lo particular y lo universal, por sus características y por su estructura, él limita las posibilidades de los hombres de concentrarse enteramente en las actividades que realizan, teniendo en cuenta sus características:

1. heterogeneidad: las demandas del cotidiano son esencialmente diversas, lo que exige del sujeto que oriente su atención total a las mismas. Dada esta diversidad, la vida cotidiana ocupa integralmente la atención de los sujetos.

2. espontaneidad: es la “característica dominante de la vida cotidiana” (Heller, 1989: 29). En razón de esta característica, los sujetos se apropian de manera espontánea (y naturalizada) de las costumbres, de los modos y comportamientos de la sociedad, donde su capacidad de reproducir las motivaciones particulares y las humano-genéricas.

3. inmediatez: las acciones desencadenadas de la vida cotidiana tienden a responder, fundamentalmente, las demandas inmediatas de la reproducción social de los sujetos;

4. superficialidad extensiva: considerando las características de las demandas del cotidiano, los individuos tienden a abordarlas de manera superficial, dado que la prioridad de la vida cotidiana está en responder a los fenómenos en su extensión y amplitud y no en su intensidad, o sea, el cotidiano dificulta el esfuerzo intenso, concentrado y continuo.

Estas características adquieren particularidades en el cotidiano profesional de los trabajadores sociales. La heterogeneidad se

expresa a través de las diversas y antagónicas demandas con las cuales trabajamos⁴.

Otra característica de la cotidianidad profesional es la espontaneidad. Dado que las demandas que son colocadas al profesional son aprehendidas de manera inmediata y casi irreflexiva, el ejercicio profesional pasa a restringirse al cumplimiento de rutinas institucionales, metas de productividad, criterios de elegibilidad y el profesional pasa a responder mecánicamente dentro del marco de las determinaciones de la institución.

Al espontaneísmo se suma la inmediatez, como una de las formas de intervenir en el cotidiano, reforzando un tipo de respuesta que contenga en sí misma cierta capacidad de resolución y que exprese una utilidad (muy al gusto del pragmatismo) en el ámbito de la reproducción social, es decir, en la reproducción de los sujetos individuales y colectivos y de las formas de sociabilidad hegemónica del mundo burgués. Del cotidiano también emana un determinado tipo de acción que se caracteriza por una superficialidad extensiva, considerando también el tipo de demandas que a él se presentan. Teniendo como determinaciones tales características, del cotidiano emana una positividad tal que se confunde con la realidad en sí. Tal positividad fue ejemplarmente demostrada por Kosik (1976) que la trata como “pseudo-concreción”. Eso porque es en el cotidiano - tanto de los usuarios de los servicios como de los profesionales- en el cual el trabajador social ejerce su instrumentalidad, que imperan los inmediatismos. El inmediatismo como una característica propia del cotidiano, que implica la ausencia de aprehensión de las mediaciones, solo puede ser enfrentado a través de ésta vía: de la aprehensión de las mediaciones que constituyen los procesos sociales que los vinculan a otros, ya que estos solo se explican en su movimiento de constitución, en su historicidad y en relación con los otros procesos que se mueven en una perspectiva de totalización.

La dinámica, las demandas y las condiciones objetivas bajo las cuales se lleva a cabo la intervención no son las más adecuadas para la reflexión, por lo que muchos profesionales se limitan a realizar sus tareas. El cotidiano profesional tampoco facilita la percepción de las demás dimensiones de la profesión, ya que el ejercicio profesional aparece como si estuviera exento de teoría, de una racionalidad, de la necesidad de cuestionar la realidad, de valores éticos y de una dirección política y social.

Dadas las características mencionadas anteriormente, el cotidiano profesional está lleno de demandas para cumplir con normas, regulaciones, orientaciones o decisiones de superiores que imponen al profesional la necesidad de responder a las mismas. En este contexto, la prioridad es responder a los fenómenos sin importar cómo, lo que resulta en un conjunto de respuestas profesionales rápidas, superficiales, no reflexivas, instrumentales, basadas en analogías, experiencias, sentido común, desespecializadas, formales, modeladas, en obediencia a leyes y superiores, sin la cualificación necesaria para distinguirlas de respuestas dadas por legos⁵.

Es innegable que el Trabajo Social es una profesión fundamentalmente operativa. Lo que da ese carácter instrumental a la profesión, más allá del espacio que ocupa en la división social y técnica del trabajo, es el tipo de respuesta dada a la sociedad: respuesta que tiene necesariamente que operar una modificación en la situación, en los aspectos objetivos y/o subjetivos. Para eso el profesional tiene que manipular algunas variables del contexto (Netto, 1991). Se refiere, por lo tanto, a la forma por la cual la profesión responde a la atención de las necesidades sociales, condicionadas por el contexto social (por las dimensiones del espacio y el tiempo), de ahí la particularidad operatoria de la profesión.

Dadas estas características, no siempre nos preguntamos sobre las implicaciones éticas y políticas de tales respuestas, ni sobre el espacio

⁴ Teniendo en cuenta esta determinación del cotidiano, no siempre se hace la distinción entre las diversas demandas presentes en la intervención, entre las cuales se incluyen la demanda inmediata, mediata, aparente, real, institucional, del usuario, de la profesión, urgente y emergente.

⁵ Queda evidente la falta de distinción entre la práctica profesional y la acción social, tal como la profesión en Brasil, en su trayectoria profesional, ha sido concebida erróneamente debido a su vínculo histórico con la Iglesia Católica.

de autonomía que nos reserva este mismo cotidiano, menos aún sobre las nuevas perspectivas que nos son dadas en el accionar de la dimensión investigativa, entonces lo que nos llega como demanda es la solución (aunque restringida, parcial, temporal, puntual, fragmentada) de la problemática presentada, tratada como objeto de intervención, y no el contenido, la cualidad, las implicaciones éticas y políticas y/o la posibilidad de las respuestas profesionales.

Eso porque en la vida cotidiana el pragmatismo se torna imperativo en la acción y en el pensamiento, puesta que ella:

“requiere de los individuos respuestas funcionales a las situaciones que no demandan su conocimiento interno, sino solamente la manipulación de variables para la consecución de resultados eficaces - *lo que cuenta* no es la reproducción verdadera del proceso que conduce a un resultado esperado, sino, el *resultado en sí*” (Netto, 2000: 68, énfasis mío).

Aquí aparece en toda su expresión la dimensión técnico-instrumental, la cual, apartada de las demás dimensiones, se torna presa fácil del pragmatismo.

Ocurre que el nivel del cotidiano es el nivel del sentido común. Para la conciencia común, que actúa en las demandas del cotidiano, la actividad práctica se contrapone a la teoría, o, como se acostumbra a oír, en la práctica la teoría es otra. Esta pasa a ser considerada innecesaria o como un obstáculo a la práctica, comprendida como sinónimo de actividad, dando como resultado una práctica irreflexiva.

La práctica irreflexiva (y solamente ella), que analiza e interviene en el cotidiano profesional, que no supera el nivel de la inmediatez del cotidiano, que responde a las necesidades de la mera reproducción individual, establece una radical distancia entre la elaboración teórica y la intervención profesional. Al mismo tiempo en que opera una ruptura entre medios y fines, se fortalece la concepción de que no importan los medios, mientras que

los fines sean alcanzados. Así, del hecho de que, en el ámbito cotidiano, nuestro conocimiento va a estar orientado por las necesidades prácticas, el pragmatismo infiere que la verdad depende de la utilidad, adecuación y funcionalidad de las respuestas a los fines buscados: lo verdadero es útil⁶.

Reducir el hacer profesional a su dimensión técnico-instrumental significa hacer del Trabajo Social un medio para lograr cualquier propósito.

Teniendo como criterio de verdad el éxito, la eficacia de la acción práctica del hombre, la correspondencia del pensamiento con sus resultados, el alcance de los objetivos, la profesión queda restringida a una de sus dimensiones: la dimensión técnico-instrumental. Ella es necesaria para garantizar la eficacia y eficiencia operativa de la profesión - su razón de ser- o el espacio ocupacional en la división social y técnica del trabajo.

Es usual en la vida cotidiana la solicitud de respuestas funcionales. Esta es la esfera de la vida social más propensa a la alienación, teniendo en cuenta los mecanismos y demandas de jerarquía, imitación, espontaneísmo, probabilidad, pragmatismo, economicismo, o uso de precedentes, juicios provisorios, mimesis, ultrageneralización, algunos de los cuales serán desarrollados a continuación (Cf. Heller, 1994).

En la dimensión técnico-instrumental, procedimientos de ultrageneralización, con base en la experiencia, en la empiria, con miras a la manipulación de variables del contexto de los usuarios son frecuentemente adoptados por los trabajadores sociales. Tales procedimientos se pautan en una forma de captar la realidad y de intervenir sobre ella. De esta forma, la centralidad en las experiencias anteriores oscurece lo que la realidad en cuestión presenta como nuevo. Se basa en los presupuestos teórico-metodológicos de entender los resultados de la observación de algunos casos al conjunto de los casos posibles, común al método positivista. Estos procedimientos conllevan una contradicción, pues, por un lado, son fundamentales para permitirnos tal orientación, aunque sea básica, en la

⁶ Me gustaría insistir en que toda acción, ya sea que los sujetos estén conscientes o no, es siempre teleológica y orientada por formulaciones teórico-metodológicas (racionalistas o irracionales, materialistas o idealistas, conservadoras, modernizadoras o revolucionarias) que nos llevan a mantener el orden social o a transformarlo.

interpretación de la realidad, pero, por otro, son dañinos en lo que dicen respecto a conocer las particularidades de determinadas situaciones, puesto que presuponen que los resultantes de una determinada situación, producto de determinada experiencia, pasan a ser validados para todas las demás.

Al adoptar los procedimientos de ultrageneralización en el ejercicio profesional, no prestamos atención a los supuestos teórico-metodológicos que están presentes en este procedimiento. Este procedimiento presupone lo "bien conocido", es decir, presupone que ya conocemos las situaciones y que este conocimiento puede ser validado para otros casos, negando la naturaleza dialéctica tanto del ser como del conocimiento sobre los seres, los cuales se encuentran en un proceso permanente de constitución. Hegel nos dice:

"El bien conocido en general, justamente por ser bien conocido, no es reconocido. Es el modo más habitual de engañarse y de engañar a los otros: presuponer en el conocimiento algo como ya conocido y dejarlo como está" (Hegel, 1999: 37).

Este procedimiento considera, además, al sujeto como mero receptáculo del hecho social que le es anterior, exterior y superior (Cf. Durkheim, 1984). Este sujeto contenido en esta presuposición estaría recibiendo el conocimiento sin interactuar con él, dado que, según estos supuestos, se trata de un sujeto abstracto, ahistórico, inmutable, mero receptor de los hechos sociales. En la afirmación siguiente residen los límites del pensamiento y la acción cotidianos:

"El pensamiento cotidiano se orienta hacia la realización de actividades cotidianas y, en ese sentido, es posible hablar de una unidad inmediata de pensamiento y acción en la cotidianidad [es decir, sin que se aprehendan las mediaciones]. Las ideas necesarias para la cotidianidad nunca se elevan al plano de la teoría, de la misma manera que la actividad cotidiana no es praxis. La actividad práctica del individuo sólo se eleva al nivel de la praxis cuando es actividad humano-genérica consciente, una unidad viva y cambiante de

particularidad y generalidad, es decir, en la cotidianidad, la actividad individual no es más que una parte de la praxis, de la acción total de la humanidad, que, construyendo a partir de lo dado, produce algo nuevo, sin, con eso, transformar en nuevo lo ya dado." (Heller, 1989: 32, énfasis míos).

Otro procedimiento que es recurrente tanto en la cotidianidad como en su suspensión momentánea es la confianza. Si, por un lado, se hace necesaria la confianza del profesional en los procedimientos teórico-metodológicos elegidos y en las finalidades a ser alcanzadas, por otro lado, cuando un profesional actúa únicamente basado en la confianza, desconsidera cualquier referencia que trascienda el nivel de su individualidad. La confianza, al estar fundamentada en creencias y certezas a priori, muchas veces induce al profesional a una aprehensión inmediata y sesgada de la realidad y a procedimientos que se suponen incuestionables. La confianza evita la duda, el cuestionamiento, la negación del dato fijo, que son elementos fundamentales para aprehender lo real en toda su dinámica y procesualidad. Por eso, la confianza muchas veces induce a creencias y supersticiones, así como a algunas certezas que no corresponden a los hechos. De otro modo, dice Heller

"Cuando, en un determinado momento de la vida cotidiana, el individuo comienza a reflexionar sobre una superstición que compartía, o sobre una tesis que asimiló del entorno en el que se encuentra, llegando a suponer que ni una ni otra son aceptables porque contradicen la experiencia, y luego comienza a examinar el objeto en cuestión comparándolo con la realidad, para finalmente rechazarlo, en ese momento, dicho individuo se eleva por encima del curso habitual del pensamiento cotidiano, aunque solo sea en ese momento" (Heller, 1989: 34).

También es común en el cotidiano la aprehensión de la realidad por analogía, buscando categorizar y tipificar los objetos, sujetos y procesos sociales mediante la comparación entre las similitudes y diferencias.

Considerando que en el contexto de la vida cotidiana "tenemos que subsumir lo singular, de modo más rápido, bajo alguna universalidad; tenemos que organizarlo en nuestra actividad, en el conjunto de nuestra actividad vital cotidiana" (Heller, 1989: 35), este procedimiento recurre a la analogía, la cual tiene el papel de orientarnos. Aquí podemos comparar los hechos, situaciones actuales con otras ya vividas, personas, buscando sus similitudes. Sin embargo, para un ejercicio profesional calificado, se hace necesario que el trabajador social, a partir de la analogía (utilización de procedimientos iguales, al suponer que las situaciones son similares, lo que presupone la comparación de situaciones diferentes) adopte el procedimiento de negarlas, concibiendo que la situación contempla muchas más determinaciones que las expresadas en la mera apariencia de lo similar, de modo que la cuestione y la trascienda, dirigiéndose al conocimiento de la realidad como totalidad concreta, interpretando y analizando la situación históricamente dada.

Otros dos procedimientos propios del cotidiano que condicionan el ejercicio profesional y, muchas veces, empobrecen la dimensión técnico-instrumental son: el uso de los precedentes en el conocimiento de las situaciones y la imitación. El primero significa que ya existen ejemplos y estudios sobre las situaciones que pueden ser tomadas en consideración en la aprehensión de lo nuevo. Ahora bien, una cosa es que el trabajador social conozca el estado de la reflexión y de la producción teórica sobre la situación en la que se encuentra, sobre los objetos sobre los cuales incide su acción; conocer la experiencia y los estudios anteriores; y otra cosa es considerar las experiencias precedentes como el modelo para la intervención en la realidad en ese momento histórico.

El segundo tipo de procedimiento problemático en la profesión es la imitación: actuamos en función del conocimiento y las experiencias anteriores, del comportamiento de otros, de un patrón que ha funcionado en situaciones anteriores o para otros sujetos. Actuamos basándonos en la imitación de otras situaciones y experiencias (propias o de otros).

Ambos procedimientos pueden ser superados dialécticamente en el propio ejercicio profesional (se trata de aquella superación que

cuestiona y se eleva a un nivel superior) por la dimensión investigativa, que exige la investigación concreta de situaciones concretas. La búsqueda de lo nuevo, procedimiento de la razón dialéctica, tanto en términos del conocimiento como de la acción, enfrenta tales procedimientos en/del cotidiano, constituyéndose como el antídoto contra la mera reproducción y mantenimiento de la monotonía.

También en la dimensión formativa, estos procedimientos se presentan como obstáculos, por ejemplo, en la realización de una supervisión basada en las cuestiones concretas de la realidad concreta.

Ahora bien, si podemos concebir, guiados por Heller, que no hay cotidiano sin estos procedimientos, por otro lado, esta autora afirma: "las formas necesarias de la estructura y del pensamiento de la vida cotidiana no deben cristalizarse en absolutos, sino que deben dejar al individuo un margen de movimiento y posibilidad de explicación" (1989: 37).

Muchos profesionales se resienten de no identificar cuál es la teoría que los orienta, lo que los lleva a negar su existencia en la perspectiva de considerar que "en la práctica la teoría es otra" (sobre este tema, ver: Guerra, 1995; Forti y Guerra, 2009 y Santos, 2010).

Aquí hay que considerar que el cotidiano profesional se realiza mediante la inserción del trabajador social en la ejecución terminal de las políticas sociales, cuyo formato limita o potencializa su acción profesional. En este sentido, el actual estándar de políticas sociales privatistas, mercantilistas y asistencialistas, que fragmenta, segmenta y sectoriza las necesidades y categorías sociales, predispone un tipo de intervención: puntual, focalizada, inmediata, burocrática, mimética, repetitiva, pragmática y eminentemente instrumental, exigiendo poca calificación para responder a las demandas inmediatas, condicionando el ejercicio profesional a las características y dinámica del cotidiano y limitándose a él. Además, la falta de precisión entre necesidad y demanda, la indeterminación de la distinción entre las demandas que polarizan la intervención profesional, sumada a la insuficiencia de recursos, al recorte en los presupuestos de las políticas sociales, a la reducción de la acción del Estado en su implementación, a la discontinuidad

y cambio constante en las directrices políticas (porque quedan a merced de las fluctuaciones e intereses de la política económica o de lo que está en conformidad con la acumulación/valorización del capital), lleva a los procedimientos más adecuados al modo de ser del cotidiano. Aquí, la dimensión técnico-operativa tiende a restringirse al simple cumplimiento de normas, regulaciones, objetivos institucionales, roles ya establecidos, respuestas preconcebidas en el ámbito de la política social estatal, o, por el contrario, puede constituirse en el espacio del análisis concreto de situaciones concretas, ya que en la vida cotidiana siempre hay, como se dijo anteriormente, una "margen de movimiento y posibilidad" (Heller, 1989).

Por lo tanto, a pesar de esta tendencia de mera repetición del cotidiano, hay profesionales que, incluso sin volver a la universidad, tienen una intervención social, militancia política e incluso partidaria, y en estos contextos reflexionan sobre su práctica profesional. Estos son momentos de suspensión del cotidiano profesional, de elevación y establecimiento de vínculos humano-genéricos, condiciones de posibilidades para la generalidad. Puede que no la analicen desde el punto de vista académico, pero la piensan en términos de relevancia social, de sus implicaciones socio-políticas, de modo que tengan claros los valores y principios, así como el proyecto de sociedad que los orienta.

Los sujetos profesionales, en el ejercicio de sus competencias y atribuciones⁷, tienen la posibilidad de recurrir al procedimiento de suspensión temporal del cotidiano, a través del proceso de homogeneización, concentrándose totalmente y momentáneamente en una actividad y teniendo en ese momento su individualidad subsumida por intereses particulares, aunque, al final, no siempre resulte en el establecimiento de vínculos con el género humano.

No obstante, a pesar de que la dimensión técnico-instrumental es la más afectada por los procedimientos propios de la cotidianidad, las demás dimensiones también son atravesadas por ellos.

El pensamiento y la acción cotidianos afectan profundamente la dimensión teórico-metodológica, pero al mismo tiempo contienen sus posibilidades.

La presencia de los fundamentos del pragmatismo atravesando la ciencia moderna, el uso de analogías, remite a la aplicación de la teoría a la realidad. Por lo tanto, es responsabilidad de los profesionales preparados desvelar la realidad partiendo de la analogía, pero trascendiéndola. Aquí, se deben reconocer los límites y posibilidades del conocimiento acumulado. Este no debe constituirse en un modelo, una forma o una guía inmediata para la acción.

El conocimiento sobre los fundamentos es esencial para desvelar y someter a crítica el sentido común.

La dimensión teórico-metodológica nos capacita para operar la transición de las características singulares de una situación que se manifiesta en el cotidiano profesional del trabajador social hacia una interpretación a la luz de la universalidad de la teoría y el retorno a ellas. El conocimiento adquirido a través de este movimiento permite sistematizaciones y construcciones teórico-metodológicas que orientan la dirección y las estrategias de la acción y la formación profesional (dimensión formativa), así como permite profundizar en los fundamentos teóricos que sustentan las intervenciones profesionales.

Esta dimensión debe articularse con la dimensión investigativa. Esta es una mediación fundamental, ya que permite una revisión de los fundamentos técnicos, teóricos y ético-políticos que orientan la profesión, conduciendo su avance en el sentido de que señala tendencias y permite una anticipación, la reconstrucción de objetos de intervención, la aprehensión de demandas emergentes, la reconfiguración de las demandas: es la dimensión de lo nuevo. A través de esta dimensión se puede hacer la crítica ontológica del cotidiano. La dimensión investigativa también permite la producción de conocimientos orientados a los intereses de los sectores populares que son los usuarios de las instituciones con las que nos vinculamos.

⁷ Referente a la Ley 8662/93 que regula la profesión de trabajador social y establece otras disposiciones, la cual contempla las habilidades, competencias y conocimientos necesarios para la profesión. Ver CRESS-7^a. Reg. 2006. NT: En Argentina estas cuestiones se encuentran reguladas por la Ley Federal de Trabajo Social N° 27072

Ahora bien, sabemos que su inserción en la división social y técnica del trabajo de la sociedad capitalista, su ubicación en la estructura socio ocupacional de las políticas sociales y la construcción de su funcionalidad en el espacio de mediación entre las clases sociales y el Estado confieren a la intervención un carácter político. Dada esta dimensión de la profesión, el profesional redimensiona el alcance y establece los límites de la intervención, así como el estatuto de sus técnicas, objetos y objetivos. Es también en este contexto, forjado por la forma en que el Estado capitalista implanta e implementa las políticas sociales, en el enfrentamiento de las expresiones de la llamada "cuestión social", que los trabajadores sociales, trabajadores asalariados, serán responsables de facilitar o no el acceso de la población a los servicios sociales (con el fin de mantener la fuerza de trabajo apta para la producción y reproducción del sistema).

El reconocimiento social de la profesión radica en la capacidad del profesional para modificar algunas variables del contexto social de los usuarios, buscando alterarlo, aunque sea momentáneamente (Cf. Netto, 1996a: 93). Aquí, la práctica profesional resulta de la adecuación entre la movilización de información prescrita en las leyes y otros dispositivos jurídico-formales que regulan las políticas sociales, identificados erróneamente como "teorías", y su efectivización a través de la ejecución de actividades vinculadas a planes, programas y proyectos, identificadas como práctica profesional, cuyos resultados paliativos sólo posponen y desplazan la contradicción generadora de la llamada "cuestión social", permitiendo el mantenimiento y la reproducción de sus expresiones. Así, como considera lamamoto (1997):

"el asistente social es solicitado no tanto por el carácter propiamente técnico especializado de sus acciones, sino, antes y básicamente, por sus funciones de índole educativa, moralizadora y disciplinaria (...) el asistente social aparece como profesional de la coerción y del consenso, cuya acción recae en un

campo político." (lamamoto, 1997, 145).

No obstante, estas determinaciones que configuran la dimensión política de la profesión, en la cual el Trabajo Social se constituye como una de las técnicas o tecnologías sociales, no se puede subestimar el papel del sujeto. Toda intervención profesional es una acción teleológica que implica una elección consciente de las alternativas objetivamente dadas y la elaboración de un proyecto en el cual el profesional arroja luz sobre los fines perseguidos y busca los medios que, a su juicio, son los más adecuados para alcanzarlos. Toda intervención está imbuida de un conjunto de valores y principios que permiten al trabajador social elegir. Es en el cotidiano profesional, tenga conciencia o no, donde el trabajador social se enfrenta a demandas e intereses contradictorios y a un abanico de posibilidades, lo que le permite ejercer su autonomía, que siempre será relativa⁸. Al hacer sus elecciones, en lo que se refiere a los fines establecidos y a los medios (condiciones, instrumentos y técnicas) para alcanzarlos, qué respuesta dar y en qué dirección, el trabajador social ejerce su dimensión ético-política, la cual se preocupa por los valores (¿de qué sirven las respuestas dadas?) y por la dirección social de las mismas (¿qué conjunto de fuerzas se contempla en las respuestas?). Pero no lo hace sin conflictos éticos que son propios de los hombres y mujeres que comparten esta experiencia contradictoria de vivir en el mundo burgués.

Así planteada la cuestión, tenemos que la dimensión ético-política, teórico-metodológica e investigativa se interponen y se articulan estrechamente a la dimensión técnico-instrumental, ya que la realización de esta última exige el conocimiento más preciso posible de los fines, los resultados, las condiciones objetivas sobre las cuales la acción incide, los medios y las posibilidades de realización, así como los valores subyacentes a ellos. Por lo tanto, el conocimiento proviene del análisis de la realidad y, por ello, tanto precede como acompaña a la intervención. En esta concepción, el conocimiento no se constituye en un recetario de la práctica profesional, ni esta

⁸ Dice Lukács que toda praxis social "es una decisión entre alternativas" de donde se puede inferir que las prácticas profesionales, como una dimensión menos desarrollada de esta, también lo son.

última puede confundirse con la realidad social o con un conjunto de actividades empíricas.

Aquí, la relación entre teoría y práctica como unidad de lo diverso, la elección de los medios (el método, las técnicas y los instrumentos) a ser utilizados por el profesional y de las mediaciones que deberá activar en su intervención se dará en función de las condiciones objetivas y de sus fines, y los instrumentos, técnicas y estrategias serán establecidos en el interior del proyecto profesional⁹, lo que exige una formación profesional cualificada.

La dimensión formativa referenciada en las Directrices Básicas de la Formación Profesional de los Asistentes Sociales brasileños tiene, entre sus principios organizativos, la articulación orgánica entre la dimensión interventiva y la dimensión investigativa. Para ello, un conjunto de conocimientos, competencias, saberes prácticos e interventivos, habilidades y valores se ponen en juego, con el fin de ser desarrollados desde el punto de vista práctico-profesional, con miras a la inserción del trabajador social en el mercado laboral. Entre estas habilidades se encuentran: la comprensión del significado social e histórico de la profesión en el contexto de las transformaciones societarias, comprendiendo cómo inciden dichas transformaciones en la particularidad socio-profesional; el desarrollo socio-histórico de la profesión teniendo en cuenta los contextos y coyunturas nacionales e internacionales; la identificación de las demandas y requisitos socio-profesionales y políticos, distinguiendo entre demandas institucionales, del usuario y de la profesión; la formulación de respuestas profesionales de contenido crítico que sean capaces de problematizar las propuestas integradoras, reformistas, modernizadoras y restauradoras, incluido el anticapitalismo romántico; la capacidad para proponer, formular, ejecutar y evaluar programas,

proyectos y políticas sociales en el área social, identificando sus límites y posibilidades concretas; la capacidad de contribuir a la organización y movilización de los usuarios; la realización de investigaciones que sustenten la formulación de indicadores, de políticas sociales así como que cualifiquen la intervención profesional; la competencia para desarrollar actividades de supervisión, asesoría y consultoría a instituciones públicas, privadas y junto a los movimientos sociales en materia relacionada con las políticas sociales y la garantía de los derechos civiles, políticos y sociales de la colectividad; entre otras (Cf. Directrices Básicas para la formación profesional y Ley de Reglamentación de la Profesión, ABESS, 1997). Con base en estos conocimientos y capacidades se puede evaluar la importancia de la dimensión formativa en un contexto de precarización de la educación¹⁰.

Se ha dicho que en las Directrices Básicas de la Formación Profesional la relación entre la dimensión interventiva y la dimensión investigativa constituye uno de los principios organizativos de la formación y ejercicio profesionales, de modo que el periodo de prácticas supervisadas tiene un espacio privilegiado, aunque no el único. Este espacio de formación, al tratarse del cotidiano profesional, se compone de las características propias del cotidiano aquí evidenciadas. Sin embargo, es necesario que, mediante la dimensión formativa, la experiencia de prácticas permita la capacitación de los estudiantes para investigar el campo, analizarlo críticamente, problematizar el contexto socio-institucional y el significado socio-histórico del trabajo profesional; desarrollar su capacidad argumentativa y vislumbrar las estrategias de enfrentamiento y resistencia¹¹.

Aquí se plantea la necesidad de utilizar instrumentos y procedimientos que posibiliten la comprensión de la realidad más allá de la

⁹ Esta forma de entender los medios prohíbe cualquier posibilidad de pensar en modos de operar definidos de antemano, mediante modelos o tipologías de diagnóstico e intervención.

¹⁰ Me refiero a la universidad operativa y al profundo proceso de precarización de la educación, que tiene su máxima expresión en la llamada "Educación a Distancia", sobre los cuales no puedo profundizar. Para un debate sobre la configuración actual de la formación profesional y sus impactos en la cultura profesional, consulte Guerra, en: Revista Serviço Social e Sociedade n. 104, 2010.

¹¹ Es en esta dinámica cotidiana donde se han establecido los parámetros de la vida social en su totalidad, influyendo en la configuración de la formación profesional en la cual los sujetos involucrados se adaptan a la inmediatez, facilismo, volatilidad, rapidez y flexibilidad, donde predomina la razón instrumental.

inmediatez. Solo para mencionar algunos: la investigación y análisis permanente y sistemático de la institución, que debe relacionarse con un análisis histórico de la coyuntura a la luz de los aspectos estructurales y de las determinaciones universales del capitalismo; la elaboración del plan de prácticas y de un proyecto de intervención, la inversión en actividades de registro y sistematización de la práctica. Estos constituyen procedimientos y habilidades indispensables que deben desarrollarse en el espacio de las prácticas.

Con estas reflexiones se ha pretendido demostrar que el ejercicio profesional se configura mediante la articulación de dimensiones y se lleva a cabo bajo condiciones objetivas y subjetivas históricamente determinadas, las cuales establecen la necesidad de que la profesión responda a las demandas de la sociedad a través de requerimientos socio-profesionales y políticos, delimitados por la correlación de fuerzas sociales que expresan los diversos proyectos de sociedad y se reflejan en los proyectos profesionales.

Considerado el ejercicio profesional, se ve que incide en el cotidiano de las clases sociales en busca de su modificación, aunque sea de manera emergencial, inmediata, puntual y relativa, sin alcanzar las determinaciones estructurales, lo que resulta en la reincidencia de la demanda, que en general se remiten a la responsabilidad de los propios sujetos. Hay, por lo tanto, una funcionalidad de esta práctica profesional al estándar de producción y reproducción social, insistimos, tenga el trabajador social conciencia de ello o no.

Es en la realización de sus atribuciones y competencias que la dimensión técnico-operativa no sólo se explicita, sino que también aparece de forma autónoma respecto a las demás. Sin embargo, todo hacer requiere de un conocimiento previo y demanda un nuevo conocimiento. Necesita de un conjunto de

presupuestos y orientaciones no solo de naturaleza teórica, sino también basados en otros tipos de saberes instrumentales y en la experiencia, que no puede ser descartada ni venerada. Necesita, también, de componentes valorativos que permitan la elección entre las alternativas concretamente existentes, y todo esto dará la dirección social al ejercicio profesional, que no es neutral ni tiene carácter finalístico. Por eso, aunque se trate de una profesión eminentemente (aunque no exclusivamente) interventiva, corresponde rescatar la naturaleza teórica e investigativa de las atribuciones privativas y competencias profesionales¹², de modo que el Trabajo Social se ha apropiado de las ciencias sociales (muchas veces de manera ecléctica) y, a partir de ellas, ha extraído y reformulado un conjunto de 'modos de operar' necesarios para la concreción de sus acciones. Por la propia naturaleza de la profesión, corremos el riesgo de atribuir nuestra competencia a la utilización de procedimientos técnico-operativos, sobredimensionando el papel y el lugar del instrumental técnico-profesional. Con esto, estamos reeditando una tendencia denominada metodologismo, que, criticada desde la década de los 70, se recicla a lo largo de los años. Además, corremos el riesgo de incurrir en el oportunismo teórico-metodológico, es decir, recurrir a un referencial teórico ecléctico, argumentando que solo de esta manera se puede responder a la complejidad y al sincretismo de la realidad¹³.

Es necesario reflexionar sobre las razones que contribuyen a que los trabajadores sociales atribuyan a los instrumentos y técnicas de intervención profesional el estatus de legitimidad de la profesión. ¿Qué hace que las (mal) llamadas "metodologías de acción" y el instrumental técnico-operativo sean concebidos como una variable dependiente de su "supuesto" estatus científico?¹⁴

¹² Cf. la Ley 8662/93, mencionada en la nota 3.

¹³ Destaco el avance de las teorías sistémicas, una reedición sofisticada del neopositivismo, presente en las nuevas y antiguas formulaciones de las políticas sociales, lo que lleva a la utilización de metodologías de trabajo con familias, entre otras, respaldadas en una falsa argumentación de eficacia y eficiencia técnica.

¹⁴ Entendemos que no cabe en este espacio retomar la discusión sobre la relación intrínseca y errónea que los profesionales establecen entre el estatuto teórico-metodológico y el estatuto profesional, la cual fue original y brillantemente abordada por Netto en su obra publicada en 1992, que nos sirve como referencia en este ensayo. Lo que consideramos necesario es situar al lector en las consecuencias de considerar que el fundamento de la existencia de una profesión reside supuestamente en el sistema de conocimiento que referencia su intervención y/o en el estatuto de sus técnicas, y no en lo que realmente legitima las profesiones en la división sociotécnica del trabajo: la existencia de demandas histórico-sociales institucionalizadas y la capacidad de las profesiones para responder a ellas (Cf. Netto, 1996a).

A nuestro modo de ver, la respuesta se encuentra en la propia naturaleza del Trabajo Social: su inserción en la división social y técnica del trabajo como profesión fundamentalmente interventiva oculta su verdadero significado socio-histórico como profesión que, en el orden burgués, se constituye en una de las estrategias de control del orden social, así como su particularidad de actuar directamente en las secuelas engendradas por la explotación del trabajo por el capital. Es el carácter operativo-instrumental del Trabajo Social, el tipo de demanda y la modalidad de atención atribuida a él -la necesidad de que la profesión proporcione respuestas tanto a las necesidades inmediatas como a aquellas que modifican inmediatamente las variables del contexto social, promoviendo resultados, aunque sean inmediatos, puntuales y superficiales- lo que mantiene la impresión de que el acervo técnico-instrumental posibilita al Trabajo Social un estatus de profesión y, consecuentemente, en él se localizaría la "especificidad" del Trabajo Social¹⁵ frente a las prácticas caritativas de asistencia y ayuda al prójimo, desarrolladas por individuos movidos por una necesidad personal de justicia social y en comparación con otras profesiones. También contribuye a la desvinculación de la dimensión técnico-operativa de las demás, el hecho de que el referencial sociocultural y teórico metodológico que la sustenta, conectado con necesidades instrumentales, no va más allá de ellas. Las demandas cada vez más instrumentales exigen una racionalidad también instrumental y teorías que respondan a ellas; y aun cuando se pretende la utilización de las teorías sociales clásicas, estas son convertidas en teorías de resultado (Guerra, 1995).

Es evidente que hay varias concepciones de Trabajo Social en disputa dentro del colectivo profesional, las cuales se articulan con proyectos profesionales y de sociedad. La forma

de concebir la profesión implica sus funciones sociales, lo que debe hacer. En este sentido, podemos notar que, en la imagen social de la profesión, así como en su autoimagen, hay una clara incorporación de la noción (equivocada) de Trabajo Social como Técnica Social o Tecnología (conjunto de técnicas) destinada a resolver problemas inmediatos en el sentido de administrar conflictos, adaptar individuos al medio y construir una sociabilidad adecuada a las necesidades e intereses del orden burgués. Como se ha dicho, para esto, la razón instrumental es suficiente. En este contexto, los conocimientos y valores terminan siendo subsumidos por la acción inmediata del trabajador social, lo que los convierte en prisioneros de la razón instrumental.

Dado que se trata de una mera apariencia, este tipo de explicación sobre lo que legitima al Trabajo Social como profesión es insuficiente, por lo que es necesario ir más allá de la mera apariencia y capturar la totalidad: las racionalidades como formas de ser, pensar y actuar de los procesos sociales y de las prácticas profesionales. En otras palabras, es necesario comprender desde adentro la racionalidad del capitalismo¹⁶, la cual tiene en las teorías positivistas¹⁷ las premisas y los argumentos para su justificación, siendo responsable tanto de la comprensión de la realidad como "pseudoconcreción", por el endurecimiento en la forma, en la apariencia de la realidad, por la fragmentación entre las profesiones interventivas y las intelectuales, así como, como se mencionó, por la falsa concepción de Trabajo Social como técnica de resolución de problemas y cambio de comportamiento.

Al problematizar la dimensión técnico-operativa, el trabajador social puede reflexionar sobre el tipo de racionalidad activada en función de su instrumentalidad¹⁸.

¹⁵ Al respecto ver Montaña, 2007.

¹⁶ Por racionalidad del capitalismo entendemos la racionalidad predominante que subyace a las formas de ser, pensar y actuar en el orden social capitalista. Esta posee dos características fundamentales: el formalismo y la abstracción. Es la lógica necesaria para mantener el orden social.

¹⁷ Cito las que mayor influencia ejercen en el Trabajo Social: la sociología positivista, el estructural funcionalismo, la teoría sistémica, el estructuralismo, el pragmatismo y el neopositivismo lógico.

¹⁸ La instrumentalidad se considera como la capacidad que la profesión adquiere a lo largo de su trayectoria sociohistórica para alcanzar los objetivos propuestos y materializarse en resultados, de donde proviene su reconocimiento social. Es importante enfatizar que esta capacidad, resultado de la práctica de los asistentes sociales, les permite modificar las condiciones causales y objetivas de surgimiento y existencia de la profesión en la sociedad burguesa madura, así como su funcionalidad dentro de ella. Por lo tanto, la instrumentalidad se refiere a la adecuación de los medios y los fines.

Puede identificar, por ejemplo, en el día a día profesional, la lógica fordista y gerencial expresada en las políticas sociales a través de la adopción acrítica de los criterios de la racionalidad instrumental, a menudo asumidos de manera imperceptible e inconsciente. Estas pasan a ser analizadas según una lógica pragmática y productivista que configura valores como la rentabilidad, el cumplimiento de metas de productividad, la eficacia y la eficiencia, tomados como criterios para orientar el análisis y la intervención en el día a día de la vida de los usuarios. Entre las diversas expresiones de esta racionalidad, podemos identificar la tendencia a clasificar y categorizar la condición social de los sujetos, para ser incluidos en uno de los programas/políticas sociales fragmentadas, lo que requerirá el uso de instrumentos específicos (en el "eterno retorno" a las prácticas de caso, grupo, comunidad). Esta racionalidad también se refleja, a menudo, en el uso del instrumental tradicional, especialmente en las entrevistas y visitas domiciliarias, ya que, al utilizar estos instrumentos, el profesional adopta un perfil de supervisor. En nuestra opinión, hay una hipertrofia de la racionalidad instrumental-burocrática en la configuración actual de las políticas sociales, las cuales terminan siendo implementadas a través de procedimientos formales y abstractos.

Develar la estructura del cotidiano es un procedimiento intelectual necesario para problematizar la concepción instrumental de la intervención profesional, - entendida como un conjunto de técnicas y procedimientos metodológicos - así como la del cotidiano, concebido como el lugar donde se "aplica" la teoría, de manera que cuestiona la premisa de que el Trabajo Social se lleva a cabo mediante una práctica "tecnicista" o "teorizada".

Las preguntas que surgen son: ¿Cuáles son los riesgos de llevar a cabo un análisis endógeno de la profesión, analizando sus dimensiones desde sí misma? ¿En qué resulta un análisis que autonomiza las dimensiones de la profesión, privilegiando unas sobre otras?

4- Consideraciones finales: de vuelta al punto de partida

Se ha señalado que es en el cotidiano profesional donde las dimensiones de la profesión se atraviesan, se entrecruzan, pero

también se confrontan constantemente, conformando una unidad de elementos diversos y, además, que hay momentos en los que una dimensión se sobrepone a otra.

Se considera que la profesión no se explica por sí misma, y por lo tanto, necesita del análisis lógico de la etapa de desarrollo del capitalismo, de las relaciones sociales, del modelo de Estado, de la condición de la política social, especialmente de la política de asistencia social, ya que por el modelo adoptado, esta última ha estado condicionando un ejercicio profesional que queda restringido a la aplicación de normas relacionadas con la administración de la concesión de beneficios, rutinas, basado en criterios selectivos, cuantitativos y condicionalidades, en una racionalidad de la calculabilidad, en procedimientos formales, manipulativos. Tales acciones absorben el ejercicio profesional convirtiéndolo y reduciéndolo a un conjunto de acciones instrumentales, buscando fines inmediatos. Aquí, las acciones ejemplares son aquellas relacionadas con la implementación del BPC (Beneficio de Prestación Continuada), la verificación del cumplimiento de condiciones y la veracidad de la información.

Para ello, la riqueza del ejercicio profesional se reduce a la realización de visitas domiciliarias, el llenado de formularios, la realización de entrevistas, la concesión de beneficios, entre otras actividades.

Desde esta perspectiva, el perfil del trabajador social es el de un técnico adiestrado que se limita a la racionalidad del capitalismo y a la aplicación acrítica de técnicas e instrumentos sin claridad sobre los objetivos de su intervención, y mucho menos sobre el proyecto profesional que implementa.

Si la formación profesional sigue esta dirección de limitarse al modelo de política social asistencialista, del cual el PNAS (Política Nacional de Asistencia Social de Brasil) es un ejemplo, corre el riesgo de limitarse a formar profesionales que dominan las técnicas, los instrumentos, las habilidades del "cómo hacer", basada en la justificación de las demandas del mercado laboral y en la concepción de que se trata de una profesión orientada al cambio de comportamiento y a actividades de emergencia. Se corre el riesgo de invertir en la formación de un profesional que aparentemente sabe hacer, pero que desconoce el significado social de este

hacer, sus implicaciones éticas y políticas, sus resultados o la falta de ellos, lo que conlleva el riesgo de reducir al trabajador social a un mero 'técnico', delegando a otros las atribuciones y competencias que le son propias.

Por otro lado, hemos presenciado el completo desinterés y abandono del debate sobre la cuestión de la instrumentalidad, la racionalidad de la técnica, el alcance en la utilización de instrumentos, estrategias y tácticas de naturaleza técnica y política. Al descuidar la técnica y no dimensionar adecuadamente el lugar, el papel y el alcance del instrumental técnico-operativo en el contexto del proyecto ético-político profesional, existe el riesgo de que el trabajador social no pueda cumplir con sus competencias para responder a las demandas que la sociedad le presenta debido a una absoluta falta de conocimiento de los medios y mediaciones a ser movilizadas para tal fin.

Me parece que lo que nos falta tanto en el ejercicio como en la formación profesional es asegurar la unidad de las dimensiones de la profesión, garantizando su autonomía, sin embargo, sin automatizarlas, con el fin de mantener, a través de múltiples mediaciones, la unidad de lo diverso. Coincidiendo con

lamamoto, estoy convencida de que "es necesario formar a un profesional versado en la instrumentalidad técnico-operativa, capaz de realizar acciones profesionales, en los niveles de asesoramiento, planificación, negociación, investigación y acción directa, estimulando la participación de los usuarios en la formulación, gestión y evaluación de programas y servicios sociales de calidad" (1988: 144). Es necesario invertir en estrategias y tácticas socioeducativas de organización y movilización de los sujetos con los que trabajamos con el objetivo de que se organicen como sujetos colectivos. Somos conscientes de que la dirección dada a la formación profesional determinará si se capitula o no ante la razón instrumental.

Por lo tanto, pienso que es necesario que el profesional active una racionalidad que le permita desarrollar una instrumentalidad inspirada en la razón dialéctica, que sea capaz de construir nuevas competencias y legitimidades, que permita al profesional ofrecer nuevas respuestas cualificadas en oposición a las tradicionales respuestas instrumentales, comprometidas con los valores de una sociedad emancipada.

5- Referencias bibliográficas

- ABEPSS. (1997). Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social. Cadernos ABESS n. 7. São Paulo: Cortez
- BORGIANI, E., GUERRA Y. e MONTAÑO, C. (orgs.). (2003). Servicio Social Crítico. São Paulo: Cortez.
- CHAU, M. (2006). Convite à Filosofia. São Paulo: Atica, 1994. CRESS 7ª. Reg. Assistente social: ética de direitos. Coletânea de Leis e Resoluções. 4ª. Ed. Rio de Janeiro: CFESS.
- COUTINHO, C. N. (1972). O estruturalismo e a miséria da razão. São Paulo: Paz e Terra.
- DURKHEIM, E. (1984). As regras do método sociológico. 11ª. Ed. São Paulo: Nacional.
- FORTI, V. e GUERRA, Y. (2009). Na prática a teoria é outra? IN: Forti e Guerra (Org.) Serviço Social: Temas, Textos e Contextos. Coletânea Nova de Serviço Social. Rio de Janeiro: Lumen Júris Editora.
- GUERRA, Y. (2000). Instrumentalidade do processo de trabalho e Serviço Social. Revista Serviço Social e Sociedade n. 62, São Paulo: Cortez, p. 5-34, 2000.
- GUERRA, Y. (2007). O Projeto Profissional Crítico: estratégia de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional. Revista Serviço Social e Sociedade n. 91, São Paulo: Cortez, p. 5-33.
- GUERRA, Y. (1995). A Instrumentalidade do Serviço Social. São Paulo: Cortez.
- GUERRA, Y. (2005). As dimensões da prática profissional e a possibilidade de reconstrução crítica das demandas contemporâneas. IN: Libertas – Revista do Serviço Social. Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Serviço Social, v. 2, n. 2 e v. 3, n. 1 e 2, Juiz de Fora, pp. 09-21.
- GUERRA, Y. (2010). A formação profissional frente aos desafios da intervenção e das atuais configurações do ensino público, privado e à distância. Revista Serviço Social e Sociedade n. 104. São Paulo: Cortez.
- HEGEL, G. (1999). Fenomenologia do Espírito. Petrópolis, Vozes.
- HELLER, A. (1989). O cotidiano e a História. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- HELLER, A. (1994). Sociología de la vida cotidiana. Barcelona: Ediciones Península.

- IAMAMOTO, M. e CARVALHO, R. (1986). *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil - esboço de uma interpretação histórico metodológica*. 2ª Ed. São Paulo: Cortez.
- IAMAMOTO, M. V. (1998). *O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 10. ed. São Paulo: Cortez Editora.
- IAMAMOTO, M. V. (2006). *As Dimensões Ético-Políticas e Teórico-Methodológicas no Serviço Social Contemporâneo*. In: MOTA, Elizabete [et al.]. *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo: Cortez Editora.
- KOSIK, K. (1976). *Dialética do concreto*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- LESSA, S. (1997). *A Ontologia de Luckács*. 2 ed. Maceió: EDUFUL.
- LESSA, S. (1999). *O processo de Produção/Reprodução Social: Trabalho e Sociabilidade*. CAPACITAÇÃO em Serviço Social e Política Social. Módulo 02: Reprodução social, trabalho e Serviço Social. Brasília: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância.
- LUKÁCS, G. (1968). *El asalto a la razón: la trayectoria del irracionalismo desde Schelling hasta Hitler*. Trad. Wenceslao Roce. 2a. Ed. Barcelona: Grijalbo.
- LUKÁCS, G. (1978). *As bases ontológicas da atividade do homem*. IN: *Revista Temas de Ciências Humanas* n°. 4. São Paulo: Ciências Humanas.
- LUKÁCS, G. (1992). *Ontologia do ser social: princípios ontológicos fundamentais de Marx*. Trad. Carlos Nelson Coutinho. São Paulo: Ciências Humanas, 1979. *Sociologia*. Coleção Grandes Cientistas Sociais. José Paulo Netto (org.), 2a. Ed. São Paulo: Ática.
- MARX, K. *Para a crítica da economia política*. IN: *Os pensadores*. São Paulo: Ed. Abril, 1974.
- MARX, K. (1985) *O Capital*. Crítica da economia política. Trad. Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. (Livro I, Vols. I e 2. São Paulo: Nova Cultural.
- MONTAÑO, C. (2007). *A natureza do Serviço Social*. São Paulo: Cortez Editora.
- NETTO, J. P. (1989). *Notas para a discussão da sistematização da prática e teoria em Serviço Social*. IN: *Cadernos ABESS* n°. 3. São Paulo: Cortez.
- NETTO, J. P. (1991). *Ditadura e Serviço Social - uma análise do Serviço Social no Brasil pós 64*. São Paulo: Cortez.
- NETTO, J. P. (1996a). *Capitalismo monopolista e Serviço Social*. São Paulo: Cortez.
- NETTO, J. P. (1996b). *Transformações Societárias e Serviço Social*. Notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. *Revista Serviço Social & Sociedade*, n. 50, ano XVII, São Paulo: Cortez Editora.
- NETTO, J. P. (2000). *Para a crítica da vida cotidiana*. IN: Netto e Carvalho, M. C. B. *Cotidiano: conhecimento e crítica*. São Paulo: Cortez.
- SANTOS, C. M. (2010). *Na Prática a teoria é outra? Mitos e dilemas na relação entre teoria, prática, instrumentos e técnicas no Serviço Social*, Rio de Janeiro: Lumen Juris editora.
- VV. AA. (1989). "A metodologia no Serviço Social". *Caderno ABESS* n°. 3, São Paulo: Cortez.
- VV. AA. (1992). "A produção do conhecimento no Serviço Social". *Cadernos ABESS* n°. 5. São Paulo: Cortez.

DC Debates Críticos

Revista Interdisciplinaria de Ciencias Sociales y de la Salud



“Cuidar, resistir, transformar :
entre memorias y luchas colectivas”

Link al sitio web de la revista:

<https://revista.salud.mdp.edu.ar/index.php/dc>

